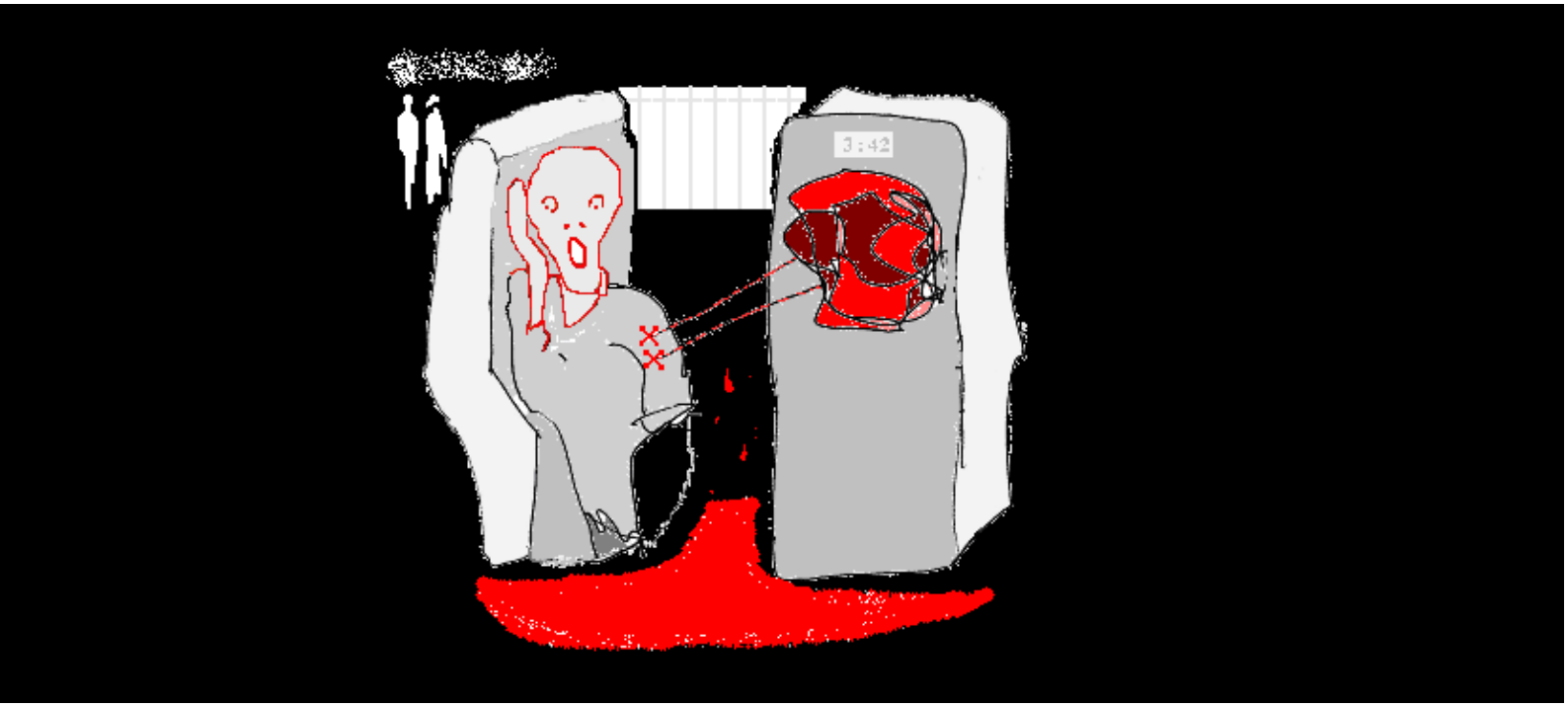
UNIVERSITÉ PARIS OUEST NANTERRE LA DÉFENSE,
École Doctorale Connaissance, Langage et Modélisation (ED 139)
Équipe d'Accueil Clinique, Psychanalyse, Développement (CliPsyD) (EA 4430)
Approche en Psychopathologie Psychanalytique (A2P)

Le « travail de l'hypocondrie » chez le sujet malade somatiquement, chroniquement et héréditairement : Quel travail de mise en rêve par les plaintes corporelles des angoisses de cadavérisation ?

Exemple du sujet en insuffisance rénale chronique héréditaire et hémodialysé – À propos de cinq cas cliniques.

Thèse sous la direction du **Pr. Dominique CUPA,**
Sous la co-direction d'**Hélène RIAZUELO.**



Pour l'obtention du grade de
Docteur en Psychologie de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense
Discipline : Psychopathologie Psychanalytique

Présentée et soutenue publiquement par
Romuald JEAN-DIT-PANNEL,
Le Jeudi 3 Décembre 2015 à 9h45.

MEMBRES DU JURY

Monsieur Antoine BIOY, Professeur des Universités, Université de Bourgogne, Rapporteur,
Monsieur Jean-Marc CHALOPIN, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Université de Franche-Comté,
Madame Dominique CUPA, Professeure des Universités, Université de Paris Ouest Nanterre La Défense,
Monsieur Alain DUCOUSSO LACAZE, Professeur des Universités, Université de Poitiers, Rapporteur,
Monsieur Denis MELLIER, Professeur des Universités, Université de Franche-Comté,
Madame Hélène RIAZUELO, Maître de Conférences des Universités-HDR, Université de Paris Ouest Nanterre La Défense.

« Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface mais il est lui-même la projection d'une surface. »

Sigmund Freud (1923, p. 238).

« Toute pensée est pensée du corps. »

Didier Anzieu (1994, p. 20).



REMERCIEMENTS

Avec ma plus grande reconnaissance, je tiens à remercier Madame le Professeure Dominique Cupa, pour votre direction précise, le partage de votre expérience, votre bienveillante tendresse et pour m'avoir tant aidé à approfondir ma pensée clinique et théorique ;

Madame Hélène Riazuelo, merci pour votre aide et votre soutien quant à la réalisation de cette thèse, ainsi que pour votre participation au jury ;

Monsieur le Professeur Antoine Bioy, je vous remercie de l'intérêt que vous avez suscité à l'égard de mon travail par votre participation à la présidence de ce jury et votre travail de rapporteur ;

Monsieur le Professeur Alain Ducousso Lacaze, merci à vous de votre intérêt pour mon travail avec votre participation au jury et votre travail de rapporteur ;

Monsieur le Professeur Denis Mellier, merci pour votre confiance quant aux cours à l'Université de Franche-Comté, pour les conseils dijonnais de taillage de rosiers et pour cette participation au jury de ma thèse ;

Monsieur le Professeur Jean-Marc Chalopin, merci à vous d'avoir tant appuyé la création d'un poste de psychologue clinicien en dialyse et néphrologie, de m'avoir toujours soutenu et d'avoir bien voulu participer au jury ;

Madame le Professeur Marie-France Castarède, aujourd'hui émérite, pour m'avoir ouvert les voies, ou plutôt les voix, de choix professionnels, la psychologie clinique et la psychopathologie, la psychanalyse et la recherche ;

Mon analyste, pour être derrière moi trois fois par semaine depuis tant d'années… ;

Aux patients de tous âges rencontrés de près ou de loin en néphrologie, dialyse et néphro-pédiatrie, merci à eux de leur confiance. Je remercie également toutes les équipes médicales et paramédicales avec lesquelles j'ai pu collaborer à Besançon, Dijon et Montbéliard ;

Aux bébés et petits enfants des crèches de Besançon, celles de Baby and Co./La Maison Bleue, Témis et Avanne, ainsi que d'Artois, à leur famille, à leurs professionnels, lesquelles ont nourri mes réflexions ;

Aux étudiants de l'Université de Franche-Comté que j'ai (eu) en cours. À ceux de l'IRTS de Besançon que j'ai (eu) en analyse de la pratique. Ces expériences d'enseignants et formateurs m'ont tellement apporté ;

À Benoît, pour son inconditionnel amour, son portage psychique. Merci à toi de ta patience et de ton soutien quant à ce travail de thèse, mais aussi d'analyse… De New-York à San Francisco, mais surtout avec Pendleton et Athena, tu es déjà toute ma vie ;

À Augustine et Gustave, nos enfants, nés le 16 juin 2015. Merci à eux d'avoir TOUT changé par leurs présences, leurs regards et leurs sourires ;

À mes parents, merci de votre soutien, de votre amour, d'être toujours là et de m'avoir dirigé vers ce qui fait ma vie aujourd'hui ;

À toute ma famille et belle-famille, en France, au Canada, aux États-Unis d'Amérique… Et tout spécialement à Pomeline et Pierre, mes futures témoins de mariage ;

Aux amis qui ont su rester fidèles, malgré mes longues indisponibilités du fait de ce travail de thèse, tout particulièrement Myriam.

To Shalee, Nicholas, Madylin and Macyn: there is still no word strong enough to say thanks to you all for everything you have done for us. Dear Shalee, with the best of your heart, you really did the best thing that could happened for us. YOU did… So please believe in our gratitude;

To L.: you would be there forever in our lives, a mirror and a memory. Thank you so much for your "Kandinsky" gift.

À Denise,
À Marie-Thérèse,
À René,
À Michel,

À Christian,
À Hervé,

À celles et ceux que la vieillesse et/ou la maladie ont emporté…
Aux morts toujours vivants en moi.

À la vie, *porteuse*…

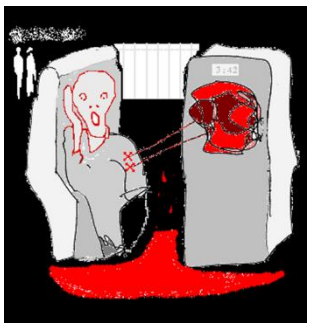


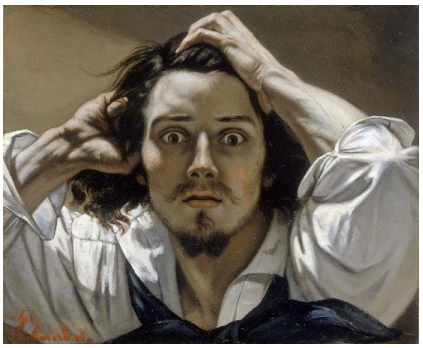
Table des matières

REMERCIEMENTS 3
Table des matières 6
Introduction 8
A) Définition de la problématique 8
B) Hypothèses générales 9
C) Hypothèses secondaires 9
1. Face à la mort, le travail de l'hypocondrie permet de lutter pour la vie 10
2. Face aux traumatismes, le travail de l'hypocondrie permet une surveillance de l'état traumatique et permet une défense contre l'état traumatique 10
3. Face à l'innommable et le non figurable de la mort, le travail de l'hypocondrie en lien avec le travail de figurabilité et du négatif 11
D) Cheminement de la thèse 12
1. Les raisons de ce choix d'étude 12
2. La question de l'hypocondrie 13
3. Méthodologie et processus à l'œuvre 13
4. Présentation succincte des cas cliniques 14
5. Résultats 14
I. L'insuffisance rénale chronique et ses thérapeutiques, *aspects historiques, démographiques et médicaux* 15
1. Aspects historiques 15
2. Aspects démographiques 16
3. Aspects médicaux 17
II. De la maladie somatique chronique à la plainte hypocondriaque, *cadre théorique* 20
A) Aux confins de la vie et de la mort 20
1. Patients néotènes 20
2. L'étrangeté familière du double 27
B) Plaintes corporelles et hypocondrie 42
1. Psycho(patho)logie des plaintes (corporelles) : quelle(s) recherche(s) d'un miroir-témoin (hypocondriaque) ? 42
2. L'hypocondrie : de l'hypocondrie normale à l'hypocondrie pathologique 53
C) Expériences subjectives du corps, des limites et des traumatismes 81
1. La mort 82
2. Échos traumatiques et opératoires 86
Quelle subjectivation possible pour Sisyphe ? 93
III. Aspects méthodologiques 94
A) Contexte clinique et institutionnel de la recherche, Clinique de l'interstice 94
1. Savoir susciter la demande : Enjeux d'une création de poste et incidences sur le dispositif 94
2. Présentation de mon dispositif clinique au sein des centres de dialyse 95
B) Indications concernant le travail des cas cliniques 104
1. Temps de recueil des données 104
2. Temps de construction-déconstruction des cas cliniques 106
IV. Rencontres cliniques et résultats 108
A) Bernard. De Verdun à la prématurité : « c'est du poison en moi ! » 108
1. Présentation préliminaire 108

2. Le « travail de l'hypocondrie » chez Bernard 112
3. Perspectives : faire éclater l'intérieur viscéral menaçant rempli de merde? 126
4. Synthèse des résultats 127
B) Lucette. Morts et mélancolie : « Mon père est mort de ma maladie ! » 128
1. Présentation préliminaire 128
2. Le « travail de l'hypocondrie » chez Lucette 138
3. Dernières observations et remarques 151
4. Synthèse des résultats 153
C) Blanche. Scène primitive cruelle : neige-dialyse et sang 154
1. Présentation préliminaire 154
2. Le « travail de l'hypocondrie » chez Blanche 156
3. Perspectives : Blanc, rouge (et noir) 171
4. Synthèse des résultats 172
D) Élisabeth. Le feu-glaçant de l'urine-sperme 173
1. Présentation préliminaire 173
2. Le « travail de l'hypocondrie » chez Élisabeth 181
3. Perspectives : Traces archéologiques en négatif de la maladie 196
4. Synthèse des résultats 197
E) Claude : Transgénérationnel mélancolique, Anti-hypocondrie vampirique 198
1. Présentation préliminaire 198
2. Le « travail de l'hypocondrie » chez Claude : un médecin hypocondriaque en auto(dia)lyse 203
3. Perspectives : reconstruire sa « psychogénéalogie » ? 220
4. Synthèse des résultats 221
V. Synthèses et discussion. *Dialyses* somatiques *et* psychiques. 222
A) Deuils infinis et figures de cruauté : hypocondrie et traumatismes 223
1. Traumatismes *cumulatifs* et *sur*-vivance 223
2. Du vampirisme à l'hématophilie 225
3. L'oralité, de la phase orale vampirique à la phase orale cannibalique 226
4. Identification cadavérique et introjection cannibalique : dévorer/ être dévoré, un « corps-bouche » 228
B) Mythes transgénérationnels et scènes primitives : hypocondrie et mort 233
C) Un corps pour rêver : hypocondrie et réserve de l'incréable 236
1. Les plaintes corporelles et ses enjeux transféro-contre-transférentiels : enjeux des écoutes maternelles hypocondriaques 236
2. Enjeux et rôles économique et opératoire des plaintes corporelles issues de *poches d'intoxication* : quelles angoisses de cadavérisation somato-psychiques ? 238
3. La réserve de l'incréable 240
D) Synthèse quant à la problématique et aux hypothèses 242
VI. Conclusion et perspectives : Du travail de l'hypocondrie au travail de rêve 243
Bibliographie générale 247

Introduction

« J'ai toujours senti que l'obscurité dans la question de l'hypocondrie était une lacune disgracieuse de notre théorisation. » (Lettre de S. Freud à S. Ferenczi).



Courbet, G. (1843-1845) *Le Désespéré*. Huile sur toile.

A) Définition de la problématique

Il y a cinquante ans à peine, en France, l'insuffisance rénale chronique terminale conduisait à la mort, sans aucune possibilité thérapeutique des dialyses et greffes rénales accessibles. Le recours à l'hémodialyse se fait « non pas pour guérir », mais pour « reculer les limites entre vie et mort » (Cupa, 2002a). Le sujet reste bloqué entre-deux, *suspendu* à des objets *étranges et étrangers*. Par ce traitement palliatif, le sujet *survit* somatiquement et psychiquement. Cependant, si « « survivre » n'est pas mourir, ce n'est pas non plus vivre », (Roussillon, 2007, p. 218).

La mise en mot et le vécu de la maladie somatique chronique et des traitements, ici l'insuffisance rénale chronique traitée par hémodialyse, ainsi que la tentative de la symboliser, peuvent conduire le sujet à différentes formes de travail psychique. Cette maladie somatique chronique et les soins nécessaires, sous peine de mort, poussent à une redéfinition des limites du sujet.

Cet ensemble m'a conduit à explorer le travail de l'hypocondrie tel qu'il a été proposé par M. Aisenstein et A. Gibeault (1990 ; 1991).

« Complexe immanent à la nature humaine » (Ey, 1950, p. 9), l'hypocondrie, à distinguer de la nosophobie, est-elle une entité nosographique ou un état psychique temporaire (Aisenstein, Gibeault, 1990, p. 19) ? La « non univocité du terme » d'hypocondrie serait « significative de la complexité de son statut dans le psychisme. » (Guedeney, Weisbrot, 1990, p. 20). Bien que l'hypothèse, notamment des kleiniens, d'un tronc commun entre somatisation, conversion et hypocondrie (Aisenstein, Fine, Pragier, 1995) soit controversée, l'hypocondrie questionne les rapports du sujet à son corps, tout comme la maladie somatique chronique et ses thérapeutiques conséquentes.

Alors, comment comprendre les processus psychiques liés à l'insuffisance rénale chronique terminale traitée par hémodialyse en regard de l'hypocondrie considérée dans sa processualité ? Telle a été ma question de départ.

Le silence rassurant du corps sain, mis en berne par la maladie et ses thérapeutiques, annoncées ou déjà là, peut laisser place au « discours bruyant de l'hypocondrie » (Fain, 1990, p. III). Ce discours peut être plus ou moins bruyant, de la simple plainte au délire hypocondriaque, chez le sujet en hémodialyse qui doit redéfinir, malgré lui, ses liens à son propre corps.

B) Hypothèses générales

Chez certains patients hémodialysés, le travail de l'hypocondrie se comprend comme un signal d'alarme, lequel auto-informe le moi d'un débordement, d'une désorganisation (Rosenberg, 2014), quand l'angoisse est protectrice du moi.

Il permet l'intrication pulsionnelle, tant du point de vue des pulsions auto-conservatrices et sexuelles (première topique) que des pulsions de vie et de mort (seconde topique).

L'insuffisant rénal paradoxalement doit faire un travail de deuil de sa fonction rénale et de sa santé et en même temps faire un travail d'investissement de sa santé afin de survivre. C'est ce travail d'investissement de sa santé qui demande selon moi un travail de l'hypocondrie, piste qu'il m'a semblé particulièrement intéressant à suivre.

> « L'hypothèse d'un travail de l'hypocondrie nous conduit à supposer un minimum d'investissement hypocondriaque du corps nécessaire dans toute organisation psychique. Il serait corrélatif de l'investissement d'objet, et en particulier la mère, du déplaisir et de la douleur corporelle au cours des premières expériences de satisfaction ; cela implique un investissement hypocondriaque de la mère qui ne soit ni trop, ni pas assez intense. » (Aisenstein, Gibeault, 1990, p. 34)

M. Aisenstein et A. Gibeault parlent d'un processus qui serait analogue au grossissement de nature hypocondriaque dont S. Freud (1917) écrit à propos du rêve où « toutes les sensations corporelles du moment se présentent grossies à une échelle gigantesque » (p. 127). Les liens entre l'intériorité et les réponses d'investissements et de désinvestissements qui ont été données à cette intériorité, notamment par l'objet maternel au sein des relations précoces, seront inévitablement en question au sein de ce travail.

C) Hypothèses secondaires

Pour développer ces perspectives, nous proposons ici plusieurs hypothèses.

1. Face à la mort, le travail de l'hypocondrie permet de lutter pour la vie

Certains sujets doivent psychiquement « s'adapter à de nouveaux modes de vies extrêmes » (Allilaire, 2002, p. 21), ce qui est particulièrement le cas pour le sujet qui a recours par sa maladie rénale chronique à l'hémodialyse. L'insuffisance rénale terminale et les soins empêchent ou continuent d'empêcher l'individuation du sujet, ce qui le déshumanise (Causeret, 2006, p. 90), jusqu'à le rendre non-vivant (Célérier, 1989) ou mort-vivant (Causeret, 2006 ; Abram, 1969a), d'autant plus qu'il est dépendant d'une machine voire machinisé. Ces patients rencontrent la mort car sans les soins machiniques c'est la mort. Ils sont dépendants d'une machine, machinisés, ce qui les maintient en vie. Ainsi sont-ils dans un statut de survivant voire de mort-vivant. Cette situation extrême peut amener des moments de déréalisation, de dépersonnalisation. Le travail de l'hypocondrie peut alors se révéler comme un travail de lutte contre la mort.

2. Face aux traumatismes, le travail de l'hypocondrie permet une surveillance de l'état traumatique et permet une défense contre l'état traumatique

Lorsque chaque séance d'hémodialyse « aboutit à une accumulation de micro-traumatismes qui finissent par éroder psychiquement le patient, renforçant son sentiment d'insécurité (…) » (Cupa, 1997 ; Riazuelo, Cupa, Chaudoye, 2014, p. 191), c'est alors l'*Hilflosigkeit*, état de détresse. Les situations extrêmes sont des situations de détresse (Aubert, Scelles, 2007, p. 7) : la situation de détresse dans laquelle se trouve le sujet va s'échoïser à d'autres situations de détresse, plus ou moins anciennes, plus ou moins conscientes pour le sujet. Le sujet en hémodialyse est comme un « bébé en détresse » (Mellier, 2005), cet « état des bébés qui n'arrivent pas à transformer en expérience vécue et éprouvée une banale situation parfois de séparation » mais aussi cet « état interne qu'un bébé, qu'un enfant, qu'un adolescent ou qu'un adulte rencontrent quand ils n'arrivent pas à subjectiver une expérience trop douloureuse pour eux. Comme sujet, ils sont en détresse, dans une réactivation de cet état infantile. » (Mellier, 2005, p.9). D. Cupa a rappelé que le dialysé comme « L'infans est confronté à une mère toute-puissante dont il dépend de façon absolue ce qui l'entraîne dans des vécus de détresse, d'impuissance radicale, de rage narcissique » (2007a, p.31). Le sujet rencontre cet état de détresse par empiètement de l'environnement, par excès de techniques et par défaut de rapports humains. Pour certains, tout se passe comme si les éléments bêta – « projections cruelles du nourrisson » (Cupa, 2007a, p.35) – ne pouvaient être transformés par un objet autre : il y a alors constitution d'angoisses sans nom, au sens de D. W. Winnicott. C'est par cette expérience de terreur que les sujets hémodialysés vivent quotidiennement qu'un clivage entre psyché et soma peut s'opérer. Les sensations, les émotions sont gelées,

anesthésiées par cette expérience génératrice d'angoisses d'anéantissement, lesquelles peuvent être en lien à des angoisses de vida(n)ges dans un contexte de dépendance absolue.

Le corps somatiquement défaillant amène le sujet à recourir à la dialyse sous peine de mort. Le signal d'alarme psychique auquel cet état conduit doit en principe imposer un travail de préoccupation de sa santé et de liaison des traumas dans lequel le corps est impliqué. La menace psychique que cela comporte le conduit en particulier à se préoccuper de ce corps, à être d'être plus à l'écoute de son corps, de son intérieur. Par l'expérience de l'hémodialyse, le dedans et le dehors se redéfinissent, les limites sont repoussées. Les sensations cénesthésiques peuvent alors prendre des sens tout à fait particuliers, inquiétants, étrangers, voire terrifiants, traumatiques.

Le travail de l'hypocondrie va nous conduire à explorer la notion de travail psychique tel que Freud a pu l'élaborer à partir de la notion du travail du rêve et du deuil.

3. Face à l'innommable et le non figurable de la mort, le travail de l'hypocondrie en lien avec le travail de figurabilité et du négatif

Se préoccuper du corps tel que cela est le cas avec le travail psychique de l'hypocondrie permet des liaisons entre sensations du corps et représentations, et l'intrication des pulsions de vie et celles de mort (Ribas, 2002). Le travail de l'hypocondrie sera ici précisément étudié en lien au travail de figurabilité (Anzieu, 1994 ; Guillaumin, 1979 ; Botella C. et S., 1983, 2001) puis en lien au travail du négatif (Green, 1993). Pour C. et S. Botella, le travail de figurabilité est le procédé primordial de toute liaison, l'une des fonctions les plus précoces de la vie psychique. Il est un processus psychique fondateur qui, se déroulant sur la voie régrédiente, serait déterminé par la tendance à faire converger toutes les données du moment, stimuli internes et externes, en une seule unité intelligible, dont la forme originaire serait une figurabilité.

Stimuli internes et stimuli externes devront être questionnés dans leurs perceptions et leurs représentations, dans les entraves de ces perceptions et de ces représentations par la maladie somatique chronique, les thérapeutiques ainsi que l'histoire du sujet, notamment au sein de ses relations précoces. L'hallucination négative telle qu'elle a été théorisé par A. Green sera convoquée dans ce travail. Car, « En les rapprochant de l'hallucination négative, nous faisons l'hypothèse que l'hypocondrie ou certaines manifestations passionnelles de caractère plus ou moins délirantes, se produiraient sur un fond d'hallucination négative dans la sphère du corps ou dans celle de l'émotion. » (Green, 1993, p. 234-235) Duparc rappelle que l'hallucination négative « (…) surviendrait lorsqu'il se produit un télescopage, une sommation de quantités d'excitations venant de l'intérieur et de l'extérieur, entre une trace traumatique et

une perception actuelle qui la réactive » (2002, p. 757). En effet, « La clinique du vide, celle du négatif, mais aussi celle des désordres psychosomatiques témoignent des effets négatifs du traumatisme, provoquant de véritables désorganisations psychiques où les patients présentent leur traumatisme comme un « roc » du réel, face auquel l'analyste est mis à l'épreuve, à partir de son vécu. » (Brette, Emmanuelli, Pragier, 2005)

Cela devrait nous conduire à considérer le travail de l'hypocondrie comme tentative d'élaborer la « réserve de l'incréable » (Green, 1982a), que j'interprète comme l'inconnaissable, "la chose" (das ding). Impossible à symboliser, ce « potentiel non-advenu d'être » pourrait tenter d'être car (r)éveillé par l'hémodialyse, la perspective de sa propre mort et potentialisé par l'hypocondrie. Nous questionnerons alors les liens entre enclaves autistiques et réserve de l'incréable. Le travail de l'hypocondrie permet d'essayer de figurer ce qui n'est pas figurable.

D) Cheminement de la thèse

Voici ce qui va être le cheminement de ma thèse :

1. Les raisons de ce choix d'étude

Avec l'insuffisance rénale chronique, le *sujet dialysé* ou *transplanté* est confronté à des objets médicaux bien particuliers, confrontation qui constitue de formidables objets d'études de recherche en psychopathologie psychanalytique. En mettant au travail les enjeux psychiques autour du corps, de la maladie somatique et de ses thérapeutiques, ainsi que du milieu médical. Cela nous conduit à l'*oralité vampirique* et à l'*oralité cannibalique*, avec lesquelles les figures de *Dracula* et *Frankenstein* sont les plus représentatives fantasmatiquement, dans un contexte où la mort est *réellement* déjouée.

Soumis et contraints à une dépendance absolue, ces patients me touchent dans leurs vécus liés à la maladie somatique chronique, ici génétique et héréditaire, à leurs traitements palliatifs, lesquels leur permettent de ne pas mourir, *sortes de vampirisme ou de cannibalisme salvateurs*. Au sein de ces enjeux, je suis le spectateur impuissant de drames médicaux et subjectifs, me confrontant ainsi à devoir éprouver, tout en veillant à ne pas en être trop éprouvé contre-transférentiellement, ces différentes situations, dosage pas toujours évident, force de travail psychique cependant, ce dont ce travail de recherche tente également de rendre compte.

Bien évidemment, l'intérêt de ce choix d'étude est guidé par mes propres motivations conscientes et inconscientes, ce que j'ai pu mettre au travail sur le divan, au sein de mon analyse

personnelle avec mon analyste. Au cœur de celles-ci se trouve mon grand-père paternel, diabétique et dialysé à la fin de sa vie, la maladie cancéreuse de ma grand-mère paternelle, de laquelle elle mourra après ma naissance, ainsi que, sans doute, le fait d'avoir autant entendu parler d'une maladie liée à la sexualité telle que le SIDA depuis ma naissance (1983), en lien sans doute aux questions de la transmission de la maladie dans ce travail.

2. La question de l'hypocondrie

Dans ce travail, je propose d'élaborer métapsychologiquement la question de l'hypocondrie, une hypocondrie qui serait un véritable travail psychique, une hypocondrie envisagée dans sa processualité et donc protectrice. Dans cette vision que je propose ici, elle serait psychiquement salvatrice quant à la mort, aux traumatismes ainsi qu'à l'innommable et au non figurable de la mort.

Observateur au sein d'un espace-temps particulier, ces patients, contraints par leur corps, m'ont conduit à m'interroger quant à l'hypocondrie du fait notamment des nombreuses plaintes corporelles qu'ils pouvaient exprimer, à leur entourage, aux différents soignants, tout comme à moi, psychologue clinicien en hémodialyse.

3. Méthodologie et processus à l'œuvre

La méthodologie de ce travail tente de rendre compte du processus à l'œuvre lors de suivis psychothérapeutiques dans des conditions très particulières. En effet, les rencontres dont je rendrais compte se sont déroulées durant les séances d'hémodialyse de ces personnes. Mon matériel clinique prend appui sur des suivis bi-hebdomadaires d'environ deux ans pour la plupart. Aussi, ces suivis ont demandé sept années de recueils, entre 2007 et 2013.

Dans ce contexte d'intervention institutionnelle, que j'exposerai plus précisément au sein de la partie méthodologique, la collaboration avec les soignants médicaux et paramédicaux permet différentes prises en charge, par laquelle il m'est manifestement demandé de soigner certains patients, quand, de façon latente, il m'est demandé de *les* soigner de *leurs* patients.

Les cinq sujets de ce travail se sont inscrits dans ces perspectives, sujets qui avaient, qui ont alimenté profondément mes échanges formels et informels avec les soignants, échanges qui ont certainement préservé d'éventuelles ruptures de parts et d'autres, lorsque ces patients témoignaient eux-mêmes de quelques choses de ces soignants, que ce soit au sein de leurs identités individuelles ou groupales.

4. Présentation succincte des cas cliniques

Cinq cas cliniques de trois femmes et deux hommes se situent à la source de ce travail. Il s'agit de sujets âgés de 59 ans à 75 ans, en insuffisance rénale chronique et hémodialysés, lesquels présentent une symptomatologie hypocondriaque. Dans ces cinq situations, d'autres membres de leur famille ont transmis et/ou été atteints par la maladie rénale, variable qui m'est parue intéressante, me permettant de questionner l'hypocondrie du corps familial.

Enfin, au sein du cadre institutionnel, ils ont tous les cinq fortement ébranlés les équipes de soignants pour se retrouver pendant un ou plusieurs temps tout particulièrement au sein de leurs préoccupations, des préoccupations rendant compte de leurs impuissances.

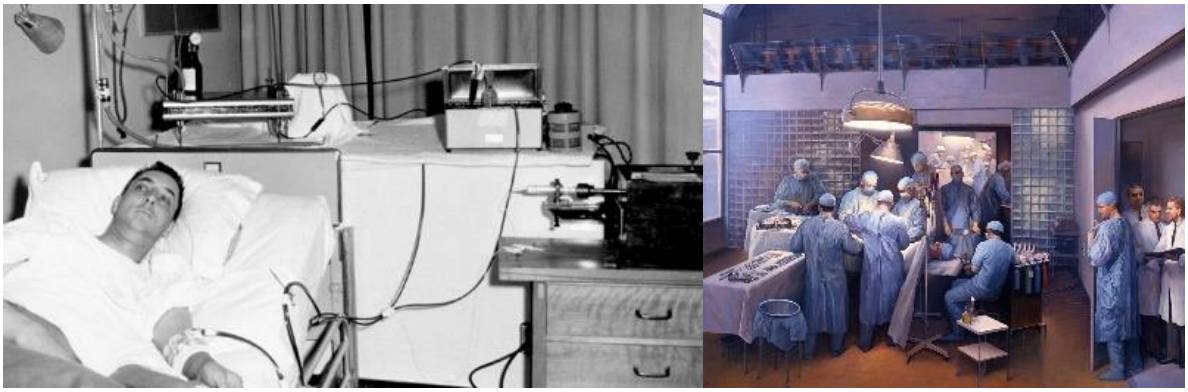
5. Résultats

Dans ce travail de recherche métapsychologique, cette élaboration théorico-clinique nous conduira à approfondir la question des traumatismes au travers des deuils infinis et des figures de cruauté, la question de la mort avec les mythes transgénérationnels et les scènes primitives, pour terminer notre réflexion autour de l'innommable et de la non figurabilité avec les spécificités chez l'insuffisant rénal chronique hémodialysé du travail de l'hypocondrie.

Nous conclurons avec les perspectives du travail de rêve.

I. L'insuffisance rénale chronique et ses thérapeutiques, *aspects historiques, démographiques et médicaux*

« L'avenir verra se répandre le traitement psychanalytique des maladies organiques, parfaitement compatible avec le traitement médical classique toujours nécessaire (Ferenczi, 1926, p. 378). »



C. Shields, premier hémodialysé chronique et Babb J. (1996). *First Successful Organ Transplant*. Huile sur toile.

Avant de reprendre dans des perspectives de psychopathologie psychanalytique le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé, je propose ici un détour par des aspects plus généraux à propos de l'insuffisance rénale chronique, afin de mieux la cerner.

1. Aspects historiques

Grâce aux découvertes médicales et industrielles, l'insuffisance rénale chronique terminale, jusque-là maladie mortelle sans alternative, peut être prise en charge de nos jours et de ce fait est devenue une maladie chronique, ce qui ne reste pas le cas dans de nombreux pays en voie de développement. De par ces enjeux vitaux, il existe aujourd'hui des flux migratoires pour ces raisons.

Les créations de l'homme, l'outil, la technique ou les arts utiles à la vie, en référence à Platon, prolongent la main de l'Homme. Dans notre objet d'étude, par la machine d'hémodialyse, les organes défaillants sont prolongés dans l'espace, par une voie dite extra-corporelle. La vie du sujet en est ainsi prolongée en durée. Pour en arriver à ce stade, il a fallu de nombreuses étapes d'avancées scientifiques depuis moins de deux siècles. Sans entrer dans ces détails, rappelons qu'historiquement, deux femmes vont survivre à leurs urémies aiguës par deux traitements palliatifs différents pour les premières fois, l'une grâce à la dialyse en 1945 à Kampen (Pays-Bas) et l'autre grâce à une transplantation réalisée clandestinement en 1947 à Boston (USA). Puis c'est en 1960 à Seattle (USA) que C. Shields deviendra le premier hémodialysé chronique puis transplanté, lui permettant de prolonger sa vie de onze années. En 1952, en France, une première greffe du jeune Marius avec sa mère comme donneur vivant par

J. Hamburger à Necker. En 1954, des frères jumeaux homozygotes à Boston permettent à un couple donneur-receveur une transplantation rénale réussie.

En France, jusqu'en 1960, les sujets mouraient de *crises d'urémie* qui dès lors vont prendre le nom d'*insuffisance rénale chronique terminale*. Cette phase terminale de l'insuffisance rénale chronique annonçant le vital recours palliatif, à la dialyse ou à la greffe, sans quoi le sujet meurt. Les médecins seront amenés à choisir les patients qui continueront à vivre par la dialyse, ce traitement n'étant pas accessible à tous jusque début des années 1970.

Si les machines de dialyse continuent à se perfectionner notamment en bénéficiant des progrès de l'informatique, des avancées thérapeutiques sont envisagées. Notamment celle de la portabilité par un rein artificiel portable ou d'un système d'ultrafiltration portable. Sous la forme de ceinture, ceux-ci fonctionneraient continuellement tel un vrai rein. À l'université du Michigan, un rein bioartificiel a été testé sur des animaux puis sur des humains notamment en novembre 2004. Celui-ci pourrait rester extra-corporel voire même être implanté dans l'organisme. Aussi, une imprimante 3D pourrait recréer à partir de cellules souches un rein pour l'insuffisant rénal… Peut-être un jour alors les machines d'hémodialyse seront reléguées au rang de l'Histoire médicale.

Ainsi, toutes ces avancées techniques, industrielles et médicales, en incluant celles à venir, posent une question essentielle et inéluctable : l'Homme sera-t-il, jusqu'au bout, un être uniquement fait de chair et de sang ?

2. Aspects démographiques

En 2013, sur 76 187 personnes en insuffisance rénale chronique traitées (chiffre venant du registre REIN – Réseau épidémiologique et information en néphrologie), 42 501 (56%) étaient en dialyse (avec 10 097 nouveaux patients cette année-là) et 33 686 (44%) étaient greffés (avec 354 nouvelles transplantations). Ces chiffres notent bien l'augmentation des patients traités pour leur insuffisance rénale en phase terminale, passant de 500 personnes pour un million d'habitants en 2003 à 1 163 personnes par million d'habitants en 2013.

3. Aspects médicaux

Biologiquement, l'insuffisance rénale se traduit par une augmentation de l'urée[1] et de la créatinine[2] dans le sang. Les reins servent à *épurer* : ils permettent les excrétions urinaires, filtrent le sang et aident à la fabrication des globules rouges, en sécrétant une substance, l'érythropoïétine. Les déchets qui ne sont pas éliminés causent des nausées, des vomissements, des endormissements, etc… Lorsque le rein ne fonctionne pas bien, le sujet est anémié, il ressent donc une grande fatigue. Il peut être hyper ou hypotendu. Aussi, le potassium insuffisamment éliminé par le(s) rein(s) peut quant à lui engendrer de graves troubles cardiaques, jusqu'au décès. Il n'y a toutefois pas de douleurs au(x) rein(s) : cela peut déstabiliser le sujet qui peut alors difficilement se pe(a)nser malade, seuls d'éventuels symptômes peuvent être visibles. Ce sont les thérapeutiques qui vont lui rappeler.

L'insuffisance rénale aiguë survient de façon brutale, le plus souvent après une baisse brutale et transitoire de la pression artérielle, lors d'une hémorragie, d'une infection générale (septicémie), ou encore, pour ceux que l'on rencontre le plus souvent, d'une intoxication. Elle peut aussi survenir lorsqu'il existe un blocage au niveau des voies urinaires : calcul enclavé dans l'uretère, adénome prostatique volumineux… Il faut quelques jours pour que les reins retrouvent spontanément leur état antérieur et leur fonctionnement normal. Pendant cette période, il faut recourir à l'hémodialyse, sous cathéter. L'insuffisance rénale aiguë est habituellement transitoire et sans séquelles.

Étiologiquement, les causes amenant un sujet à l'insuffisance rénale chronique, on parle alors de néphropathies, sont très diverses. *Dans 15% des cas l'origine est inconnue*.

> Le rein peut ne pas être la cause première : on parle alors de *maladie rénale secondaire*. Les origines hypertensives représentent 25,3% des cas. Quant à la néphropathie diabétique, 22%. Elles représentent à elles seules 47,3% des cas. Les glomérules sont les premiers filtres du sang dans le rein. Lorsqu'ils sont touchés, on parle de *glomérulonéphrites primitives* (11%). Il existe des formes génétiques et héréditaires des maladies rénales : la *polykystose* (6.5%) et le *syndrome d'Alport*, qui lui est moins fréquent (0,2%), et a la particularité d'entraîner une surdité ainsi qu'une baisse d'acuité visuelle (cf, Jean-Dit-Pannel, 2014a). (chiffres : REIN)

La néphrologie est précisément une branche de la médecine s'intéressant aux maladies des reins et à leurs conséquences. Cette branche est différente de l'urologie, s'occupant de la chirurgie de l'appareil urinaire, lequel ne fonctionne plus suffisamment voire plus du tout chez le sujet hémodialysé. Ce sont les urologues qui pratiquent les transplantations rénales.

---

[1] L'urée, déchet des matières azotées de l'organisme, est extraite du sang par le rein afin de le concentrer dans les urines. Hormis lorsque le rein ne trouve plus pour l'urée une voie de sortie dans le cas de l'insuffisance rénale, l'urée n'est pas toxique, elle le devient par une trop importante concentration dans le sang.

[2] La créatinine, dérivé de la créatine, substance azotée présente dans les muscles, le cerveau et, en très faible quantité toutefois, dans le sang, est *le* marqueur de l'insuffisance rénale. Il serait intéressant d'étudier à quels moments particuliers, la créatinine, comme l'urée, augmente(nt) de façon significative, en se demandant s'il pourrait y avoir un rôle des événements, notamment traumatiques, de la vie du sujet.

a. L'hémodialyse

Le terme français de dialyse a pour origine le mot grecque *dialusis* (*Le Grand Larousse*) qui signifie, par un détour à la langue anglaise dû à l'inventeur du terme, séparation. La dialyse est une technique utilisée pour éliminer les déchets du sang et l'excès d'eau du corps en cas d'insuffisance rénale. Ainsi vont être filtrés et supprimés les mauvais éléments présents dans le sang. Le plu souvent, les séances doivent être réalisées trois fois par semaine pendant quatre heures en moyenne. La fistule artério-veineuse, nécessaire dans ce cas, est présente à demeure dans le bras, après une petite intervention chirurgicale. Jonction entre une veine et une artère, la fistule artério-veineuse permet d'être raccordée par des aiguilles et des tubulures à la machine d'hémodialyse afin de faire circuler par voie extracorporelle le sang. Il arrive que l'accès vasculaire permanent qu'est la fistule soit obstruée ou infectée. Si la fistule n'a pas été réalisée, un cathéter jugulaire ou fémoral temporaire, une tubulure flexible introduite à la base du cou ou dans la cuisse, peut permettre l'hémodialyse. Il existe différentes possibilités d'hémodialyse (par ordre d'autonomie croissante) : en centre « lourd » (à l'hôpital ou en clinique), en unité de dialyse médicalisée (UDM), en autodialyse (AD) et à domicile. Un infirmier gère l'introduction des aiguilles et le bon déroulement de la dialyse dans le cas d'une hémodialyse en centre ou en unité médicalisée. Ce n'est pas le même cas de figure en unité d'autodialyse, où le patient tient un rôle actif. Il s'occupe de tout : préparation de la machine, introduction des aiguilles, vitesse des pompes, et autres paramètres. Toutefois, un infirmier est présent en cas de besoin. À domicile, cas plus rare, l'implication active d'un partenaire est nécessaire. Deux à trois mois de formation sont nécessaires.

b. La dialyse péritonéale

L'enveloppe interne du corps qu'est le péritoine, membrane qui recouvre l'estomac, le foie, la rate et l'intestin, sert à la dialyse péritonéale. Comme en hémodialyse avec la fistule, une intervention chirurgicale est nécessaire : l'introduction ici d'un cathéter en plastique souple dans l'abdomen. Ce cathéter demeurera visible à l'extérieur du corps sur plusieurs centimètres et permettra l'introduction du dialysat, contenu extérieurement dans des poches, dans la cavité péritonéale. Les déchets toxiques et l'eau en excès seront éliminés avec le dialysat au moment du drainage. Des risques d'infections sont très importants, ce qui nécessite une hygiène stricte. La péritonite peut être une des conséquences de cette mauvaise hygiène pouvant conduire jusqu'à un changement de technique de dialyse.

c. La transplantation rénale

La greffe rénale ou transplantation rénale consiste à transplanter chez le patient un rein sain qui a été prélevé d'un patient en état de mort cérébrale ou d'un donneur vivant. Dans le premier cas, une attente longue est nécessaire pour parfois accéder à un organe compatible qui doit alors être transplanté très rapidement.

> **Christian**, hémodialysé en attente de transplantation, « je guette *tel un vautour* les accidents de la route ».
> **Éléonore**, hémodialysée en attente de transplantation, « je suis mal à l'aise d'attendre une transplantation… C'est comme d'attendre, d'espérer que quelqu'un meurt… »
> **Simon**, hémodialysé en attente de transplantation, « Il va bientôt y avoir un pont, il y a souvent des accidents de la route pendant ces ponts… J'aurais peut-être un rein… »

Lorsque l'organe est transplanté, le risque d'un rejet reste majeur. Les situations problématiques se révèlent en particulier dans les trois premiers mois suivants l'intervention chirurgicale. Dans le cas où le greffon n'est pas rejeté et fonctionne, un important traitement médicamenteux immunosuppresseur quotidien se révèle nécessaire. Ce traitement peut entraîner d'importants effets secondaires. Quoiqu'il en soit, une hygiène de vie au niveau alimentaire, une forme physique satisfaisante et des consultations médicales restent à observer. La transplantation est le traitement qui se rapproche le plus d'un rétablissement de la fonction rénale normale. Le transplanté pourra mener une vie quasi normale, même si continueront à se poser des interrogations quant au donneur, quant à la possibilité d'un rejet et le retour en dialyse, ou d'autres conséquences liées au traitement immunosuppresseur. Rappelons ici que le transplanté rénal n'est pas guérit de son insuffisance rénale chronique, il y pallie par son greffon et ses traitements immunosuppresseurs.

II. De la maladie somatique chronique à la plainte hypocondriaque, *cadre théorique*

« Some have asked, "What is so special about dialysis in treating end-stage renal disease? It's no different than treating the diabetic with insulin or the patient in heart failure with digitalis." Indeed, there are many similarities, but the point is that through dialysis, which presents adaptation to illness in one of its most dramatic forms, one gains an understanding of other forms of chronic illness (Abram, 1974, p. 68). »[3]

A) Aux confins de la vie et de la mort

1. Patients néotènes

« Comment est constituée l'enveloppe psychique d'un être qui est à la fois mort et vivant ? » (Freud, 1907, p. 249)
« Notre royaume est celui de l'entre-deux, a pu dire Freud dans le temps même où il inventait l'analyse. » (Pontalis, 1977, p. 9)

Mise en mot, l'annonce de la maladie est un temps de couperet (Delaporte, 2001, p. 6 ; Golse, Bénony, 2003, p. 91) effondrant ainsi bien cruellement le *fantasme d'immortalité* d'un sujet alors souvent *sidéré psychiquement*. Se mettent alors en place des thérapeutiques palliatives, à *l'emprise intrusive*, lesquelles ne laissent que peu ou pas de choix et de place au sujet malade chronique. Toute la vie du sujet malade est alors bouleversée, remaniée, profondément. Par ce nouveau mode de vie, le sujet reste bloqué *entre-deux* – espace notionnel (Chouvier, 2005, p. 7) – *suspendu* à des corps étrangers dans un temps de vie lui aussi *suspendu* (Debray, 2006). L'entre-deux est un « espace », un « état » une « capacité » « entre deux extrêmes » (*Le Petit Robert*). Le sujet est dans notre clinique parallèlement *coincé* entre le dedans et le dehors, *en survie* d'être entre vie et mort, mort-vivant (Riazuelo, Cupa, Chaudoye, 2014, p. 189) ou vivant-mort au sein d'un environnement vécu comme « *in*humain », non humain. Cependant, tout comme le soma et le psychisme, ces extrêmes ne sont pas antagonistes, ils sont liés. Être neutre – du latin *neuter*, « ni l'un ni l'autre » (*Le Petit Robert*) –, c'est se maintenir en dehors et ne pas prendre position, ce qui est tout de même une position, *comme si* cela indifférait l'individu. Quelle pourrait être la nécessité d'une indifférence psychique dans cette position d'entre-deux ? Sans doute pourrait-on penser que le fonctionnement opératoire permettrait la neutralisation de cette position d'entre-deux : « cette pensée formatée par l'action devient une pensée qui se robotise, s'automatise et se protège de tout fantasme, ne peut plus fantasmer. » (Cupa, 2007a, p. 172)

[3] Je propose la traduction suivante : « Certains ont demandé : « Qu'y a-t-il de si spécial à propos de la dialyse dans le traitement de la maladie rénale en phase terminale? Ce n'est pas plus différent que de traiter le diabète avec de l'insuline ou le patient en insuffisance cardiaque avec les digitaliques. » En effet, il existe de nombreuses similitudes, mais le fait est que, grâce à la dialyse, qui présente l'adaptation à la maladie dans l'une de ses formes les plus spectaculaires, on gagne en compréhension à propos d'autres formes de maladie chronique. » Abram est l'un des premiers psychiatres à avoir travaillé la question des enjeux psychiques en dialyse au niveau international (1968, 1969ab, 1970, 1974, ; et al. 1968, entre autres).

Par la maladie somatique, le sujet ne peut plus avoir accès à « un autre chemin », « celui dans lequel il s'était projeté » (Delaporte, 2001, p. 202). La maladie « projette son ombre dans le futur » (Schnitzler – reprenant Freud –, 1988) : quel (im)possible avenir et quelles incertitudes de cet à venir ? Se dresse alors un spectre, celui empruntant le chemin de la mort qui aurait pu être le sien : le sujet aurait pu mourir, à présent il sait qu'il le peut, et ce, à tout moment. Pour le sujet en insuffisance rénale chronique terminale, c'est la dialyse ou la mort : « On n'a pas le choix c'est ça ou… (La mort [car elle n'est très souvent pas nommée par les patients, seulement par des figures, « la boîte » ou « les deux pieds en avant »]) », ai-je pu rencontrer très régulièrement dans la clinique du sujet en hémodialyse.

La dialyse n'est pas la vie pour autant…

a. Le traumatisme de la naissance du sujet à l'environnement médical

« Dans cet entre-deux, les sujets en transition ne disposent plus du code habituel qui leur permet de se comporter selon les normes requises, de diriger leur vie pulsionnelle selon les buts et les moyens normalement prescrits par leur groupe d'appartenance, et c'est pourquoi ils peuvent dire : « nous sommes tous en rupture de quelque chose » (…). » (Kaës, 1979, p. 54)

Certains sujets sont dans l'entre-deux de différentes cultures, il peut s'agir de sujets malades, dialysés ou non (Jean-Dit-Pannel, *soumis*). Cette perspective est importante : j'aimerais porter ici l'accent sur cet étranger qu'est le *corps médical et paramédical de l'hôpital*[4]. Une adaptation brutale doit se faire à cet étranger, comparable à un « traumatisme de la naissance » (Rank, 1924), naissance conçue par S. Freud comme « le premier fait d'angoisse et par conséquent la source et le modèle de toute angoisse » (1900, p. 344). Rappelons que par la naissance, le bébé passe d'un état aquatique à un état soumis à l'apesanteur « à travers une expérience pénible (…) que l'on retrouve dans tout état d'angoisse » (Houzel, 2002, p. 1773). Par un changement d'identité et en particulier par la rencontre d'un environnement inconnu, la maladie somatique peut être considérée comme une nouvelle naissance amplement traumatique et « fait d'angoisse ».

Ces patients dépendants de façon absolue peuvent devenir de véritable « bébé en détresse » (Mellier, 2005, p.9), dans un monde peuplés d'objets étrangers, espace médical, auquel il n'est pas préparé : « Contre-transférentiellement, (…) je perçois ces patients plutôt comme des nourrissons malades dans « une carcasse d'adulte ». » (Cupa, 2009, p. 140) « Sans combinaison » (Bick, 1986, op. cit.), quels *points d'agrippements* le sujet peut-il chercher, s'il

[4] Si le sujet est insuffisant rénal chronique en phase terminale et qu'il est né ou a vécu dans un autre pays, l'équilibre psychique et les identifications dans l'entre-deux culture sont d'autant plus menacés lorsque la dialyse est inaccessible ou mal gérée médicalement (ce qui aurait amené rapidement la mort du sujet) dans le pays d'origine, d'autant plus quand cela l'a amené à quitter son pays d'origine.

en a les moyens, et espérer, peut-être, trouver ? Car, rappelons-le « Quand le bébé naît, il est dans la situation d'un astronaute qui a été projeté dans l'espace sans combinaison spatiale. (…) La terreur prédominante du bébé est de tomber en morceaux ou de se liquéfier. » (Bick, op. cit.). *Par les différents vécus de ces expériences, il y a retour à un état d'immaturité, de néoténie du nourrisson. Il y a là besoin du recours vital à un ou des donneurs de soins.*

L'hôpital va accueillir le bébé à naître, tout comme le sujet qui ne peut (plus) se donner à lui-même ses soins et qui a besoin de recourir à un autre : l'hôpital peut être un ***antre***-deux, un giron pour ces patients, permettant une renaissance. Cet hôpital peut être perçu telle une grosse machine technicisante, un lieu d'emprise, un espace de morcellement à cause de la multitude de services dans lesquels le corps du patient est pris en charge. Il peut apparaître à la fois le lieu de ressourcement et en même temps, à l'autre extrémité, le lieu de persécution. Accueillant plus ou moins, selon différentes perspectives humanistes, l'environnement médical que trouve le sujet – objet trouvé-créé indestructible, – est un univers où il semble nécessaire d'objectiver le sujet. D. W. Winnicott (1971a, p. 128) rappelait cependant que « l'objectivité est un terme relatif : ce qui est objectivement perçu est, jusqu'à un certain point, conçu subjectivement ». Il serait ainsi intéressant de se demander comment les objectivations des médecins se construisent subjectivement, et les effets que cela produit sur cette *dite* objectivité. Pour soigner, cet environnement utilise tout un tas de *codes* plus ou moins compréhensibles pour le sujet : un lieu, des personnes et des techniques… Ces objets sont étrangers et amènent malgré eux un certain degré de déshumanisation, notamment en objectivant et en technicisant le sujet, en ne lui donnant aucune place, « que » celle du soin somatique. Cet environnement « non humain », déshumanisé, déshumanise. H. Searles (1960) précise que pour lui le « non humain » correspond à « la totalité de l'environnement de l'homme à l'exception des autres êtres humains » (p.25). Cependant tout être supposé humain peut devenir, à certains égards, inhumain…

b. L'environnement médical et ses thérapeutiques

Si l'étayage de la psyché s'appuie de même importance sur le corps et le corps sur la psyché (Anzieu, 1985), R. Kaës y ajoute le corps social, l'environnement, *espace potentiel* (Winnicott, 1971a). Les soins corporels donnés à l'enfant, et à tous les âges de la vie, sont déterminants afin que l'entité psychosomatique de celui-ci survive (Raimbault, 1969 ; 1982). En effet, « Le deuxième corps, le corps érotique, naît du premier, le corps physiologique. Entre les deux : les gestes de l'adulte sur le corps de l'enfant. » (Dejours, 2002, p. 85). Á l'hôpital, ou en centre d'hémodialyse, comment le corps érotique du patient peut-il lui aussi survivre à ces « gestes » intrusants donnés la majeure partie du temps par le corps paramédical ? Le

médecin, quant à lui, ne peut pas ou très peu faire don de son temps aux patients (Caillé, 2000 ; Bourgeon, 2007) : ainsi perd-il sa figure d'humaniste, humanisante. Aujourd'hui, la figure du médecin est celle du savant, celle des ajustements médico-techniques, ce que P. Henrique Martins appelle la biomédecine (2002), la médecine techniciste et objectivante (Caillé, 2003, p.332). Déjà, T. T. Tsaltas (1967) et H. S. Abram (1974) en parlaient précisément à propos de la néphrologie et de la dialyse. Le préfixe de *Dés*-humanisé indique « l'éloignement, la séparation, la privation » (Laplanche, 1989, p. 94) : c'est d'abord celui d'un « déficit subjectif » (Gori, Del Vogo, 2005, p. 42-50) induit par la médecine et ses techniques où l'action n'est pas – plus ? – spécifique[5], inadéquate, pour le sujet qui les vit en les subissant. Le sujet en insuffisance rénale chronique terminale et hémodialysé est difficilement un sujet de désir. Quant à ses besoins, ils sont réduits par des régimes alimentaires et hydriques des plus légers aux plus outranciers. Ces régimes sont moins lourds pour le sujet en dialyse péritonéale mais restent néanmoins importants. De façon générale, les contacts humains apportés au sujet malade sont biaisés par sa maladie somatique. En effet, quelles entraves aux rencontres des corps – familiaux (parents, conjoint, enfants, …), amicaux, sociaux et professionnels – lorsqu'un corps biologique est malade, voire lorsque le sujet est réduit à un corps ?

> Paul, 31 ans : « Je suis hémodialysé depuis que je suis adolescent. Je me sens diminué par les dialyses. Et comme si ça suffisait pas il y a un an j'ai appris que j'étais stérile. C'est dégueulasse… Quand on essayait d'avoir un enfant avec ma copine sans y arriver, j'en ai parlé à un ami, il m'a dit : « il faut qu'on te montre ? ». (Silence) »

Dès 1895 (*Projet d'une psychologie*), S. Freud montre qu'il faut impérativement que le nourrisson néotène soit compris au sens fort du terme par un objet proche (*Nebenmensch*). La situation dans laquelle le nourrisson parfaitement dépendant se trouve est une situation de détresse (*Hilflosigkeit*). La réponse de l'objet permet au nourrisson de s'en sortir. L'insuffisance de réponse peut le conduire dans un vécu parfaitement traumatique.

« À chaque fois que je viens [en hémodialyse], je me demande… si ça va saigner… », me disait Patrick. À ce moment-là, Patrick évoque avec moi ses angoisses de vide et de vidange, au sens de D. Anzieu. Cela me fait penser en effet que la peau de ces patients est trouée régulièrement par des aiguilles et que à la longue, le Moi peau comme enveloppe psychique du patient peut être vécu comme troué avec les angoisses de vidanges qui s'y associent. Chez certains patients, et avec D. Anzieu (1984, p. 160), on peut penser qu'il y a des fantasmes d'écorchage de la peau humaine : « L'écorchage de la peau humaine est la pire et la plus totale des castrations. Elle ne se focalise pas aux organes et aux fonctions génitales. C'est la castration

[5] L'action spécifique freudienne est « l'ensemble du processus nécessaire à la résolution de la tension interne créée par le besoin : intervention externe adéquate et ensemble des réactions préformées de l'organisme permettant l'achèvement de l'acte. » (Laplanche, Pontalis, 1967, p.9)

de tout ce qui donne une apparence et une sensibilité humaines ; c'est une attaque contre la forme humaine en tant que contenant et un vidage du contenu, *le sang, plus vital que le lait ou le sperme*[6]. Ce qui doit correspondre à un fantasme des plus archaïques, comportant un volet de destruction de l'autre pour en capturer la substance vitales et un second volet d'attaque contre les limites en ce qu'elles font obstacle au désir d'être illimité. »

En hémodialyse, et par les différents examens médicaux auxquels le sujet est confronté de par sa maladie rénale, son traitement d'épuration extra-rénale et son éventuelle attente de transplantation rénale, le sujet va être « [retourné] comme un gant » (Winnicott, 1984, p.21-22)[7]. L'intérieur invisible devient extérieur visible : « (…) visualiser l'intérieur du corps, c'est d'une certaine façon le retrousser, comme si s'inversait les états intérieurs et extérieurs, ce qui est de l'ordre de l'invisible et du visible » (Durif-Bruckert, 1994, p. 15). Cette mise en transparence du corps conduit à des vécus persécutifs.

C'est sans doute la tendresse qui permet de restaurer quelque peu ces patients. Elle anime le sujet, le réanime (Anzieu, 1982, p. 146, 1985, p. 189). En effet, la pulsion de tendresse « n'est pas dans un mouvement de décharge », mais « recherche des contacts de l'autre humain, avec ses capacités de protection, de constitution et de maintien du narcissisme » et « possède une énergie qui est la « vivance » que nous repérons bien dans le sentiment que nous avons d'être, d'exister » (Cupa, 2007b, p.54). C'est ce manque de « vivance », le sujet étant dans un état de *sur*-vivance, au sens donné par Cupa qui est à questionner, notamment quand les limites du Moi-peau sont poreuses.

c. Porosité des limites : réalités et sentiment d'existence

Lorsque les limites vie/mort, dedans/dehors sont floutées par la maladie et ses thérapeutiques, les questions d'être humain, individualisé et vivant le sont également. Un stade primitif du développement (Searles, 1960, p.53) fait retour au sujet, stade où celui-ci est incapable de prendre conscience du fait qu'il est vivant et non inanimé, qu'il est une créature humaine, et non une plante[8] ou un animal. Seulement, ce stade est remis ici en question : il reconvoque ce qui (n')est (pas) advenu. Plus que comment se sentir vivant dans ces conditions, se pose la question de comment se sentir existant, et dans quelle(s) (dis)continuité(s) ?

---

[6] Je souligne ici à propos du sang, bien en jeu en hémodialyse.

[7] « (…) lorsque les forces cruelles ou destructrices menacent de dominer les forces d'amour, l'individu est obligé de trouver une manière de se défendre : *se retourner comme un gant* [je souligne], mettre en scène son monde interne à l'extérieur, jouer lui-même le rôle destructeur et obtenir qu'une autorité extérieure accepte de le contrôler. La mise en scène de ses fantasmes fait qu'il met en place un contrôle sans étouffer trop gravement ses pulsions, tandis que l'autre solution, c'est-à-dire la solution interne, envahit nécessairement l'ensemble de la personnalité et aboutit à un état de fait que, cliniquement, on nomme dépression. » (Winnicott, 1984, p. 21-22)

[8] Paul, 23 ans, dialysé : « J'ai dit à mon ami : quelle horreur quatre heures à ***végéter*** comme un légume ! ».

Réalités matérielle, biologique et psychique

La réalité psychique est mise en danger par l'arrivée de la maladie, la rencontre à un environnement spécifique et des thérapeutiques médicales palliatives lourdes. R. Roussillon propose de distinguer schématiquement trois niveaux de réalité (2007, p. 5-7) :

- la réalité « matérielle », ce sont les corps « matières », animés ou non ;
- la réalité « biologique », celle des corps « matières » vivants, à la capacité « auto- » délimités par une enveloppe ;
- enfin, la réalité « psychique », caractérisée par un processus « auto-méta », une « pensée réflexive ».

Dans l'insuffisance rénale chronique en phase terminale, c'est la réalité biologique qui est tout d'abord menacée. L'eau et les déchets du sang ne sont plus correctement éliminés par les reins : la nécessité de pallier à cela est permise et se réalise grâce au corps médical qui met en place pour le sujet des thérapeutiques médicales palliatives. Cette capacité auto- perdue rappelle cette part de soi imprévisible, animale : sa chair, sa viande, le cru. Alexandre, 42 ans, hémodialysé, me disait « on est que de la barbaque ». Rappelons que barbaque signifie « mauvaise viande (dure, grasse, etc.) » (*Le Petit Robert*, 2004). Avec l'hémodialyse, l'enveloppe du sujet est « trouée » en deux points, comme la morsure d'un vampire (Cupa, 1995), par une fistule artério-veineuse, « zone de passage inquiétante et énigmatique » (Consoli, 2002, p.36), laquelle permet que le sang puisse passer du dehors au dedans. Les limites sont repoussées : le dedans et le dehors communiquent dès lors de façon permanente (De Massougnes, 1987, p. 48). Cela va se relayer « à un niveau psychique jusqu'à ce flottement identitaire dont nous parle M. de M'Uzan » (Riazuelo, Cupa, Chaudoye, 2014, p. 190), identitaire où sont en tension ses versants autoconservatif et libidinal, avec, toujours et certainement encore plus chez le sujet hémodialysé, une prévalence, une autorité du premier versant sur le second (De M'Uzan, 2005). C'est le risque pour soi que les fonctions du corps défaillantes inaniment sa propre matière, sa propre chair, par la mort. Ce risque de l'inanimé est pris en charge par l'environnement médical, avec cette particularité, dans la clinique de l'hémodialyse et la dialyse péritonéale automatisée, que la déshumanisation engendrée se couple à une matière inanimée, la machine, ce que nous verrons plus tard. Reste à savoir comment est perçue subjectivement cette machine : animée ou non ? Et quelles sont les conséquences de ces perceptions pour soi : comment le sujet se sent *machinisé* ? Cet aspect machinisé peut à certains égards rejoindre ce dont parlait J. Nemiah (1978), « Le patient est sans expression, raide, pierreux et étriqué ».

Les conséquences psychiques de ces deux niveaux mis en danger sont indéniables. Le sujet malade somatiquement et plus particulièrement en insuffisance rénale chronique terminale a *trop* conscience de son fonctionnement somatique – ce qui peut devenir obsédant – et donc de la possibilité de sa mort somatique et psychique. Par conséquent, la pensée réflexive est mise à mal par ces thérapeutiques intrusives, sidérantes, étrangères. De par la profonde atteinte de

ces deux réalités, comment, en tant que sujet touché dans sa chair, penser de façon subjective et ne pas "opératoiriser" son discours?

Sentiment d'existence

Ces conditions de réalités du sujet malade sont déréalisantes. Le sentiment d'aliénation, d'étrangeté, engrangé par cet environnement peut amener une expérience de dépersonnalisation (Nicolaïdis, 2005). Le sujet ne sait plus qui il est, ce qui pose la question des enjeux identitaires. Bien plus que cela, le sujet ne sait plus si il est : son sentiment d'existence est en doute, ce que j'ai convoqué plus tôt avec la notion de vivance au sens donné par D. Cupa (2007b, p.54). Tandis que les sujets psychotiques ne sont pas « vraiment vivants dans cette vie-ci », qu'« on ne les sent pas tout à fait de ce monde », (Racamier, 1991, p. 893), les insuffisants rénaux me paraissent quant à eux « non vraiment vivants dans cette vie-là », « pas tout à fait dans ce monde ». En effet, ne se sentant plus humain, menacé somatiquement, à tout moment, comment pour le sujet se sentir vivant « dans cette vie-là », « dans ce monde » ? Alors, interrogeons-nous sur le *hic et nunc*, l'ici et maintenant, notamment à travers le stade de la pré-inquiétude, *pre-concern*, de D. W. Winnicott (1945, p.69) en relevant que, selon D. Cupa (2007a, p.32), la cruauté, vue plus haut, se caractérise par ce stade.

Mis en danger chez le sujet par la maladie chronique et ses thérapeutiques médicales palliatives, l'unification du moi ne peut se faire dans les conditions dans lesquelles les thérapeutiques de la maladie somatique mènent le sujet : somatiquement et psychiquement, comment « être toujours le même à travers des expériences variées » médicales, lesquelles dépossèdent peu ou prou le sujet de son corps, de partie(s) de lui-même ? Nous l'avons vu plus haut, les limites sont repoussées, il y a un « renversement des notions du dehors et du dedans» : ce qui est dedans, ici le sang du sujet, ou le dialysat en dialyse péritonéale ambulatoire, peut passer au dehors et revenir au dedans, sous l'emprise de machineries, la machine, les corps médical et paramédical. De cette façon, le sujet malade et soigné peut ne plus bien savoir ce qu'il gagne et/ou ce qu'il perd en étant soigné. Un parallèle est à faire avec le « boudin fécal », lequel « passe du dedans au dehors » : « l'enfant [comme le sujet malade] doit se rendre compte, qu'en perdant ce contenu, il ne perd pour autant sa mère ou son objet interne. » (Athanassiou-Popesco, p. 119). Ce boudin fécal me paraît à mettre en lien avec le sang du sujet en insuffisance rénale chronique, qui passe, en hémodialyse, dans une machine. En effet, « le lait est sang, mais sperme aussi, et excrément, dans la réversibilité et la confusion des liquides corporels, métaphores bien charnelles de l'intensité pulsionnelle. » (Parat, 2001).

Alors, qu'est-ce que le sujet perd de lui, de son intégrité, de son sentiment d'exister dans/par cette expérience de dialyse ? Le sujet ne serait-il pas en proie à développer « une

adaptation docile aux intrusions de l'environnement » (Johns, 2002, p. 1636) ? En « ancrant » les sujets dialysés chaque jour davantage dans le concret et le factuel », par le biais des thérapeutiques, il y a un « [assèchement de] la vie psychique » de ces patients (Consoli, 2002, p.36).

2. L'étrangeté familière du double

« (…) le mauvais, l'étranger au moi, ce qui se trouve au-dehors est pour lui tout d'abord identique » (Freud, 1925, p. 169).
« Je me considérais, premièrement, comme ayant un visage, des mains, des bras, et toute cette machine composée d'os et de chair telle qu'elle paraît en un cadavre, laquelle je désignais par le nom de corps (Descartes, 2ème méditation). »

Dans ces conditions de rupture et d'étrangeté, le sujet, « spectateur de sa propre maladie » (Gori, Del Vogo, 2005, p.171), a bien des difficultés à s'accrocher à des gestes, lesquels sont intrusifs. La « possession » (Allilaire, 2002, p. 23) de l'intérieur de son corps « exproprié » (Gori, Del Vogo, 2005, p.76) est aliénante pour le sujet : elle relève d'objets étrangers, étrangers car *étranges et extérieurs*, grâce auxquels son entité psychosomatique sur-vit. Bien sûr, en parlant d'objets étrangers je me réfère à l'*inquiétante étrangeté, l'unheimlich,* – lequel est « ressortit à l'effrayant, à ce qui suscite l'angoisse et l'épouvante » (p. 213) – décrite par Freud (1919) où ces questions de vie ou mort, animé ou non, se posent telles qu'elles l'ont été vues plus haut (Mijolla-Mellor, 2002, p. 580). Pontalis (1985, p. 212) rappelle que l'inquiétante étrangeté peut se traduire également par « le non familier » – le non vivant ? –, « l'étrange familier », ou « le (familier) pas comme chez soi ». L'inquiétante étrangeté figure « cette variété particulière de l'effrayant qui remonte au depuis longtemps connu, depuis longtemps familier » (Freud, 1919, p.215).

Se pose alors la question du double, « devenu une image d'épouvante » (Freud, 1919) : il me semble que chaque patient malade somatiquement et dialysé a en soi ce double de lui-même déjà mort, persécuteur, prenant une forme variable, une ombre, un reflet, un portrait, un sosie, un jumeau (Mijolla-Mellor, 2002, p.496). La machine serait un de ces doubles. Pour le sujet dialysé malade somatiquement et chroniquement, le spectre de cet autre soi-même déjà mort est déjà-là, le hantant, le persécutant.

> Barnabé, 67 ans, hémodialysé, évoque avec moi la disparition de Jean, 72 ans, hémodialysé à ses côtés pendant quatre années, trois fois par semaine : « Ça a été brutal, on ne s'y attendait pas… Lui qui faisait encore tant de vélo, il était vraiment sportif. Mais là depuis quelques temps avec son diabète il ne voyait plus grand-chose… Vous savez qu'il est mort dans la nuit ? C'est sa femme qui l'a retrouvé. Au fond, c'est mieux comme ça pour lui. Non ? »
> Aussi, Roberta, 62 ans, hémodialysée, ne comprenait pas que l'on ait pu si vite enlever la machine de Francine, 47 ans, une autre patiente hémodialysée récemment décédée, comme si en enlevant cette machine c'est cette dernière que l'on enlevait, en tout cas quelque chose la représentant, *une partie d'elle, son double.* Un flou est apparu pendant l'entretien : cette patiente décédée semblait être elle-même le double de la patiente avec qui je m'entretenais, d'une certaine façon peut être que c'était pour elle comme se voir mourir, par le truchement d'un double qui était devenu, par dix ans de séances d'hémodialyse communes, une amie proche. Francine avait avec elle un crocodile, lequel était un jeu que sa famille lui avait donné destiné à

rester en dialyse. Il restera plusieurs mois, la représentant, pour l'ensemble des patients de l'unité de dialyse de sa séance ainsi que les soignants.

a. Identifications au corps cadavre inanimé, cruel agresseur : quel Fort Da ?

« Ce qui paraît au plus haut point étrangement inquiétant à beaucoup de personnes est ce qui se rattache à la mort, aux cadavres et au retour des morts, aux esprits et aux fantômes. (Freud, 1919, p. 246). »
« L'objet de répulsion commun à l'espèce humaine (sauf aux nécrophages et aux nécrophiles[9]) est le cadavre. (Anzieu, 1985, p. 189) »[10]

Cet autre hantant, persécutant, est pour le sujet sa propre mort, matérialisée par le spectre de son propre corps cadavre, cruel agresseur, auquel des mécanismes d'identifications sont psychiquement mis en branle. Ce corps cadavre se situe entre le quelqu'un du vivant et le quelque chose du mort, il interroge la limite, la frontière, entre présence et absence, voire présence de l'absence avec la présentification. En lien au « travail de deuil » (Freud, 1915c), cela fait inévitablement partie tout autant du « travail de vieillir » (Bianchi, 1980 ; Quinodoz, 1994 ; Verdon, 2013, p. 5) que du « travail de la maladie » (Pédinielli, 1986 ; 1994), du « roman de la maladie » – mythe individuel de la maladie – (Gori, 1998 ; Del Volgo, 1997), d'autant plus dans le cas d'une maladie somatique chronique, d'autant plus lorsque le sujet peut être en attente d'une transplantation rénale permise par un donneur pas encore cadavre... Si pour ne pas mourir, le sujet en insuffisance rénale chronique doit hémodialyser, cette crainte de la mort, cette crainte de son cadavre, est ce qui nourrit son désir d'hémodialyser. Dans *Au-delà du principe de plaisir*, S. Freud (1920b) ramène plusieurs observations de jeux d'enfants, notamment la plus célèbre, celle du jeu de la bobine ou jeu du Fort Da, dont celle-ci :

> « Si le docteur examine la gorge de l'enfant ou lui fait subir une petite opération, on peut être certain que cette expérience effrayante sera le contenu du prochain jeu ; mais nous ne devons pas pour autant négliger l'existence d'un gain de plaisir provenant d'une autre source. En même temps qu'il passe de la passivité de l'expérience à l'activité du jeu, l'enfant inflige à un camarade de jeu le désagrément qu'il avait lui-même subi et se venge ainsi sur la personne de ce remplaçant. » (p.55)

À la lecture de cet extrait, nous pouvons nous interroger : si l'enfant peut retourner activement ce qu'il (a) subit passivement, notamment dans ses jeux, par exemple avec un poupon, ou un autre, enfant ou adulte, quelle réappropriation de ses différentes expériences médicales et paramédicales peut chercher le sujet adulte et âgé par un retournement passif-actif ? Est-ce dans le rêve, souvent manquant chez les sujets hémodialysés, que ce jeu de bobine, ce jeu de Fort Da, peut s'inventer ou bien ne lui reste-t-il plus que son propre corps comme objet dans ce potentiel retournement ? Dans son texte *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort* (1915a), S. Freud rappelait : « L'homme ne pouvait plus tenir la mort à l'écart, parce qu'il y avait goûté dans la douleur que lui avait causé en mourant le disparu, mais il ne

[9] Demandons-nous : les sujets tels que les soignés et les soignants régulièrement confrontés à des sujets devenus des corps cadavres en deviennent-ils des nécrophages ou/et des nécrophilies malgré eux ?
[10] D. Anzieu en parlait à propos d'une distinction à propos de l'animé et de l'inanimé.

voulait pourtant pas le reconnaître parce qu'il ne pouvait se représenter mort lui-même (p. 32) ». L'autre mort, soi ou un autre, fait figure d'agresseur : par sa mort, par sa disparition, par la haine et l'amour de cette disparition, par la confrontation réelle et crue au corps cadavre inanimé, renvoyant à l'horreur du sien, jusqu'au squelette, dépecé de (sa) chair. Seulement, par les différents examens auxquels est confronté le sujet malade somatiquement, le confrontant à son intérieur corporel potentiellement défaillant, nous pouvons nous demander en quoi cela ne l'expose pas directement à la projection de son propre cadavre ? D'ailleurs, quelle utilité de connaître comment fonctionne un corps, sain ou malade, si ce n'est pour le guérir, lui éviter des maux et notamment la mort, réelle et/ou fantasmatique ? Plus loin, S. Freud continue :

> « Auprès du cadavre de la personne aimée prirent naissance non seulement la doctrine de l'âme, la croyance en l'immortalité, et l'une des puissantes racines de la conscience de culpabilité chez l'homme, mais aussi les premiers commandements moraux. Le premier et le plus significatif des interdits venus de la conscience morale naissante fut : *Tu ne tueras point*[11]. Il s'était imposé comme réaction contre la satisfaction de la haine en présence du mort bien-aimé, satisfaction cachée derrière le deuil, et il s'étendit progressivement à l'étranger non aimé et finalement aussi à l'ennemi. (p. 34) »

La maladie somatique chronique grave qu'est l'insuffisance rénale chronique effracte ce pacte moral du *Tu ne tueras point* : elle peut tuer, réduire un sujet à un corps cadavre inanimé. *Son propre corps devenu malade fait figure d'agresseur,* ce qui peut être rejeté tantôt sur un objet extérieur, sur un médecin, soigneur-agresseur voire bourreau, sur des proches, sur le chauffeur d'ambulance qui conduit en dialyse...

> Jean, 72 ans me parle à chaque séance de son chauffeur de taxi, ses retards, sa conduite... Il ne souhaite pourtant pas en changer comme si cela lui permettait de décharger son agressivité à venir trois fois par semaine en dialyse.
> Sylvie, 44 ans, me dit « Je n'en peux plus de cette porte qui est ouverte ici [en dialyse] ! Il y a des courants d'air, et ça va, ça vient… ». Elle ne supporte pas sa passivité ici, et que d'autres soignants-« courants d'air » soient actifs.

Le corps malade d'un autre fait aussi figure d'agresseur. Il peut être rappelé par la mort d'un dialysé aux autres dialysés d'une même séance que la mort reste toujours possible en continue. Dans cette perte du double, les réactions d'indifférence, d'abattement, interrogent autant le triomphe narcissique de ne pas être mort soi-même que le désir à ne plus lutter et mourir.

À cela, je rappellerai S. Freud (1913, p. 269): « Pour la pensée inconsciente, celui qui est mort de mort naturelle est également victime d'un meurtre ; les souhaits mauvais l'ont tué. ». Dans ces cas de figure, en hémodialyse, qui a tué alors tant pour ses compagnons de dialyses que pour ses soignants et entourages : les soignants qui n'ont pas empêché la mort – et peut-être même le « psy » dans certains cas –, les autres patients de dialyses, son entourage, ou/et bien d'autres… ? Seulement, le corps cadavre est un spectre anticipé par les insuffisants rénaux chroniques dialysés, sans doute par la présence du cru sanguinolent. Cette identification au

[11] En italique dans le texte.

corps cadavre fait figure d'agresseur : figure de rejet et de désir, de haine et d'amour, voire même de tendresse et de cruauté. Alain, 44 ans hémodialysé chronique me dira à propos de sa « collègue » de dialyse depuis de nombreux mois : « Je suis allée voir Céline à la morgue. Elle avait l'air tranquille… » Il m'arrive assez souvent d'entendre des patients parler de leurs morts bien entendu, mais aussi de quelque chose de leur corps cadavre, voire un cadavre manquant, absent.

> Aziz, 86 ans, d'origine marocaine, hémodialysé : « Mon frère aîné a été combattre pour la France. On l'a un peu forcé… Il est parti en Italie… Mais il est mort en combattant. On a mis du temps à le savoir. Et oui… Et on ne sait pas ce qu'il s'est passé… Et je ne sais pas où est son corps, ce qu'on en a fait… »
> Odette, 78 ans, hémodialysée : « Ma fille a disparu il y a trente ans maintenant. Nous avons toujours soupçonné son ex- mari de l'avoir tuée. En plus lui qui s'était suicidé deux jours plus tard… On ne saura jamais vraiment. En tout cas je ne sais pas où est ma fille. On ne l'a jamais retrouvée. Ni morte ni vivante. Peut-être elle avait fui son mari violent ? Qu'elle n'a pas su qu'il était mort, et qu'elle pense ne pas pouvoir revenir ?… »

Le sujet s'identifie-t-il à l'agresseur pour autant ? Dans quelles mesures peut-on fantasmatiquement et peut-être aussi réellement, s'identifier à un corps cadavre inanimé ? Il s'agit là peut-être de ce qui lui sera salvateur : s'autoriser de se donner aux agressions corporelles, et psychiques, nécessaires à sa survie avant tout somatique. Tolérer, accepter l'agression de son corps, se penser soi-même comme l'actif bourreau de son corps pour ne plus subir passivement, mais activement. Le sujet qui se prend en charge dans ses soins comme c'est le cas en autodialyse voire en hémodialyse à domicile, interroge cela.

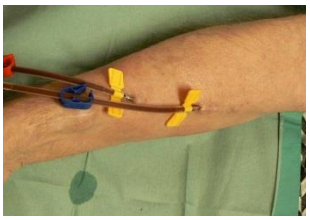
b. Objets étrange(r)s : la fistule artério-veineuse et la machine

De la mise en mot à la mise en acte, de l'annonce à l'acte thérapeutique

Différencier l'annonce de la maladie somatique chronique de l'annonce des actes thérapeutiques, particulièrement dans l'insuffisance rénale chronique, s'avère nécessaire. Les annonces diverses de traitements puis leurs mises en acte peuvent contribuer à répéter trauma (la blessure) et traumatismes (les effets de cette blessure) que l'annonce de la maladie chronique a, entre autres, constitué. Les mots ne sont pas les actes, et inversement : vivre l'annonce de, ce n'est pas vivre l'acte de. On passe ainsi des mots aux actes, ce qui peut voiler, flouter le sens de ces actes. La notion d'agir est une notion importante lorsque le clinicien travaille avec des sujets atteints de maladies somatiques. Beaucoup de patients ont cette caractéristique d'être dans l'agir et non pas dans la pensée, c'est la « primauté de l'action ». La mise en acte de l'annonce peut permettre de ne pas « ressentir l'affect douloureux » (Célérier, 1997, p. 73), d'où l'importance pour certains patients que l'espace entre mise en mots et mise en actes ne soit pas trop important, de ne pas vivre trop d'effets d'Après-coup de l'annonce. Chaque objet médical mis en acte est vécu différemment par les patients, et revêt une multitude de sens subjectifs possibles. La mise en acte des thérapeutiques médicales comme la pose de la fistule puis les

séances de dialyse, amènent à vivre dans l'agir la réparation somatique. Ces objets que sont la fistule artério-veineuse et la machine de dialyse seront ici étudiés. Ils peuvent exercer une « captation visuelle » (Gey, 2006, p. 73) chez le sujet et son environnement, véritable sidération impensable.

Fistule ou cathéter : trou, béance d'un Moi-peau devenu passoire, à vid(ang)er


Une fistule

La fistule artério-veineuse, petit objet étrange(r) présent à demeure dans le bras du patient, rend possible des échanges d'un fluide vital, entre le dedans et le dehors. Le sang va de l'intérieur du corps du sujet à l'extérieur-intérieur des tubulures de la machine-hémodialyseur et de ses filtres et produits, afin d'être épuré, dialysé artificiellement, en lieu et place de la fonction rénale du sujet devenue insuffisante. Inévitablement, cela pose la question de l'intégrité corporelle du sujet. Si l'insuffisance rénale chronique est une maladie invisible, ce qui est autant un avantage qu'un inconvénient, narcissiquement et objectalement, en hémodialyse, l'abord artério-veineux permettant la circulation extra-corporelle du sang, la fistule, ou encore le cathéter, peut-être une partie *honteuse*, à cacher, à dissimuler, parce que *seul témoin concret et visible de sa propre infirmité*[12]. Pour certains patients hémodialysés, ce petit objet étranger est un véritable tribut esthétique, ce qui peut être accentué par la déformation du bras du fait des répétitives séances dialyses. Loin d'être accessoire, ce tribut médical artificiel est pourtant *un* des prix à payer afin de rester en vie. Partie honteuse, parce que témoin et représentant de sa propre infirmité, certains sujets porteurs d'une fistule n'osent pas la montrer. Trace et empreinte de la maladie somatique chronique et de la dialyse, les sujets porteurs d'une fistule peuvent ne plus se rendre à la piscine par exemple et/ou portent des vêtements aux manches longues, pour ne pas attirer des regards et/ou des questions (Jean-Dit-Pannel, 2005). Cette fragilité, voire cette « horreur », est à cacher, à préserver. En effet, les patients hémodialysés doivent éviter, entre autres, de dormir sur leur bras, de porter des manches serrées, ou encore de porter des objets trop lourds afin de préserver leur fistule. Cette fragilité de la fistule peut amener les patients à sacraliser leur bras, voire à ne plus l'utiliser, à s'en sentir « handicapé », me dira Francis. Un patient fantasmait que les autres devaient se dire en voyant sa fistule : « tiens, ce gars-là est à moitié foutu ! ».

> Lucie, 64 ans, voue un véritable culte à l'intention de son bras : « c'est sacré mon bras…», « personne n'a droit d'y toucher… Non… Les infirmières elles n'ont pas le droit… Les docteurs… N'importe qui…», « c'est le docteur qui a dit ça… », le néphrologue ne disant que de faire attention au bras.

[12] Cela a été l'objet d'une présentation orale lors d'une journée doctorale à Paris V Descartes, janvier 2014.

« Petit truc en plastique », « petite machine qui vibre[13] », vit et fait jouir, la fistule artério-veineuse est tantôt perçue comme quelque chose de non-vivant, de vivant, voire de machinique. Deux personnes hémodialysées m'avaient dit que pour eux, la fistule était « un rein » (Jean-Dit-Pannel, 2005), ce qui rappelle que la fistule semble marquer extérieurement le corps d'un rein caché défaillant, manquant. Aussi, cela rappelle que la fistule est une voie d'accès au sang du patient, afin que ce sang soit, par voie extracorporelle, épuré par le rein artificiel de la machine. D'autres sujets au contraire, chérissent leur fistule, la vérifie, la caresse, quand le *thrill* ou souffle de celle-ci en devient rassurant : bruit du sang, bruit d'organe, indice de (bonne) santé (Cupa, 2009, p. 90), d'une fistule en bon état de marche.

> Jean-Marie, 43 ans, hémodialysé : « Je touche tout le temps ma fistule, plusieurs fois par jour [aspects masturbatoires]. Je la sens vibrer. Je sais que je si je ne la sens plus, je dois appeler les médecins. D'ailleurs, c'est arrivé une fois, elle était bouchée. J'ai senti ça le lendemain matin d'une dialyse. J'ai appelé les médecins le jour même. Ils m'ont dit de venir la faire déboucher en urgences. J'ai pu dialyser le lendemain. Heureusement que j'y fais attention. »

La honte peut être ainsi évoquée par les patients quant à leur fistule, pas directement quant à leur maladie, ce qui est pourtant en lien direct. Le sentiment de honte lié à la fistule rappelle l'angoisse de l'exclusion, celle du groupe social dit *ordinaire* voire *"normal"*. Sur-vivant, entre-deux, le sujet hémodialysé peut se penser ni tout à fait mort ni tout à fait vivant, ni tout à fait humain ni tout à fait inhumain, comme nous l'avons déjà précisé, mais aussi ni tout à fait valide ni tout à fait infirme.

La fistule est à la fois érogène et algogène. Par cette coexcitation libidinale, le sujet en devient honteux ou exhibitionniste.



Le vampire de Munch (1895), Munch Museum.

Cette fistule fait figure de trace et d'empreinte d'un baiser de vampire (Wilgowicz, 1996 ; Grim, 2011) : je pense au tableau *Le vampire* de Munch (1895), vampire qui est une allusion redondante en hémodialyse où le sang est épuré, désintoxiqué par une machine-vampire, un rein artificiel. Nous préciserons cela plus bas, à propos de la machine d'hémodialyse.

> J'ai pu rencontrer une patiente musulmane pour qui la fistule avait été implantée dans le bras gauche. Enfant, on lui avait interdit d'écrire de la main gauche car celle-ci était « la main du diable », selon

[13] Vibrement du *shunt*, un des nombreux aspects étrange de ce petit objet étrange

l'héritage culturel ses parents. À présent, son bras gauche était par la fistule et les dialyses un lieu de souffrance, un enfer à vivre…

Marque, effraction, pieux

La fistule ou le cathéter *marque* le corps. Souvent, l'intervention lors de laquelle un chirurgien « pose » la fistule ou le cathéter a lieu *avant* la toute première séance de dialyse. Cette mise en acte subie (Lauru, Lemaire, 2006, p. 6) par le sujet malade est la marque, le sceau sur le corps de la dialyse *à venir, parfois déjà là*. Cette mise en acte peut réveiller brutalement un patient qui aurait psychiquement endormi sa perspective d'être mis en dialyse, et/ou d'avoir une maladie chronique irréversible aux fins de se protéger, de se préserver. Tout acte chirurgical est en lui-même une « effraction » (Allilaire, 2002, p. 25) pour celui qui le subit. Ici, cet acte laisse une marque stigmatisante, visible. Quant à la fistule, cet objet effractant sera ensuite lui-même effracté par des aiguilles, véritables « pieux » selon certains patients, selon certains soignants également. La fistule ou le cathéter renforce l'aspect de marque, de stigmate, comme une empreinte de la maladie somatique chronique et des séances de dialyse. Cette marque montre à l'extérieur une défaillance intérieure, l'insuffisance rénale chronique terminale, la « béance », le « trou », « occasionné par le rein manquant, défaillant » (Gourdon, Riazuelo-Deschamps, Cupa, 2002, p.50). Par les deux marques de la fistule, par un cathéter jugulaire, c'est la marque de la morsure du vampire qui semble être laissée : alors, qu'a-t-il pris, ôté, gardé du sujet et qu'a-t-il "restitué" – terme médical – tant somatiquement que psychiquement ?

« Moi-peau passoire » et principe de sur-réalité

Par la fistule ou le cathéter, une substance entre l'objet machinique et soi, entre le dedans et le dehors devient commune, le sang en hémodialyse. Lors des séances d'hémodialyse, les « béances » ou « trous » de la fistule vont permettre que le sang soit « excorporé »[14] puis « encorporé »[15] (Cupa, 2007a, p.185) par un circuit extra-corporel de tubulures transparentes. Ce jeu de liquide permis par des trous convoque l'idée d'un « Moi-peau passoire » (Anzieu, 1985). Cependant, lorsque des « trous » sont nécessaires, cela « vient faire voler en éclats les fonctions de contenance et de différenciation assurées par la peau » (Coudert, 2006, p.50). La peau, l'enveloppe, « existe, mais sa continuité est interrompue par des trous » : alors « l'angoisse est considérable d'avoir un intérieur qui se vide » (Anzieu, 1985, p.125). Ces angoisses de vida(n)ge sont les conséquences de la dialyse en général et de la fistule ou du cathéter en particulier. Cet artificiel objet étrange(r) est imposé au sujet par le corps médical en

[14] Cupa rappelle Green « dans un autre contexte, qui indique combien le psychisme se déracine de son ancrage corporel. Ici c'est un élément du corps qui se détache du corps lui-même » (Cupa, 2007a, p.185, [en note de bas de page]).
[15] Néologisme proposé « pour désigner le mouvement inverse du précédent » (Cupa, 2007a, p.185, [en note de bas de page]).

raison de son état de santé, afin de repousser sa mort. Parfois, les patients hémodialysés font des raccourcis : ils pensent que c'est le médecin qui a imposé cet objet étranger, tout comme la dialyse et les autres « gestions »[16] que celle-ci nécessite. Si c'est effectivement le cas, les patients peuvent oublier le rôle et le sens de ces objets *proposés/imposés* (pour reprendre D. Anzieu, cf. plus bas). Ces derniers rappellent aux sujets la maîtrise manquante de leur propre corps, leur dépendance acquise, de par leur maladie somatique chronique. Ce sera donc au corps médical de décider pour le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé, lequel devra se soumettre aux décisions du premier. Les techniques de dialyse et autres « gestions » générées par l'insuffisance rénale chronique terminale, deviennent ainsi des lois rigides, voire obsessionnelles, *proposées/imposées* par les médecins. Cette rigidité du milieu extérieur, appuyé bien souvent par l'entourage proche du sujet, amène, avec la fistule – et donc un « Moi-peau passoire » par lequel le sujet pourrait se vider –, un double mouvement paradoxal. Le milieu extérieur lui *propose/impose* d'être trop tenu (seconde peau musculaire) et/ou pas assez ce qui peut amener, entre autres, des angoisses de vidage (Anzieu, 1985, p.84). À ce propos, j'ai ailleurs (Jean-Dit-Pannel, 2014b) rappelé qu'il y a des angoisses de vidage (Cupa, 1995) et de vidanges. Les angoisses de vidages concernent celles où le sujet craint de se vider brutalement, de son sang, de ses viscères par exemple, quand dans des angoisses de vidanges cela ne concernerait que celles de se vider de liquides usés, usagés, par écoulement voire risquer un changement, une substitution de l'intérieur corporel et/ou psychique par infusion/transfusion. D. Anzieu, dans « Une approche psychanalytique du travail de penser » (1993), suggère que « L'expérience du vide peut prendre trois formes :

- La viduité : le manque de l'objet (le sein, la mère), le « veuvage », c'est-à-dire la perte de la présence qui donne consistance à l'être ;
- Le vidage : le manque d'investissement de l'objet, c'est-à-dire la perte d'énergie, de vitalité, l'hémorragie libidinale ;
- La vidange : le manque de sensations/sentiments procurés par l'objet, la néantisation de la douleur et des affects dysphoriques par projection/expulsion, c'est-à-dire la perte de la subjectivité. » (p. 252)

Une rigoureuse prise en charge médicale, où l'on décide continuellement pour le sujet, tient trop le sujet alors que celui-ci a peur de se vider. Par ce Moi-peau passoire, le sujet peut se résigner, laisser « couler », ou « lâcher» « sans rétention ni élaboration » (Anzieu, 1985, p.125) sur les soignants – voire le psychologue – certains états émotionnels (colère, pleurs,…), notamment lorsqu'il est question de cette rigoureuse prise en charge, comparable à, selon ma proposition ici, ce qui est devenu un *principe de sur-réalité* toléré, accepté par un « principe de survie », tel qu'en parle R. Roussillon (2007, p. 218), où le principe de plaisir est fortement compromis par cette particulière situation.

[16] Régime hydrique, alimentaire, prise de médicaments, rendez-vous auprès de différents médecins, etc…

Stigmate gravé sur le Moi-peau du condamné

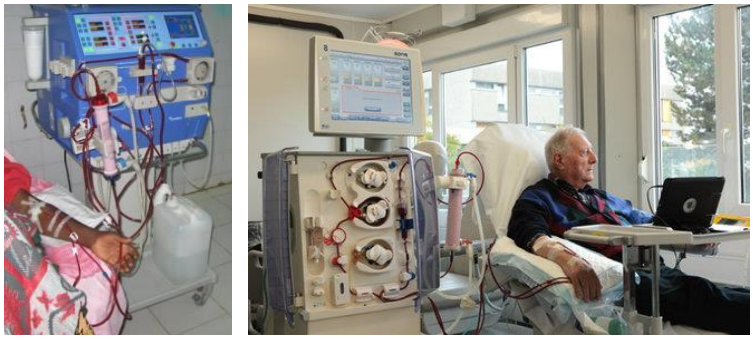
« Des deux grandes formes de troubles de la surface d'inscription, la première concerne la crainte, relative au Surmoi, d'être marqué dans la surface de son corps et de son Moi par des inscriptions infamantes et indélébiles, dont toute la gamme va des rougeurs, de l'eczéma, jusqu'aux blessures symboliques, jusqu'à la célèbre machine infernale de La colonie pénitentiaire de Kafka, qui grave sur la peau du condamné – en lettres gothiques, pour que ça fasse plus mal – l'article du code que le coupable a transgressé et qu'il apprend au moment où l'inscription s'achève et où il en meurt. Ce qui fait qu'il a à la fois l'explication et la punition. L'autre angoisse, inverse, c'est le danger d'effacement des inscriptions sous l'effet de leur surcharge, soit même de la perte de la capacité de fixer des traces.» (Anzieu, 1985, p. 267-268).

Revenons à la stigmatisation que j'évoquais plus tôt avec la fistule ou le cathéter. Le stigmate évoque la crucifixion du Christ : de ses blessures infligées coulaient du sang, comme pendant la dialyse et en fin de dialyse. Ces blessures infligées, pour pallier à un état somatique condamnant à mort et donc pour dialyser, sont la fistule, ainsi que chaque début de séance où l'infirmier pique la fistule du patient avec deux aiguilles, ce qui *marque* le début de la séance d'hémodialyse, moment particulièrement redouté par les patients. Pour le cathéter, celui-ci est ouvert puis fermé en respectivement début et fin de séance, ce qui est moins marquant, mais le reste néanmoins. Il faut s'infliger, se faire infliger, « avec à la fois l'explication et la punition » au risque du prix de sa propre vie. « (…) [gravée] sur la peau du condamné » (Anzieu, 1985, p. 268) la fistule ou le cathéter est *stigmate,* corps étranger qui rappelle en permanence et la maladie somatique chronique, le dysfonctionnement irréversible de soi, et les dialyses. Alors, certains patients me confrontent visuellement à leur fistule ou leur cathéter, comme un enfant montrerait ses blessures. Cela m'est arrivé également avec des patients pour qui les fistules ne fonctionnaient pas, il fallait alors en refaire une autre puis une autre.

> François, 37ans, hémodialysé, me dira « à force, on en a marre de se faire charcuter de tous les bouts », comme s'il était devenu de la viande « charcutée » par un boucher-médecin-chirurgien.

Par les traces, les cicatrices (Graindorge, 2006), que chaque essai de fistule avait laissées, j'ai pu avoir l'impression de voir des bras lacérés par des coups de fouets, *cruelles images*. Par les lois médicales en néphrologie et dialyse, par un principe de survie, le sujet doit tolérer un principe de sur-réalité, agit par un surmoi cruel (Cupa, 2007a ; Chaudoye, Cupa, 2012), à la fonction limitante et autoconservatrice (Cupa, 2007a, p. 55-58). Il faut parfois déboucher une fistule bouchée, comme une vulgaire canalisation, renvoyant à l'analité, débouchage plus ou moins douloureux… plus ou moins réguliers selon les patients. Vider de la merde c'est alors vidanger. Il y a là l'idée de quelque chose de mécanique, de la machine à réparer quand on débouche…

La machine-robot-ordinateur en hémodialyse : figures de Dracula et Frankenstein



Exemples de machines en hémodialyse

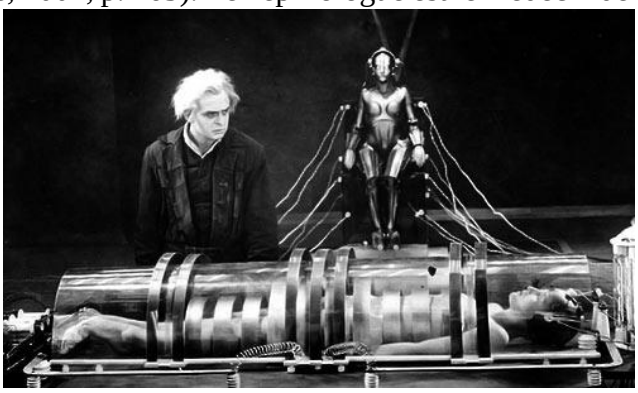
Le sang du patient est conduit au dehors par le truchement de la fistule artério-veineuse, ainsi que par des tubulures transparentes qui rappellent le lien, comme un cordon ombilical, relié ici à une mère machin(iqu)e- robot[17]-ordinateur[18]. La connexion entre fistule et tubulures est permise par deux aiguilles insérées, piquées au sein de cette fistule. Ces machines et aiguilles convoquent la représentation de l'automate, double inanimé (Mijolla-Mellor, 2002, p.580). En 1919, S. Freud reprenait *L'homme au sable* de E. T. A. Hoffmann (1817), il y évoquait « la poupée Olympia dont la mécanique d'automate imite la vie tout en la préservant de l'altération par la vie » (p. 73). La machine est cet automate mécanique qui devient numérique, la machine mécanique étant prévisible la seconde, la machine numérique, peut chercher, dans une certaine marge de prévisibilité, à proposer de l'imprévisibilité, de l'inattendu… D. Anzieu, avec son texte « Sur la confusion primaire de l'animé et de l'inanimé » (1982), considère cette confusion comme un trouble de la perception et non comme un trouble de la pensée (p. 145). Il rappelle les exemples de Joë l'enfant-machine de B. Bettelheim et la machine à influencer de V. Tausk, dans le cas de l'animé perçu comme inanimé, ainsi que l'inquiétante étrangeté, « la machine qui devient à la fois humaine et inhumaine », les œuvres fantastiques, dans le cas cette fois-ci de l'inanimé perçu comme animé (p. 146). À propos du cas d'Eurydice, il précise :

> « La confusion primordiale de l'animé et de l'inanimé a subsisté comme point d'achoppement qui a fait trébucher la pensée d'Eurydice lorsqu'il s'est agi d'opérer des distinctions ultérieures :
> - la distinction de ce qui relève d'elle et de l'environnement ;
> - la distinction du Moi-peau tactile et du Moi-peau musculaire ;
> - la distinction du vivant et du mort :
> - la distinction de la rigidité cadavérique et de l'érection du pénis.
>
> Toute une partie du travail psychanalytique a consisté à rétablir ces distinctions et à donner plus de consistance au Moi psychique d'Eurydice et moins de sensibilité douloureuse à son Moi corporel. (p. 148) »

[17] Le robot est en sa deuxième définition du *Robert* un « mécanisme automatique à commande électronique pouvant se substituer à l'Homme pour effectuer certaines opérations, et capable d'en modifier de lui-même le cycle en appréhendant son environnement ». *Le Robert* nous rappelle que ce nom vient du tchèque *robota*, « travail forcé », afin de désigner des ouvriers artificiels dans la pièce *R.U.R.* (Rossum's Universal Robots) (1920) du tchécoslovaque Karel Capek (1890-1938).

[18] L'ordinateur, selon *Le Robert*, ou « machine électronique de traitement numérique de l'information, exécutant à grande vitesse les instructions d'un programme enregistré ».

Pour P. Cassou-Noguès, philosophe français, (2007, p. 163) : « le paradigme de la machine, pour Descartes et dans l'imaginaire classique, est une horloge, c'est-à-dire un automate qui, une fois mis en branle, possède en lui-même le principe de son mouvement. » La machine rappelle le temps, non seulement les quatre heures trois fois par semaine, en moyenne, répétitivement mais aussi le temps restant à vivre en hémodialyse (Jean-Dit-Pannel, 2012d). Le soignant au sens de *cure*, fait figure d'automate, il est soignant-machine, robot et ordinateur (Cassou-Noguès, 2007, p. 163). Le néphrologue est le médecin de la fonction rénale,



Photographie extraite du film Metropolis

il calcule, il est un cerveau qui parfois n'utilise pas un langage suffisamment humain, car spécialisé. Est-il thanatocrate (Ziegler, 1975, p. 178) ? Si les plus anciennes machines de dialyses me faisaient penser à des machines de Tinguely, animées, elles deviennent de plus en plus des machines-robots-ordinateurs, inertes et inanimées. En hémodialyse, souvent, les patients hémodialysés sont reliés psychiquement à un écran de télévision et/ou un écran d'ordinateur (Riazuelo, 2012), voire un smartphone… Tant de prothèses machiniques devenues ordinaires, instruments de relation (et ce peut être le cas de la machine de dialyse lorsque le sujet peut aller jusqu'à la faire sonner pour faire venir un infirmier), pour un individu contemporain *hybride*[19] selon B. Andrieu (2009a), voire chimérique.

Corps-machin(iqu)e : corps réparable, corps immortel ?

Dans le film *Metropolis* de F. Lang (1927), un robot-machine redonne vie au corps mort d'une femme grâce à la machinerie inventée par un savant-fou, véritable Frankenstein[20]. Sans doute, un corps-machine peut rassurer l'humain : ce corps devient une simple machine à réparer, à déboucher, donc réparable, afin de se protéger



Jean de Tinguely, Fontaine Jo Siffert (1984), Fribourg.

[19] L'adjectif ou le nom masculin hybride est (Le Robert) en biologie ce « qui provient du croisement de variétés, de races, d'espèces différentes », ou, dans le langage courant, « composé de deux éléments de nature différente anormalement réunis », quand le nom masculin est renvoyé à *chimère*.

[20] Le cinéma fourmille d'exemple de machines, robots et ordinateurs, humanoïdes, androïdes ou cyborgs (Causeret, 2006, p. 78) avec *Metropolis* donc, mais aussi *Stars Wars*, *Blade Runner*, *Terminator*, *Robocop*, *Transformers*, *I-Robots*, ou encore *Wall-E* chez Disney.

de l'idée de l'incomplétude, de la mort de par un organe défaillant. Il faut donc créer un cœur, un foie, un rein, artificiels.

> Aléandro, 68 ans, hémodialysé, me dit « Je travaillais comme garagiste et puis dans une usine de voiture avant la retraite. J'ai cette impression d'être une voiture au garage ici, je viens me faire réparer, en attendant une pièce, mon rein. Comme ça la machine elle pourra repartir… Et je pourrai rentrer chez moi [au Portugal] sans avoir à venir ici [en dialyse]. Mais le mécano il a décidé de me faire attendre… »

L'hémodialysé devient trois fois par semaine un cyborg, connecté à une machine-rein artificiel. Grâce à différentes découvertes scientifiques, les êtres artificiels secondent, imitent, voire font à la place de l'Homme. Qu'il s'agisse de machines, d'automates, de robots, ils sont des outils, *le prolongement de la main de l'Homme*, selon M. Serres, ici le prolongement de la fonction rénale. Derrière un être artificiel donc, un ou des humains, son créateur ou son utilisateur et leurs intermédiaires (ici les médecins et infirmiers, et même les techniciens). Il est par exemple évoqué aujourd'hui en néphrologie la possibilité qu'une machine, l'imprimante 3D, puisse recréer à partir de cellules souches un rein pour l'insuffisant rénal. R. Descartes (1664) a rappelé que le corps est « une machine qui, ayant été faite des mains de Dieu, est incomparablement mieux ordonnée, et a en soi des mouvements plus admirables qu'aucune de celles qui peuvent être inventées par les hommes. » P. Valéry (1910) précise à propos de la notion d'artificiel : « Artificiel veut dire qui tend à un but défini. Et s'oppose par-là à vivant. Artificiel ou humain ou anthropomorphe se distinguent de ce qui est seulement vivant ou vital. » Le caractère imposant, massif, de la machine de dialyse rappelle paradoxalement une absence, un vide (Favaro, 1986 ; 1987, p. 165). Réfléchir à l'essence de la machine, c'est, pour Mannoni, se perdre « dans un jeu de glaces à l'infini ». Quant à P. Valéry, « la machine rend les attributs d'un être de cauchemar, susceptible d'imposer une loi mortifère à laquelle nul ne saurait échapper » (1957, pp.1045-1046). Le caractère opératoire que l'on rencontre chez les sujets hémodialysés pourrait faire penser à une vie psychique machinisée où les mots désaffectés ont un aspect "machinique", "robotique" (Cupa, 2007a, p. 172), comme s'ils avaient un goût de métal.

Selon S. Freud, « il y a traumatisme quand il y a non-abréaction de l'expérience qui demeure dans le psychisme comme un corps étranger » (1926). Cela nous amène à nous demander si les objets étrangers médicaux représentent une expérience non abréagie « demeurant » dans le sujet ? À ce propos, l'« appareil à influencer » de Tausk peut nous éclairer. « Machine de nature mystique », celle-ci a pour « principaux effets » : de « [présenter] des images aux malades », « de transmettre ou de dérober pensées et sentiments », de « [produire] des actions motrices dans le corps du malade (…) destinées généralement à priver le malade de sa puissance virile, et à l'affaiblir » ainsi que « des sensations (…) complètement étrangères » (Tausk, 1919, p.179). Évidemment, ces sensations étrangères

pourront nous intéresser à propos des plaintes corporelles. Avec B. Bettelheim (1969) et le cas de Joey, ainsi qu'avec M. Mahler (1973) et le cas de Stanley, nous connaissons deux cas paradigmatiques de marionnettisme dans la psychose infantile (Le Maléfan, 2004, p. 80). Le sujet en hémodialyse fait figure de marionnette : sus-pendu par des fils-tubulures à sa machine, parfois à un brassard-fil-tensiomètre intégré dans la machine d'hémodialyse. Pour le sujet en insuffisance rénale chronique et dialysé, la conscience d'activité, la conscience de l'unité, la conscience de l'identité et la conscience du moi, constitutifs de la conscience de la personnalité (Jaspers, 1948), « paraissent étranges, non familiers » (Nicolaïdis, 2005, p. 164). Rappelons que la dépersonnalisation n'est pas forcément pathologique, et qu'elle peut se rencontrer « au cours de l'évolution habituelle de tout individu » (Denis, 2002, p. 445). Dans cette clinique particulière qu'est celle du dialysé, par la rencontre des différentes machines dont je parlais plus haut, la conscience de la personnalité paraît étrange et non familière, ce qui est en lien à la déshumanisation ici machinique.

Cache-cru et cache-cadavre

La machine en elle-même peut provoquer des ressentis de machinisation chez le patient. On serait alors tenté d'oublier que dans les tubulures reliées à la machine d'hémodialyse se répand de façon extracorporelle le sang du patient, ce qui évoque le cru. Alors, par un tour de passe-passe, la machine et son aspect massif pourraient permettre de faire disparaître le cru. Anna, 26 ans, hémodialysée me dit : « C'est dingue ce sang dans la machine. Parfois je n'y crois pas, je me dis que c'est de la peinture rouge ! » Pour le sujet malade dans sa chair, le cru n'est ici pas seulement le sang, c'est aussi l'enjeu vital de ses reins-viscères qui ne fonctionnent plus. Pour P. Cassou-Noguès, la machine et le vampire seraient deux figures qui structureraient, notamment par leur opposition, notre imaginaire depuis le XIXème siècle (2007) : « Le vampire, Dracula (…), s'oppose à la machine, Frankenstein, et lui répond nécessairement. (p. 148) ». Ces différentes figures, du vampire, de Dracula (Cupa, 1985b, 1995, 2007a), de la machine et de Frankenstein (Jean-Dit-Pannel, 2014a, p. 60), voire de Robocop, de Terminator (Causeret, 2006, p. 78, p. 82), apparaissent de façon latente au sein des discours des patients hémodialysés, rarement de façon manifeste (Cupa, 2007a, p. 203). La machine devient « une sorte de mère toute-puissante, un vampire dangereux ou d'autres figures de notre univers psychique archaïque » (Cupa, 2002a, p.10). Une femme appelait l'hémodialyseur « the monster » (le monstre) (Cooper, 1967), car finalement, l'hémodialyseur compile ces deux figures : et machine et vampire, machine-vampire, machine-Dracula (Cupa, 1985b ; 2007a). Cette machine robotique qui ordonne est en fait un cache-cru, un cache-cadavre, sorte de

paravent machinique, paravent robotique, déniant cette part crue(lle), morte(lle), cadavérique potentielle…

Humanisation de la machine

« Ce peut être même un réel supplice pour certains êtres que d'avoir fait l'expérience d'une vie créative juste assez pour s'apercevoir que, la plupart du temps, ils vivent de manière non créative, comme s'ils étaient pris dans la créativité de quelqu'un d'autre ou dans celle d'une machine. » (Winnicott, 1971a, p. 127).

C'est à la machine d'épurer le sang avec très peu de contrôle humain, celui d'infirmiers, voire celui du sujet hémodialysant lui-même, en autodialyse. En hémodialyse, et en dialyse péritonéale automatisée (dialyses par le péritoine se faisant la nuit par une machine), le sujet peut se penser se machiniser, ou encore donner des qualités humaines à l'hémodialyseur (De Nour, A.K., Shaltier, J. Czaczkes, J.W., 1968), afin de boucher les trous de ses angoisses de vidage, les inquiétantes étrangetés que machine et fistule engendrent, ce qui est, rappelons-le encore *dés*-humanisant. Certains sujets hémodialysés saluent leur machine lorsqu'ils se rendent en séance d'hémodialyse, lui parlent. D'autres par exemples me disent que la machine « crie », en parlant de l'alarme de la machine qui s'était mise en route, qu'elle « n'est pas contente ». Richard (68 ans) m'a d'ailleurs dit « elle crie, elle a faim », comme si la machine se nourrissait du sang du sujet, rappelant à nouveau la figure du vampire. Un autre parlait de « compagnon », d'« ange gardien », à propos de sa machine de nuit, comme si celle-ci veillait sur ses nuits en veillant sur sa vie…

Une fonction alpha machin(iqu)e, robot(ique), qui ordonne

« Aussi, la machine « est créatrice de dangers physiologiques, elle ne tient compte ni de la sensibilité, ni de la peau qu'elle écorche. Elle est froide, métallique, lisse, elle n'est pas désirante, vide de désir. Si la mère suffisamment bonne s'adapte à l'enfant, la machine est rigide, impérative et propose un cadre inflexible. » (Cupa, 1985b, p. 393.)

Les mauvais éléments présents – les déchets – dans le corps – plus précisément dans le sang – sont purifiés, c'est-à-dire filtrés et supprimés par l'hémodialyse, ce que ne permet plus la fonction rénale : le patient se sent *déchargé* de façons crue et brutale. Cette séparation des mauvais éléments, nocifs, des bons, me fait penser aux « éléments bêta » ainsi qu'à la « fonction alpha » de la mère, à sa « capacité de rêverie », en référence à W. R. Bion (1962). Le travail de désintoxication des éléments *d'origine sensorielle* n'aurait pas été fait par l'objet maternel, voire de façon machinique : ce n'est que plus tard par la dialyse, sous ses formes différentes, que la désintoxication se réaliserait, ou se retrouverait, dans l'agir, par la voie somatique, grâce à un objet machinique. Par mon action de clinicien pendant la dialyse de mes patients, c'est peut-être ce qui m'a amené à avoir cette impression d'être une machine à laver la psyché, à "psychodialyser" voire "psychadialyser"… Cette *désintoxication machinique* questionne également la topique externe de suppléance, pour reprendre J. Guillaumin, par laquelle il est possible d'inscrire à l'extérieur, pour lui dans l'écriture, un trop plein de stimuli, relais

désintoxiquant. Y aurait-il dans la machine, par la machine, le relais à une rêverie défaillante, la possibilité à décharger puis symboliser un excès de stimuli ?

Dyade machinique, dyade robotique : un corps pour deux ?

Avec le tableau de F. Khalo, je trouve ce que je pense être la représentation d'un retour à un état d'unisson narcissique (Racamier, 1992, p. 29), ici machinique, du sujet hémodialysé avec sa machine. Il y a là dans cette représentation l'idée d'une transfusion somato-psychique comme cela est le cas au sein de la dyade gestatrice-fœtus, d'une dyade machinique, d'un corps pour deux voire pour trois (McDougall, 1989, p. 34), d'une tête pour deux corps, mais également l'idée d'une chimère à deux têtes (De M'Uzan), d'une peau commune (Enriquez, 1984 ; Anzieu, 1985), voire d'un syndrome transfuseur-transfusé, au sens métaphorique. À propos du double, pour M. de M'Uzan, le jumeau paraphrénique évoque ce temps antérieur d'avant la rencontre avec le monde extérieur, il est un sujet transitionnel. Je m'interroge à ce propos en me demandant si la machine en hémodialyse est un autre, dans le monde extérieur et/ou la matérialisation, certes réelle, de se double de soi à soi ou jumeau paraphrénique, sorte de re-trouvailles inquiétantes, d'expérience régulière de dépersonnalisation.



***Les deux Fridas*, F. Khalo (1935)**

B) Plaintes corporelles et hypocondrie

« Leurs plaintes sont des plaintes portées contre, selon le vieux sens du mot allemand (*Anklage*). » (Freud)

1. Psycho(patho)logie des plaintes (corporelles) : quelle(s) recherche(s) d'un miroir-témoin (hypocondriaque) ?

« À travers la souffrance d'un être unique (…) l'humanité se donne à plaindre. » (Derrida, p. 271)



Daumier, H. (1860-1862). *Le malade imaginaire*. Philadelphie, Musée d'Art. Peinture à l'huile sur toile.

Nous l'avons vu, le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé est psychiquement obligé de (re)penser le fonctionnement de l'intérieur de son corps, ce que son corps lui fait vivre de la maladie et des traitements, ce que des soignants, assurément *curegivers*, éventuellement *caregivers*[21], lui imposent à éprouver, conjointement à ce qu'il pense lui-même vivre en son corps. Ainsi, ce corps qui peut conduire au corps cadavre inanimé est précisément l'objet de plaintes, notamment corporelles, de plaies à penser et panser. Par la recherche du sujet « d'un miroir-témoin » (Fédida, 1971, p. 117), les soignants médicaux et paramédicaux deviennent « projection nécessaire de la frustration » (Ibid.) du sujet malade. Aussi, le psychologue peut tenter de répondre à cela par une écoute créative (Castarède, 2007), notamment de nature hypocondriaque.

a. Étymologie et définition du mot plainte : plaie, frapper, douleur, deuil

Définir la plainte corporelle nécessite tout d'abord un petit détour par ce qu'est une plainte au sein du langage courant, et donc ses origines étymologiques. La plainte provient du verbe latin plaindre (*plangere*) « frapper », d'où l'expression, selon les sources, « se frapper la poitrine en signe de douleur » (rappelle *Le Grand Robert*), « se frapper la poitrine, les cuisses, en signe de deuil » (*Dictionnaire historique de la langue française*). C'est en effet à propos du deuil que l'on a pu retrouver les premières attestations (v. 1050) du mot en français (*Dictionnaire historique de la langue française*, p. 2768), ce qui est ici une précision importante. Avec cette étymologie, on peut retenir que derrière la plainte il y a l'action de frapper et/ou de *se* frapper, dans des mouvements hypercomplexes et rétroactifs d'adresses à soi, à l'autre, à l'autre en soi. Le fait ainsi de frapper, se frapper, implique donc différents mouvements d'agressivité, de destructivité, de cruauté dans la plainte : s'agresser soi-même, agresser l'autre, agresser par besoin/désir de décharge, de façon plus ou moins (ir)réparable. La non différenciation entre deuil et douleur dans les deux expressions que nous avons relevé plus haut, nous interroge. La douleur du deuil est à prendre en compte pour le sujet : deuil narcissique, deuil objectal, deuil de soi, deuil de l'autre, deuil de l'autre (en) soi, deuil de soi

[21] En anglais, les *caregivers* sont ceux qui prennent soin, s'occupent de, se soucient de, les *curegivers* ceux qui traitent médicalement, paramédicalement, afin de guérir. Rappelons que l'on parle de *cure* psychanalytique…

en l'autre. Le sujet malade somatiquement et de façon chronique, recourant à des méthodes palliatives à vie, dialyses et éventuellement greffe(s), doit faire le deuil de sa santé, de son indépendance somatique : il aurait ainsi toutes les raisons de s'en plaindre. Alors, quand *piangere* en italien signifie pleurer, rappelons qu'il existe derrière les plaintes des pleurs exprimés, non exprimés, non exprimables, retenus, des « larmes rentrées » dirait F. Zorn dans *Mars*[22]. Issue d'un deuil, corporelle, ou autre, la plainte, ou plutôt *plangere*, a donné en latin *plaga*,[23] la plaie. Cela rappelle le coup, *le trauma en tant que blessure*, *effraction*, et, par métonymie, la « blessure qui en a résulté », *le traumatisme, considéré comme les conséquences d'un trauma*. La maladie n'est pas loin, dans le coup qu'elle donne, dans ses résonnances éprouvées par le sujet atteint par ce coup et par son entourage. Le sujet peut chercher à exhiber ses plaies, des plus psychiques aux plus somatiques, une fistule artério-veineuse au bras chez l'hémodialysé, une cicatrice en fosse iliaque chez le sujet transplanté rénal.

En allemand, die Plage est le tourment, la peine, le fléau, les plaies (d'Egypte notamment) voire une calamité. *Sich plagen* veut dire se tourmenter, travailler comme un acharné, comme Sisyphe sans doute. Inévitablement dans cette recherche, je pense au tourment de cette plaie que sont les reins défaillants, la maladie somatique chronique, de ce travail exténuant, de cette torture quasi-quotidienne que sont les séances d'hémodialyse, pour le sujet qui les subit. Un patient, rencontré lors de ses hésitations à propos de son choix de dialyse, entre hémodialyse et dialyse péritonéale, me dira : « c'est comme choisir entre la peste et le choléra ! ». En anglais *plague* – de *plaga* – est la peste, donc une maladie : l'insuffisance rénale chronique peut être considérée comme une vraie « peste », laquelle n'est pas contagieuse, hormis lorsqu'il s'agit de formes héréditaires de la maladie rénale. Mais quelle agressivité que ce coup du sort, de cette peste, de cette plaie qu'est la maladie somatique chronique et ses traitements ! D'autant que cette « peste » va impliquer de nombreuses pertes, de nouvelles plaies, par rapport à soi-même, par rapport aux autres, des deuils et des douleurs. Comme je l'ai déjà dit plus haut, cela va potentialiser la réactivation d'« un certain nombre de pertes anciennes » (Cupa, 2002a, p. 8), de plaies, ce qui peut donc d'autant plus amener le sujet à des mouvements d'agressivité voire de violence.

La plainte reflète, parle d'une plaie dont le sujet porteur cherche éventuellement à se soigner pour tenter d'en guérir, de guérir, par le recours à un ou des autre(s). La plainte figure le besoin d'une réparation sur un plan narcissique, sur un plan objectal. S. Freud (1926) rappelait : « Le passage de la douleur corporelle à la douleur psychique correspond à la

[22] J'invite le lecteur à se référer au travail de M. Péruchon (2009).
[23] D'où hémi-*plégie*, *plégie* venant de plaga (*Dict. Hist. Lang. Fr.*, p. 2767).

transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet. » (p. 35) Porter plainte contre quelqu'un dans son sens juridique, c'est porter plainte contre quelqu'un par le recours à une personne, l'avocat, qui permettra de se défendre. Toute personne qui entend une plainte peut ainsi devenir avocat et/ou juge, de ce qui est dit dans la plainte, du plaignant. Seulement la position d'expert aplati, écrase « l'espace du fantasme » (p. 88), elle n'accueille pas l'autre dans sa plainte : sortir de cette position en pensant la plaie peut permettre une modulation de la plainte (Scarfone, 1993). Il s'agit alors de se préoccuper authentiquement, avec le réel souci de l'autre, de ce qu'il vit et en exprime, directement et/ou à travers ses plaintes.

L'argument d'un numéro de la *Nouvelle Revue de Psychanalyse* (1993) précisément à propos de *La Plainte* rappelle : « Qu'elle est longue, la route de la plainte ! Ce long voyage abrège-t-il nos jours, comme l'affirme Esculape ? Ne nous maintiendrait-il pas plutôt en vie ? » (P. 7)

b. Retours aux origines de la vie somatique et psychique, retour à la pulsion

Selon V. Tausk, « le nourrisson découvre son corps propre de façon morcelée en tant que monde extérieur » (1919, p. 201). J'y ajoute l'embryon, le fœtus, pris intrinsèquement dans les (en)jeux de (res)sentis somatiques et psychiques des géniteurs, des gestateurs (si l'on considère la grossesse du père) et futurs parents, d'un environnement *toujours* particulier. La régression du sujet lors d'une maladie somatique grave rappelant la mort amène celui-ci à re-vivre ces différentes phases précoces de développement (Stathopoulos, 2012a, p. 556). Le corps est à nouveau vécu comme extérieur, comme étrangeté, tel un *intrus, voire un monstre,* qui fait irruption, tel l'embryon et le fœtus dans la vie psychique et corporelle de ses géniteurs, parents et environnement. Les vécus somatiques et psychiques sont à l'image des matriochkas, ils s'emboîtent les uns dans les autres pour disparaître les uns dans les autres, et ce, aux divers âges de la vie du sujet. L'embryon devenu fœtus puis bébé, enfant, adolescent, adulescent, jeune adulte, adulte, enfin senior, a vécu et vit son corps propre, comme une étrange « image reflétée par le miroir » (Freud, 1919), miroir qui est bien plus qu'un miroir scopique (Pasche, 1971). Cette « étrangeté radicale » qu'est le vécu de son corps, F. Villa (2004, p. 125) propose que « nous [le découvrons] presque sur un mode persécutif (…) quand le corps tombe malade », je rappellerai aussi ici, quand le corps vieillit physiquement. Cette « menace d'un étrangement entre psyché et soma » dont parle F. Villa, entre psyché et soma, permettant « une amorce de première conscience de soi », nous amène à cette hypothèse que G. Stathopoulos (2012a, p. 555) précise de la manière suivante : « la façon dont on perçoit d'abord le corps est généralement de nature hypocondriaque », ***source de la pulsion***. Avec le pulsionnel se trouve

la conquête des différenciations entre monde intérieur et monde extérieur. À ce propos, reprenons cet extrait de D. W. Winnicott :

> « La mère m'énumère toutes sortes de maux dont se plaint l'enfant et que certains médecins ont attribués un jour ou l'autre aux rhumatismes alors que ce sont en réalité des *plaintes hypocondriaques*[24].
> À mes débuts, j'ai vu un jour un petit garçon venir tout seul à l'hôpital et me dire : « S'il vous plaît, docteur, maman a mal à "mon" estomac », ce qui attira efficacement mon attention sur le rôle que peut jouer la mère. Il faut dire aussi qu'un enfant qui est censé avoir mal n'a pas encore décidé où se localise la douleur et, si on a la chance de l'interroger avant que sa mère ait indiqué ce qu'elle pense, on le découvre désemparé, éprouvant seulement le besoin de dire qu'il a mal « là-dedans » ; ce qu'il veut dire, c'est qu'il sent que quelque chose ne va pas bien, ou que cela devrait clocher quelque part.
> Si cette question m'apparaît avec tant de clarté à la consultation infantile externe, c'est sans doute parce que cette consultation est *un véritable centre de traitement de l'hypocondrie des mères*[25]. Il n'y a pas, à proprement parler, de frontière très nette entre l'hypocondrie déclarée d'une mère déprimée et le souci qu'une mère normale a de son enfant. Une mère doit en effet être capable d'hypocondrie si elle veut pouvoir déceler chez son enfant ces symptômes dont s'enquièrent les médecins pour essayer de soigner le mal précocement. » (1948, p. 84)

Dans cet extrait, il est question d'être *suffisamment* hypocondriaque pour la mère à propos de son enfant : je pense à la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956), celle de la mère *et* du père, miroirs cénesthésiques[26] donc hypocondriaques, laquelle pourrait bien faire figure d'hypocondrie *normale* lorsqu'elle concerne la santé somatique et psychique de l'embryon, du fœtus, du bébé et du petit enfant, tout particulièrement.

Les médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens et les pédiatres, miroirs hypocondriaques, hypocondriaques médecins pour reprendre ici P. Fédida (1995 ; 2002), se *plaignent* eux-mêmes de ce fait, de consultations leur apparaissant « pour rien », de mamans hypocondriaques, débordées dans leurs vécus autour de leur grossesse, avec leur bébé, ne sachant plus faire la part des choses entre des aspects somatiques, psychologiques réels *et/ou* fantasmés. Parfois, un somaticien pourrait bien poser un diagnostic, tels que des « rhumatismes » dans cet extrait de D. W. Winnicott – parfois pour répondre à l'exigence d'un diagnostic de la part du patient et/ou ne pas savoir reconnaître ses limites, son impuissance, quand dans d'autres situations cette impuissance par méconnaissance amène le somaticien trop rapidement à dire que « c'est dans la tête »[27] –, ce qui pourrait avoir pour effet de cristalliser par la recherche somatique une plainte hypocondriaque qui s'y est déplacée puis perdue, rendant alors *malade* "*imaginaire*ment". Je pense aux shamans, aux guérisseurs, qui ont leur fonction

[24] Je souligne.
[25] En italique dans le texte.
[26] Le *Grand dictionnaire de la psychologie* définit la cénesthésie de la façon suivante : « Sensibilité commune ou générale concernant l'ensemble plus ou moins diffus des sensations relatives à l'état du corps (bien être, santé, maladie) et aux diverses fonctions organiques (faim, soif, nausée, suffocation, etc.). » Il rappelle également que la cénesthopathie est la « Perturbation de la cénesthésie ressentie d'une manière à la fois anormale et pénible ». « Ce terme créé par Dupré et Camus regroupe les diverses anomalies (non organiques) de ce domaine perceptif interne et, en particulier, les illusions et hallucinations cénesthésiques que l'on peut retrouver dans certains délires hypocondriaques ».
[27] Risque bien connu dans ces effets notamment dans les centres de la douleur (où j'ai exercé à deux reprises, remplaçant une collègue lors de ses congés de maternité).

quant à ces différents aspects, ni somaticiens, ni psychologues, lesquels prennent soin de façons hypocondriaques.

Lors de l'accordage affectif de l'objet maternel à son fœtus puis à son bébé, la question des limites est nécessairement en jeu, d'autant plus quand le sujet est *infans*, celui qui ne s'exprime encore pas verbalement. Sentir corporellement, sentir psychiquement le fœtus, le bébé, cela demande une préoccupation maternelle suffisante, une hypocondrie suffisante, je propose, un accordage affectif suffisamment hypocondriaque. Sans omettre la rythmique du cœur à trois semaines, à trois mois, le fœtus commence à se mouvoir, quand à quatre c'est la mère qui commence à le sentir se mouvoir en elle. Alors, que penser de ces premiers *mouvements* du fœtus ressentis par la mère enceinte ? Sont-ils les premiers cum materia ou sine materia ? Et combien d'autres n'ont pas pu être ressentis consciemment tels qu'en témoignent, à l'extrême, les dénis de grossesse ? L'inquiétude hypocondriaque quant à la santé somatique et psychique nous apparaît tout particulièrement au sein des angoisses de handicaps et autres malformations, inquiétudes tellement ordinaires.

Une autre forme d'hypocondrie serait celle pouvant conduire à en devenir *malades (imaginaires) en lieu et place de, par substitution*, jusqu'au, dans les cas les plus extrêmes, syndrome de *Münchhausen* simple ou par procuration[28]. L'autre extrême serait-il la négligence ? Une insuffisante hypocondrie ? Ce qui convoque la question du soin psychique et corporel, du *care* et non du *cure*, d'un care incurable. Et alors, dans ce cas précis de l'insuffisance rénale chronique, cette « solution psychosomatique », pourrait-elle conduire à l'hypocondrie ? Heureusement, la plupart des parents ne sont pas somaticiens ni psychologues eux-mêmes, et c'est bien ce qui ici peut être salvateur, malgré les risques de confusions conséquentes que cela peut générer, auquel il est important de savoir s'y risquer. Car l'écoute corporelle de son enfant n'est pas l'écoute du somaticien ni du clinicien : elle est ce qui se vit et se traverse de parts et d'autres, sans savoirs, quitte à se perdre… Telle celle du psychanalyste…

F. Coblence (2010) rappelait K. A. Schröder, à propos du cycle de M. Spiegel : *Schnitzler et Freud* (1996), « Die Seele ist ein weiter Bauch », « L'âme est un vaste ventre ». D'ailleurs, faut-il rappeler, à l'instar de D. W. Winnicott, ô combien les consultations père-mère-bébé auprès d'un psychologue peuvent avoir pour motifs des éléments hypocondriaques ? L'écoute corporelle est, *toujours*, hypocondriaque et sa fonction est nécessaire pour la sur-vie somatique et psychique. Si l'enfant peut être un phallus pour le parent, G. Szwec s'est interrogé sur la

[28] Je pense que le tabagisme pendant la grossesse (actif et/ou passif), les éclampsies, les diabètes gestationnels, entre autres, pourraient être une forme de syndrome de Münchhausen, que l'on pourrait penser comme empoisonnement indirect, passif.

façon dont un nourrisson peut être *l'organe hypocondriaque de sa mère* (2002) : nous pourrions nous questionner quant au père, au-delà des vécus corps à corps imbriqués comme c'est le cas lors de la grossesse entre la mère et le fœtus puis l'embryon. Le père peut lui aussi couver, psychiquement, ce qui pourrait peut-être apaiser, contenir, voire, dans certains cas, faire déborder l'hypocondrie de la mère de son enfant. Aussi, relevons que D. W. Winnicott parle précisément de « *plainte* hypocondriaque » dans l'extrait plus haut proposé, du rôle joué par la mère de cet enfant lorsque celui-ci peut dire : « maman a "mal" à mon estomac ». Cela révèle une question importante ici : celui qui parle, en l'occurrence qui se plaint hypocondriaquement ici, parle-t-il de lui, pour lui et/ou d'un autre, pour un autre ? De quel(s) ventre(s), de quelle(s) enveloppe(s) pourrait-il se plaindre ? Celui, celle qui se plaint, est-il, est-elle ventriloque ?

c. Les plaintes : du cri aux modulations psycho(patho)logiques

« Drelin, drelin, drelin. Carogne à tous les diables ! Est-il possible qu'on laisse comme cela un pauvre malade tout seul ! Drelin, drelin, drelin : voilà qui est pitoyable ! Drelin, drelin, drelin. Ah ! Mon Dieu, ils me laisseront ici mourir. Drelin, drelin, drelin. » (Argan, Acte I, Scène I, Molière, *Le malade imaginaire*)

« L'impuissance initiale de l'être humain est la source originaire de tous les motifs moraux ». (Freud, 1895)

Il est avant tout nécessaire de rappeler que les cris du bébé, bébé que nous avons tous été, faut-il le rappeler ?, sont les formes premières des plaintes, et ce, chez tout humain. Ces cris sont « voie de décharge » destinés à la « compréhension mutuelle », tels que le rappelait S. Freud (1895, p. 336). Ils marquent, tout comme dans la plainte, « l'impuissance originelle de l'être humain », ce qui « devient ainsi la source première de tous les motifs moraux ». Les cris du nouveau-né signent son entrée dans un monde, aérien, à la naissance[29], par la douleur produite quant aux alvéoles de ses poumons qui se remplissent d'air. Mais cela serait trop réducteur car « Freud ne fait pas du cri une expression simpliste, une réponse motrice à une réaction de douleur, mais il laisse la place à une conception où le cri, signe de la détresse originaire, est aussi un appel à la mise en place d'un ordonnancement temporo-spatial de l'univers » (Tamet, 1993, p. 95). Il me semble que le tableau du *cri* de E. Munch en est une des plus belles représentations, d'où à mon sens, sa célébrité, et ma reprise en première page, par ce que le spectateur aperçoit, au sens winnicottien du terme, ce à quoi il peut ou non s'identifier. Cela questionne l'action spécifique ou action adéquate (Freud, 1895). Les réponses de l'environnement aux cris du bébé déjà, questionnent, conditionnent la plainte. Aussi, D. Scarfone rappelle « l'inconvénient d'être né », la plainte d'avoir été mis au monde et se demande « à qui d'autre qu'à une mère une telle plainte peut-elle être adressée ? » (Scarfone, 1993, p. 84). La réponse est sans doute le père et l'ensemble familial, lesquels, avec la mère,

[29] Et peut-être in utero, car les gargouillis du ventre de la mère pourraient faire pleurer, déjà, le fœtus selon Jeannine Gingras dans les *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition.*

convoquent la scène primitive. Avec S. Ferenczi (1932, p. 137), demandons-nous *quelle(s) plaie(s) archioriginaire(s) ré-activée(s), quel(s) clivage(s) résultant à cela ?*[30]

D. Scarfone (1993), se questionnant à propos de la plainte psychotique, de sa modulation et de ses différentes tonalités, proposait de considérer qu'une plainte reste une plainte tout simplement lorsqu'elle n'aurait pas pu devenir *complainte*. La plainte peut (se) muter elle-même avant de devenir complainte, d'une « mélodie lancinante au chant de la plainte » (Le Dem, 1993, p. 22) : « Ces moments aussi rares que précieux sont ceux qui me semblent pouvoir amener une mutation de la plainte, le passage du pseudo-différend au litige, sans l'aplatissement, sans l'écrasement de l'espace du fantasme. » (Scarfone, 1993, p. 88). Cela m'a amené à penser que cette plainte peut-être ici, et ce, quelle que soit l'origine de la maladie rénale, celle d'une plainte liée à la scène primitive : pourquoi papa et maman, ainsi que tout l'ensemble familial – et ce, qu'il soit biologique ou non –, m'ont-ils mis au monde avec ces reins-là ? Selon J. André (1993) : « la haine est étrangère à la plainte, elle y mettrait plutôt fin. Quand vous me haïrez, je ne m'en plaindrais pas. La haine a un objet, la plainte l'a perdu ; elle est cette perte même, ou plus exactement le discours de cette perte. » (p. 142)

Avec V. Estellon (2013, p. 31), nous pouvons nous questionner quant au potentiel auto-érotique de la plainte « dont l'hypocondrie semble constituer la meilleure illustration psychopathologique pour donner à imaginer et à entendre au travers de la psalmodie des plaintes un langage d'organe. » Plus loin, cet auteur propose de différencier auto-érotisme de vie et auto-érotisme mortifère. Cela questionne la plainte la plus « banale », si elle l'est vraiment, à celle terrassante, qui se décharge, *trop*. Il existe en effet différentes formes de plaintes qui, en psychopathologie, sont peu différenciées communément. La plainte hystérique, dans son sens psychopathologique, tout comme dans son sens devenu commun, semble éclipser toutes les autres formes de plaintes alors que, selon C. Janin (1997, p. 147), « (…) mélancolie, hypocondrie et dépression (…) ont en commun de se donner à entendre à travers [la plainte du sujet] (…) ». Ce serait là une erreur de ne retenir qu'un seul sens, un sens théâtral, des jérémiades farfelues, lesquelles ont pourtant un sens.

[30] « La question se pose de savoir s'il ne faut pas rechercher chaque fois le trauma originaire dans la relation originaire à la mère, si les traumas de l'époque un peu plus tardive, déjà compliquée par l'apparition du père, auraient pu avoir un tel effet sans la présence d'une telle cicatrice traumatique maternelle-infantile, archioriginaire (*Ururtraumatisch*). Être aimé, être le centre du monde est l'état émotionnel naturel du nourrisson, ce n'est donc pas un état maniaque, mais un fait réel. Les premières déceptions d'amour (sevrage, régulation des fonctions d'excrétion, premières punitions par l'intermédiaire d'un ton brusque, menace, voire correction) doivent avoir dans tous les cas un effet traumatique, c'est-à-dire sur le coup, psychiquement paralysant. La désintégration qui en résulte rend possible la constitution de nouvelles formations psychiques. En particulier on peut supposer la constitution d'un clivage à ce moment-là. »

Il existe de nombreuses plaintes : la plainte hystérique, la plainte hypocondriaque, la plainte dépressive, la plainte d'être fatigué, la plainte douloureuse, la plainte corporelle, la plainte psychotique (Scarfone, 1993), entre autres, jusqu'à la plainte mnésique – particulièrement chez la personne âgée –. À titre d'exemple, rappelons qu'« une lutte ardente contre un éprouvé dépressif » peut par exemple se cacher derrière une plainte mnésique comme le rappelle B. Verdon et N. Duplant (2006). D. Scarfone (1993) propose de différencier la plainte névrotique de la plainte psychotique respectivement par la question de litige ou de différend, au plaidoyer fantasmatique et par la question de pseudo-différend court-circuitant l'histoire personnelle par le délire par exemple paranoïaque (p. 86). Quant à la plainte de l'état limite, elle est sans espoir et exprime pathétiquement dépit et rancune selon M. Corcos (2010, p. 95). Pour G. Pirlot et D. Cupa (2012), définissant l'hypocondrie, « La plainte hypocondriaque relève autant du symptôme, pouvant être transitoire en cas de perte, deuil, conflit, que d'une pathologie psychiatrique parfois importante, l'hypocondriaque étant invivable pour son entourage et ses médecins. (p. 222) ». De cette façon, « abandonner sa plainte » peut par exemple, selon C. Janin, permettre « d'accéder sans doute à une position dépressive authentique » (1997, p. 152). Encore faut-il pouvoir supporter cette position dépressive authentique, savoir la porter, soi-même et/ou par le recours à un ou des autres, si celui-ci ou ceux-ci sont disponible(s), trouvable(s), accessible(s) pour, par le sujet lui-même. La plainte serait le négatif de la haine, le négatif de la passion : « (…) cette plainte étant donc essentiellement plainte de l'incomplétude que le dérobement de l'objet vient révéler au sujet. (Janin, 1997, p. 149) »

d. Les plaintes corporelles

« Le mot « hypocondrie » évoque d'abord aujourd'hui une forme de plainte envahissante qui rend quelqu'un difficile à supporter, qui l'enferme dans un monde dont il tend à ne plus sortir, celui de la maladie donc de la médecine, mais de la médecine impuissante à donner un diagnostic et un traitement. À la plainte peuvent s'ajouter, dans des proportions diverses, la revendication et l'automédication. (Brusset, 1998, p. 3)

Et si toute plainte était avant tout corporelle, restant inconsciemment le corrélat de cris, de pleurs d'un état primairement, archaïquement somat(o-psych)ique ? La plainte s'exprimerait sous cette forme, plus ou moins acceptable pour soi et l'environnement, mais serait toujours connectée psychiquement à ces restes de cris et de pleurs qui resteraient (en)sommeillés en chaque sujet. Seulement, si nous nous rappelons J. André tel que plus haut, si la plainte a perdu l'objet de sa plainte, la voie corporelle peut-être ici une voie détournée, ne permettant plus de penser à l'objet qui a été perdu. Ainsi, plaintes corporelles voire sensations corporelles peuvent s'éveiller. Rappelons ici S. Ferenczi (1932) dans son *Journal Clinique* : « Le fait d'être clivé peut rendre la remémoration consciente impossible, mais ne peut empêcher que l'affect qui lui

est rattaché ne se fraye un chemin sous formes d'humeurs, d'explosions affectives, de susceptibilités, souvent sous forme de dépression généralisée ou de gaieté compensatoire immotivée, ou, encore plus souvent, par différentes sensations corporelles et divers troubles fonctionnels. » (p. 249). La plainte corporelle ne recouvre pas seulement les sensations corporelles, qu'elles soient douloureuses ou non. Cependant, pour J.-B. Pontalis (1977), la douleur « apparaît en effet comme occupant une position médiane : entre l'angoisse et la souffrance du deuil, mais aussi entre l'investissement narcissique et l'investissement d'objet » (p. 261). Je pense à ces vers de J. W. Goethe : « La douleur change ; la plainte répète, De la vie l'errance labyrinthique. » Cela permet ici de confirmer, d'asseoir que les plaintes sont au cœur de la motivation de la rencontre d'un patient avec son clinicien, tout comme du clinicien avec son patient. Tels que peuvent en parler P. Delion (2007) et V. Estellon (2012), lors des plaintes corporelles en séances, le sujet pourrait n'être plus qu'un organe, un membre du corps, une fonction, … Invitant alors le psychologue à penser, se représenter psychiquement les différents objets corporels de ces différentes plaintes comme dans un *cartoon* de Tex Avery. Ces représentations morcelées peuvent opérer une « érotisation virtuelle au sein d'une fascination mortifère » (Daubech, 1993, p. 76), fascination d'un objet morcelé qui peut tout autant permettre de maintenir, continuer la vie somatique et/ou psychique, comme l'arrêter, partiellement, totalement, quand il ne s'agit pas, aussi, d'une identification à la représentation inconsciente de son cadavre voire à d'autres cadavres, ceux issus de l'inter- et du trans-générationnel.

J'aimerai ainsi fermer ce préambule aux plaintes par ce que peut en dire P. Fédida (2002) à propos de celle de nature hypocondriaque : « L'approche psychanalytique de l'hypocondrie ne saurait, dans ces conditions, s'en tenir à une tentative de se représenter les symptômes dont se plaint le patient. Cette plainte, qui psalmodie le marasme d'un cauchemar vécu continûment à l'état de veille et qui ne parvient pas à exprimer un affect dans une lamentation intime, traduit, en quelque sorte, la *subjectivité d'une désubjectivation de l'expérience du corps*[31]. (p. 95-96) » Ainsi, le travail d'attention du clinicien quant aux plaintes, fussent-elles corporelles, doit lui permettre de s'en détourner, afin de tenter à ré-subjectiver l'expérience du corps. P. Fédida continue : « C'est l'organe lui-même qui est devenu cet interlocuteur de la plainte : il contient peut-être un parent, voire un ancêtre fantasmatique mais il ne peut pas être abandonné au profit de l'analyste. Gisela Pankow avait déjà attiré l'attention sur ce fait qu'un état somatique pouvait être évoqué par le patient comme ayant caractérisé un parent, un grand-parent et parfois quelqu'un plus éloigné dans la parenté. Il faudrait ici aller plus loin et se demander comment

[31] Souligné par l'auteur.

l'organe dont se plaint le malade pend nom de foie, d'estomac, de cœur ou de poumon, tels des ex-voto[32] qui seraient les figures « cryptées » ainsi enclavées par la plainte répétitive afin de conserver intrapsychiquement le parent vivant. (p. 96) » *Il s'agirait là donc par la plainte, d'exprimer d' « impossibles retrouvailles avec l'objet » (Janin, 1997, p. 149), je préciserai ici, l'objet vivant.*

e. Souffrance et douleur psychique

Les plaintes, dont les plaintes corporelles, interrogent et la souffrance et la douleur psychiques, tout comme cela est le cas avec l'hypocondrie. S. Freud (1926) avait précisé à propos de l'angoisse et de la douleur : « Certes il n'y a pas le moindre doute quant à l'existence de l'angoisse du nourrisson, mais l'expression de son visage et la réaction par les pleurs font supposer qu'en plus de cela il ressent de la douleur. Chez lui, semble-t-il, on trouve confondu ce qui sera ultérieurement séparé. » Ici nous pouvons nous demander en quoi ce qui a été séparé, lorsque cela a été le cas, ne peut pas se (re)trouver confondu de l'angoisse, de la souffrance et de la douleur. Puis, S. Freud précise qu'« Il est bien connu que, dans le cas de douleurs portant sur des organes internes, telles parties du corps qui, d'habitude, ne sont absolument pas représentées dans la représentation consciente, font l'objet de représentations spatiales et autres. Le passage de la douleur corporelle à la douleur psychique correspond à la transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet » (1926, p. 101). La destinée, narcissique et/ou d'objet, de l'investissement de la douleur corporelle et psychique est également à penser, peut-être ici à propos de la maladie et de traitements lourds, comme plus difficilement différenciables et par conséquent indifférenciés. Rappelons que souffrance psychique et douleur psychique peuvent être différenciées selon la proposition de M. Bertrand (1996, p. 9) :

- « La douleur psychique n'est pas la souffrance psychique. La souffrance psychique est liée au conflit névrotique, elle s'inscrit dans la logique du principe plaisir-déplaisir. La souffrance résulte d'un conflit entre le mouvement de la pulsion qui exige une satisfaction, et le mouvement de la pulsion, non moins puissant, qui pousse à éviter un déplaisir. L'inassouvissement des désirs ou l'insatisfaction chronique sont toujours ou presque, dans une structure névrotique, en relation avec l'évitement du déplaisir. »
- Le sujet est *hors de lui* dans la douleur psychique, sa « logique » apparaît « beaucoup plus opaque » : « au premier plan dans la psychose, (…) on la rencontre aussi dans bien d'autres configurations, comme par exemple les états traumatiques. » (p. 9). Clivage et fragmentation de la personnalité (p. 10) en sont les réponses défensives.
-

La souffrance a pour origine le latin *sufferentia* « résignation, tolérance ». L'être en devenir ne peut que se « résigner» à l'environnement dans lequel il évolue, par sa dépendance à cet environnement, ce qui est plus ou moins coûteux économiquement. D. Anzieu reprend dans le *Moi-Peau* (1985, p. 232) deux principales caractéristiques de l'enveloppe masochiste

[32] Exvoto : remerciements à des vœux exaucés.

décrite par M. Enriquez (1984). La première est celle de l'« échec identificatoire » : « Faute d'un plaisir identificatoire suffisant trouvé aux échanges précoces avec la mère, l'affect qui maintient le psychisme du bébé est une « expérience de souffrance » : son corps ne peut être au mieux que corps « de souffrance ». (Anzieu, Op. Cit., p. 232) » La souffrance physique des thérapeutiques est en lien à cela. Revivre cette souffrance, c'est revivre cet échec identificatoire. La psyché du bébé est tenue par un affect en lien à la souffrance physique : il faudra donc, tôt ou tard, retrouver cette souffrance physique. D. Anzieu et M. Enriquez parlent ensuite de « l'insuffisance de la peau commune ». Ce « corps pour deux », pour reprendre J. McDougall (1989, p. 34), lequel serait (re)cherché : « Faute de l'investissement d'un minimum de repères confirmés et valorisés par un autre, dans une langue commune, aucun sujet ne peut vivre. Il pourra au mieux *survivre*[33], végéter, et *rester en souffrance*[34]. Il ne pourra pas s'investir lui-même, et il se trouvera en suspens de propriétaire. » (Enriquez, Op. Cit., p. 179) M. Enriquez conclut plus tard à ce passage du « corps en souffrance au corps de souffrance » qu'il est le « prix à payer pour être pour un autre et avoir à soi » (Enriquez, Op. Cit.). D. Anzieu proposera alors la « pellicule de rêves » comme « porte de sortie à l'enveloppe de souffrance » (Anzieu, Op. Cit., p. 236). La plainte n'est-elle pas la recherche de cette pellicule de rêves ? Cependant, lorsque la plainte tombe dans le réel cru de l'objet de la plainte, elle reste enfermée dans son enveloppe de souffrance. Bien que différentes, à opposer pour mieux les travailler, souffrance et douleur concernent ensemble non seulement le Moi-peau, mais aussi le moi corporel dans son ensemble, Moi-peau, Moi-chair, Moi-fluides, Moi-organes et Moi-os inclus. G. Haag précise (2004, p. 23) :

> « (…) les approfondissements de la genèse du moi corporel que nous avons pu faire grâce aux traitements psychanalytiques des enfants autistes confrontés aux données de l'observation naturaliste des nourrissons (méthode E. Bick, Haag M., 2002), s'expriment souvent en termes identificatoires dans le cadre de formes très primitives de relations d'objet : identité adhésive, peau, (Bick, 1968, 1986), introjection de contenance avec son squelette interne (Bion, Meltzer, 1975), Présence d'arrière-plan d'identification primaire (Grotstein, 1981), Présence ou Objet latéral d'identification primaire (Haag G., 1991). On pourrait en déduire que le jeu pulsionnel est oublié. Je voudrais donc démontrer le contraire et souligner, à travers les matériaux cliniques eux-mêmes et l'observation, les jonctions implicites, obligatoires pourrait-on dire, entre le vocabulaire freudien classique et celui des récents travaux abordés. Nous pouvons tous nous rejoindre en effet sur la certitude qu'il n'y a pas de vie pulsionnelle sans objet, et pas d'objet sans vie pulsionnelle. »

Il y a ainsi expositions continuelles aux vécus somatiques, corporels, conduisant au clivage, à la plainte, à l'hypocondrie, au « travail de l'hypocondrie », ce que nous préciserons dans ce qui suit. C. Smadja rappelait (1999, p. 26) que la douleur psychique n'est pas exprimée par le sujet opératoire, alexithymique ou déprimé essentiel.

[33] Souligné par moi.
[34] Souligné par l'auteur.

D. Anzieu, dans « Le corps de la pulsion » (1985b), évoquait autant des zones *érogènes* que des zones *algogènes* (p. 189). De la même façon, en lien aux plaintes, mélange amalgamé de souffrances et de douleurs, nous pourrions parler d'une hypocondrie érogène et d'une hypocondrie algogène, pouvant faire figure, respectivement de tendre hypocondrie et de cruelle hypocondrie, d'une hypocondrie de vie et d'une hypocondrie de mort. Alors, la plainte corporelle « est ainsi la seule surface projective possible du somatique », comme le rappelait P. Fédida (1972a, p. 237). Elle « est *un langage sur le corps*[35] qui fait écran par rapport à l'intrusion possible de l'objet, certes barrière de protection, mais aussi appel pour réinvestir les représentations de choses (corps et objet) » (Aisenstein, Gibeault, 1990, p. 43).

2. L'hypocondrie : de l'hypocondrie normale à l'hypocondrie pathologique

D. W. Winnicott (1948, p. 84) proposait une *hypocondrie ordinaire, normale, gardienne de vie*. Qu'il s'agisse de l'hypocondrie de l'objet maternel pour son enfant, ou du sujet devenu lui-même la propre mère de son propre corps, l'investissement concernant ce dernier est en question. Pas suffisamment hypocondriaque, le risque pourrait être de faire mourir, quand le parent ne consulte pas un somaticien pour son enfant ou de se faire mourir, ne s'écoutant plus. Risque extrême, c'est la mort et son cadavre qui apparaissent tous deux en filigrane, en perspectives d'une insuffisante hypocondrie, ce à quoi la plainte corporelle peut permettre de (r)échapper. La répulsion du cadavre conduit le sujet à des mouvements psychiques de sauvegarde tout à fait particuliers, et ce, notamment dans la clinique du sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé. Psychiquement, le sujet peut aussi se conduire telle une mère folle, l'hypocondrie ici se muterait ainsi en *hypocondrie pathologique*. À ce propos, V. Estellon rapporte l'exemple de G. Gould, ainsi que cette question du cadavre : « Car si le cadavre est épargné dans la nuit du rêve, il envahit le corps vivant dans l'ombre du jour. Le malade est alors aux prises avec l'angoisse diurne pour un corps qui part en morceaux, vieillit, se disloque, se cadavérise. Hyper vigilant, insomniaque du jour et de la nuit, médecin de lui-même connaissant tous les signes et symptômes, l'hypocondriaque, comme l'obsessionnel, sait – plus que tout autre – mesurer l'écart entre ce qu'il exige psychiquement du Réel et ce qui lui fait retour de façon implacable. L'hypocondriaque surveille ses organes à la manière d'une mère folle de son enfant. » (Estellon, 2009, p. 234) Nous pourrions ainsi nous interroger : le sujet, tel G. Gould, traduirait-il par ses angoisses hypocondriaques l'écoute corporelle et psychique qui lui a été porté lorsqu'il était fœtus, puis bébé, par ses *caregivers*, sa mère et son père notamment ? À ce sujet, J. Bergeret (2006, p. XVII) se réjouissait qu'« On commence heureusement à ne plus établir de frontière, ni somatique ni psychique, entre les conditions de la conception, la vie

[35] Souligne par l'auteur.

embryonnaire, la période fœtale et la venue au monde d'un enfant. Ni entre ce qui a été enregistré (et du point de vue somatique et du point de vue psychique) à la période fœtale et ce qui va se révéler, dans un *« après-coup »*, pendant l'enfance, l'adolescence ou la vie adulte ».

Conséquemment, le sujet traduirait-il les préoccupations maternelles hypocondriaques de sa mère et/ou de son père, objets à la structure encadrante contaminante, toxiques d'éléments bêta, trouée, discontinue et/ou déformante, et non plus soignante ?

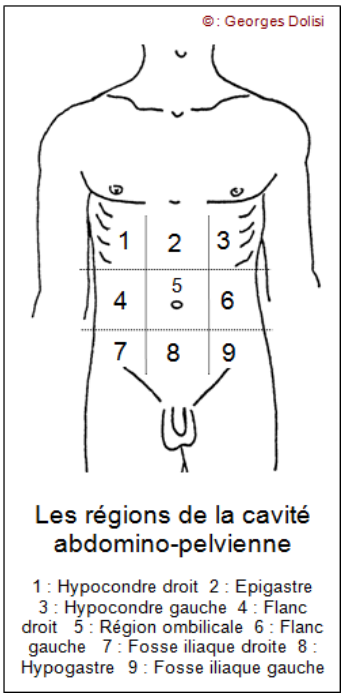
a. L'hypocondrie : symptôme ordinaire ?

Avec D. W. Winnicott, nous pourrions considérer l'hypocondrie comme un symptôme ordinaire, car « *un enfant normal est capable de manifester n'importe quelle sorte de symptômes selon les circonstances* » (1971b, p. 146-147)[36]. S. Freud disait : « L'hypocondrie doit avoir raison, les modifications organiques ne peuvent pas non plus manquer dans son cas » (1914, p. 89). À cela, nous pourrions rappeler, à propos de l'hypocondrie, *« ce ne sont pas les symptômes qui sont un problème, c'est le fait qu'ils ne font pas leur travail*. » (Winnicott, Op. Cit.). L'hypocondrie ordinaire est un symptôme ordinaire, elle fait son travail lorsqu'elle est suffisamment bonne. Quel(s) risque(s) somatique(s) et psychique(s) lorsqu'elle ne peut plus faire son travail, déniée, clivée, empêchée, étouffée, gelée ou encore débordée ? Ainsi, je pense à l'organisation autoérotique lors de laquelle le bébé s'illusionne qu'il est lui-même l'objet de ses soins (Cupa, 2007a, p. 13-15) et à la restauration psychique auprès du psychologue, dans ses retrouvailles d'un corps pour deux, d'une psyché pour deux. Rappelons que « L'activité sexuelle s'est tout d'abord étayée sur une fonction servant à conserver la vie, dont elle ne s'est rendue indépendante que plus tard (…) L'enfant ne se sert plus alors, pour la succion, d'un objet extérieur à son corps, mais préfère une partie de son propre épiderme, plus accessible, parce qu'il se rend aussi indépendant du monde extérieur qu'il ne peut encore dominer. » (Freud, 1905 [note ajoutée en 1915], p. 76). Pour R. Perron (2002, p. 173) « C'est là une thèse importante de Freud : la sexualité infantile se développe en s'étayant sur une fonction essentielle à la vie, dont elle se détache. Cette satisfaction autoérotique n'est donc pas préalable à tout investissement objectal puisque, par ce détachement, l'enfant s'affranchit de son objet premier, le sein. Elle est corrélative de la satisfaction hallucinatoire, dont la déception provoquera la naissance des premières représentations. »

L'hypocondrie ordinaire et celle pathologique conditionnent les plaintes corporelles, dans ces différentes gammes, de la plus somatique à la plus la plus délirante.

[36] Les italiques sont ceux de Winnicott.

Cela implique de s'interroger avec la question de la plainte, sur ce que cela re-couvre, couvre à nouveau, tout particulièrement en psychopathologie psychanalytique : tout sujet qui s'adresse voire qu'on adresse à un clinicien, à un soignant voire à un homme de loi, n'a-t-il pas en lui une plainte (Jacobi, 1998) ? Lorsque, pour F. Roustang, « La plainte occupe une place prépondérante dans tout discours de souffrance, elle constitue naturellement l'ordinaire de toute pratique clinique. » (2001, quatrième de couverture) C. Janin (1997, p. 147) quant à lui nous rappelle que J.-B. Pontalis définissait le « mal être » de la façon suivante : « possession du sujet, perceptible grâce à la *plainte*[37] qui le proclame ». La plainte et l'hypocondrie apparaissent ainsi dans le mal-être, les souffrances et les douleurs, d'où l'intérêt d'explorer la plainte hypocondriaque au travers du travail de l'hypocondrie.



Les régions de la cavité abdomino-pelvienne

1 : Hypocondre droit 2 : Epigastre 3 : Hypocondre gauche 4 : Flanc droit 5 : Région ombilicale 6 : Flanc gauche 7 : Fosse iliaque droite 8 : Hypogastre 9 : Fosse iliaque gauche

b. Définition générale : une hypocondrie transnosographique et une position hypocondriaque

L'hypocondrie : aspects historiques et linguistiques

Historiquement[38], Hippocrate a décrit les maladies selon les mouvements des humeurs, sang (air), lymphe (eau), bile jaune (feu) et bile noire ou atrabile (terre). Cette dernière serait responsable de l'hypocondrie et comparable à une « épine fichée dans les viscères ». Hippocrate, Dioclès de Caryste et Galien ont ainsi décrit l'hypocondrie « comme une forme de mélancolie prenant son origine dans la région sous-diaphragmatique, ou hypocondre », comme le rappelle J. Postel dans le *Grand Dictionnaire de la Psychologie*. Pour l'anglais T. Sydenham, médecin du XVIIIème, l'hystérie était au sexe féminin ce que l'hypocondrie était au sexe masculin.

Selon *Le Robert*, Hypocondre vient du grec *hupo-* (racine indoeuropéenne), (hypo-) au-dessous, en deçà, « exprime la diminution, l'insuffisance, la situation inférieure » et *khondros*, « cartilage des côtes »[39]. Qu'est-ce que le sujet hypocondriaque exprime sous ses côtes psychiques d'une diminution, d'une insuffisance (rénale chronique ?), d'une situation inférieure par la plainte ? Le terme apparaît en 1398 pour l'anatomie selon le *Dictionnaire de la langue française* : « Chacune des parties latérales de la région supérieure de l'abdomen, à

[37] Je souligne.
[38] Pour un état des lieux historique complet et précis, cf. C. Guedeney et C. Weisbrot (1990).
[39] Pour autant, j'aimerai ici rappeler qu'on ne peut pas être *hyper*-condriaque, comme certains aimeraient le proposer, le hypo- de *hypo*-condriaque venant bien de sous mais sous une région corporelle particulière.

droite et à gauche de l'épigastre », l'épigastre étant la « région médiane et supérieure de l'abdomen, entre les côtes et l'estomac (creux de l'estomac) ». Il s'agit alors d'un nom féminin. En 1653, en langue française, le sens prend celui d'hypocondriaque. Il s'agit là d'un nom masculin. Hypocondriaque est apparu en 1560, le sens donné par *Le Robert* est celui d'un sujet « d'humeur triste et capricieuse », lorsque le contraire serait « gai ». Le terme d'hypocondrie est apparu bien avant 1478[40] : « État d'anxiété habituelle et excessive à propos de sa santé (autrefois supposée avoir son origine dans les organes abdominaux appelés *hypocondres*[41]).

L'hypocondrie dans l'œuvre freudienne[42]

Au sein de l'œuvre de S. Freud, l'hypocondrie a suivi un cheminement de pensée dont nous proposons ici notre reprise.

Comme névrose actuelle : des hypocondries communes et/ou d'occasion ?

L'hypocondrie a d'abord été conçue par S. Freud dans un ***registre énergétique-économique***. *Somatisation* et *angoisse* cherchent à être précisées avec l'hypocondrie, tout comme la question du *corps perçu dans le rêve*, ainsi que les *liens entre la fonction onirique et l'hypocondrie.*

Dans ses écrits, S. Freud a évoqué pour la première fois la question de l'hypocondrie dans son *Manuscrit B*, à propos de l'étiologie des névroses, daté du 8 février 1893, comme un des symptômes chroniques au sein des névroses d'angoisse. Il prend comme premier exemple de ces symptômes « l'anxiété relative au corps (hypocondrie) » (p. 64), plaçant ici l'hypocondrie entre parenthèse. En 1894(a), dans le *Manuscrit E*, il évoque que dans la névrose d'angoisse, « comme dans l'hystérie, il se produit une sorte de "conversion" (p. 85) », comme si « les pôles se seraient inversés (Aisenstein, Gibeault, 1990, p. 20) ». S. Freud précise que (Op. Cit.) dans l'hystérie « c'est une excitation psychique qui emprunte une mauvaise voie en menant à des réactions somatiques », lorsque dans la névrose d'angoisse « c'est une tension physique qui ne peut réussir à se décharger psychiquement et qui continue, par conséquent, à demeurer dans le domaine physique », quand pourtant « les deux processus sont extrêmement souvent combinés.»

En 1894(b), il fait mention de « phobie hypocondriaque (p. 24) »[43]. Dans ce texte, *Obsessions et phobies*, pour S. Freud, « les phobies font partie de la névrose anxieuse » (p. 27).

---

[40] Lors du passage du mot du corpus médical latin au français courant, entre 1398 et 1560, le h dans hypoc*h*ondrie va disparaître (comme cela a pu être le cas avec mélanc*h*olie). Le terme a pu également s'écrire *hypocondrerie*.
[41] En italique dans le texte.
[42] Cf. le début de l'article de M. Aisenstein et A. Gibeault (1990, p. 20-27) et B. Brusset (1998, p. 11-37).
[43] Il s'agit de l'observation VII. « Obsession de « *Grübelsucht* » (folie de spéculation). Une femme souffrait d'attaques de cette obsession, qui ne cessaient qu'aux temps de maladie, pour faire place à des peurs hypocondriaques. Le sujet de l'attaque était ou une partie du corps ou une fonction, par exemple, la respiration : Pourquoi faut-il respirer ? Si je ne voulais pas respirer ? etc. Redressement. – tout d'abord elle avait souffert de la

Il conviendrait de distinguer les phobies *communes* – « peur exagérée des choses que tout le monde abhorre ou craint un peu : la nuit, la solitude, la mort, les maladies, les dangers en général, les serpents, etc. » - de celles dites *d'occasion* – « peur de conditions spéciales, qui n'inspirent pas de crainte à l'homme sain, par exemple l'agoraphobie et les autres phobies de la locomotion » (Ibid.). Cette distinction nous intéresse tout particulièrement car nous pourrions avancer ici qu'il y a des hypocondries *communes* et d'autres *d'occasion*, tel qu'en parlait S. Freud. Toujours en 1894(c), Freud définit l'attente anxieuse comme un des symptômes du tableau clinique de la névrose d'angoisse, et en rappelle ses formes et manifestations. Il évoque ainsi l'hypocondrie (p. 34) : « Pour une forme de l'attente anxieuse, à savoir celle qui est en rapport avec la santé propre, on peut réserver l'ancien nom de maladie hypocondrie. L'hypocondrie ne va pas toujours en parallèle avec le niveau de l'attente anxieuse commune, elle réclame comme condition préalable l'existence de paresthésies et de sensations corporelles pénibles, et ainsi l'hypocondrie devient la forme que les neurasthéniques authentiques préfèrent dès que, ce qui arrive fréquemment, ils succombent à la névrose d'angoisse. » Un des autres symptômes de ce tableau clinique, se révèle être l'accès d'angoisse, quand l'anxiété « peut aussi faire irruption dans la conscience de façon soudaine » et concerner le corps (p. 35).

Dans *Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense*, S. Freud (1896, p. 133) interroge affects et représentations de contraintes, ce qui pourrait être pris pour de l'hypocondrie commune. Dans *La sexualité dans l'étiologie des névroses*, S. Freud évoque les ***névroses actuelles*** (1898) : elles regroupent (p. 233) la névrose d'angoisse et la neurasthénie[44] (héritage de Beard (1869)) et sont des névroses *mixtes* (p. 234)[45]. C'est en 1912(b) que l'hypocondrie est considérée comme étant « peut-être » la troisième névrose actuelle, cette dernière étant « le noyau du symptôme psychonévrotique, ce grain de sable au centre de la perle (p. 179) »[46]. Les névroses actuelles sont précisément à penser en lien aux travaux ultérieurs des

peur de devenir folle, phobie hypocondriaque assez commune chez les femmes non satisfaites par leur mari, comme elle l'était. Pour s'assurer qu'elle n'allait pas devenir folle, qu'elle jouissait encore de son intelligence, elle avait commencé à se poser des questions, à s'occuper de problèmes sérieux. (…) »

[44] « Ce prototype historique est constitué d'un syndrome de fatigue physique et psychique *avec plaintes somatiques multiples* [je souligne]. », précise B. Brusset (1998, p. 11).

[45] « Les psychonévroses surviennent sous deux sortes de conditions, soit de façon autonome, soit dans la suite des névroses actuelles (neurasthénie et névrose d'angoisse). Dans ce dernier cas, on a affaire à un nouveau type, d'ailleurs très fréquent, de névroses mixtes. L'étiologie de la névrose actuelle est devenue l'étiologie adjuvante de la psychonévrose ; il en résulte un tableau de maladie dans lequel prédomine, par exemple, la névrose d'angoisse, mais qui comprend aussi des traits de la neurasthénie authentique, de l'hystérie et de la névrose de contrainte. (p. 233-234) »

[46] « Je considère encore, comme il m'est apparu il y a plus de quinze ans déjà, que les deux névroses actuelles — neurasthénie et névrose d'angoisse — (peut-être la véritable hypocondrie est-elle à classer comme troisième névrose actuelle) constituent l'anticipation somatique des psychonévroses et fournissent le matériel de l'excitation, lequel se trouve ensuite psychiquement sélectionné et enrobé, si bien que, pour parler en général, le noyau du symptôme psychonévrotique — ce grain de sable au centre de la perle — se trouve formé d'une manifestation sexuelle somatique. (Ibid.) »

psychosomaticiens de l'École Psychosomatique de Paris (IPSO), notamment à la pensée opératoire, où l'actuel est au centre des contenus représentatifs[47]. On parle ainsi de névrose mal mentalisée.

1915	Névroses actuelles	Psychonévroses de transfert		narcissiques
1924	Névroses actuelles	Névroses	Névroses narcissiques	Psychoses
Classification contemporaine	Affections psychosomatiques	Névroses	Psychoses Maniaco-dépressive	paranoïa schizophrénie

Évolution du concept de névrose dans la nosographie psychanalytique (Laplanche, Pontalis, 1967, p. 269)

À ce propos, dans l'extrait suivant de S. Freud (1914, p. 89), celui-ci place sur le même plan l'hypocondrie et la maladie organique, pour lesquelles la libido peut se retirer sur le Moi, du fait d'une source de déplaisir que serait la stase de la libido sur le Moi, posant ainsi la question de l'hypocondrie ordinaire chez le sujet malade organiquement, somatiquement :

> « *L'hypocondrie comme la maladie organique*[48] se traduit par des sensations corporelles pénibles et douloureuses et se rencontre aussi avec elle dans son action sur la distribution de la libido – celle-ci avec une évidence particulière – des objets du monde extérieur et concentre les deux sur l'organe qui l'occupe… L'hypocondrie, elle, est une véritable souffrance résultant d'une dynamique psychique qui prend le corps ou ses parties pour objet, se traduisant par une persécution d'organe. Bien que dépourvue de substratum anatomique, elle est vécue par le patient comme une affection indiscutable du corps "dans l'hypocondrie les modifications ne sont pas démontrables" ».

Les excitations créent des tensions : il est à penser un parallèle entre l'excitation liée à l'*organe* douloureux et l'excitation sexuelle liée aux *organes* génitaux, les tensions créées ont certaines similarités. Dans le registre de l'économie libidinale, les excitations et les tensions pourraient se déplacer les unes dans les autres voire se substituer les unes aux autres.

Avec les pulsions : une vie psychique polymorphe

C'est en 1905 que S. Freud parle pour la première fois de pulsions (*Trieb* – de l'allemand *Treiben,* mettre en mouvement) dans ses *Trois essais*. Il est question d'une excitation corporelle à la *source* de celles-ci, avec comme *but* la recherche de l'apaisement de ces tensions par le moyen d'un *objet*. Objets et pulsions sexuels y sont décrits, notamment comment « d'autres lieux du corps » « ont en quelque sorte la prétention d'être considérés et traités eux-mêmes comme des organes génitaux » (p. 86). Cela étant questionné par S. Freud notamment quant à la muqueuse bucco-labiale et l'orifice anal comparables à des « tuyaux communicants » « voies par lesquelles chemine la libido » (p. 84) [en note de bas de page rajoutée par lui en 1920]. Dans le dévoilement du cru, évoqué plus tôt, je rappellerai ici cet extrait de S. Freud (p. 90) : « Le

[47] « On retrouve dans le descriptif des névroses actuelles les mêmes éléments que ceux de l'hypocondrie : les contenus représentatifs seraient ceux de l'actualité et non des contenus devenus inconscients par refoulement, cette actualité ne révélerait aucune conflictualité interne connotée par des contenus significatifs ou des surdéterminations inconscientes aptes à la symbolisation. » (Fine, 2002, p. 803)

[48] Je souligne.

voilement du corps, qui progresse avec la culture, tient éveillée la curiosité sexuelle qui aspire, elle, à compléter l'objet sexuel par le dévoilement des parties cachées, mais qui peut être détournée (« sublimée ») vers le champ artistique, si on est à même de faire passer son intérêt des organes génitaux vers l'ensemble des formes corporelles. » *Le viol est dévoilement forcé : et pour le sujet malade somatiquement, quel viol psychique d'un corps somatique dévoilé dans ses fonctions, dans son intériorité ?* Ainsi, alors « que cruauté et pulsion sexuelle [sont] dans la relation la plus intime », pour S. Freud (p. 92), « la douleur », laquelle « comporte intrinsèquement la possibilité d'une sensation de plaisir », est « surmontée » dans le masochisme. Aussi, la douleur « rejoint le dégoût et la pudeur, qui s'étaient opposés à la libido en tant que résistances » (Ibid.). Avec les pulsions partielles et les zones érogènes apparaît ainsi tout un champ questionnant les orifices et la peau. Sans doute pourrions-nous nous questionner quant à l'intérieur du corps, forcément érogène voire algogène pour reprendre la proposition d'Anzieu. La pulsion apparaît entre-deux, concept limite entre le psychisme et le somatique, « l'animique et le corporel » mais surtout « mesure de l'exigence de travail » :

> « S'agissant d'une « pulsion », nous ne pouvons tout d'abord entendre rien d'autre que la représentance psychique d'une source de stimulus intrasomatique à l'écoulement continu, à la différence du « stimulus » qui est instauré par des excitations isolées et venant de l'extérieur. Pulsion est donc un des concepts de délimitation entre l'animique et le corporel. L'hypothèse la plus simple, et qui s'impose d'emblée, sur la nature des pulsions serait qu'elles ne possèdent en elles-mêmes aucune qualité, mais qu'elles entrent seulement en ligne de compte comme mesure de l'exigence de travail pour la vie d'âme. Ce qui différencie les pulsions les unes des autres et qui les dote de propriétés spécifiques, c'est leur relation avec leurs sources somatiques et leurs buts. La source de la pulsion est un processus excitateur dans un organe, et le but immédiat de la pulsion réside dans la suppression de ce stimulus d'organe. (Freud, p. 101-102) »

S. Freud précise par la suite qu'« Une autre hypothèse préalable dans la doctrine des pulsions, à laquelle nous ne pouvons nous soustraire, c'est que les organes du corps délivrent des excitations de deux sortes qui se fondent sur des différences de nature chimique. Nous qualifions l'une de ces sortes d'excitation de spécifiquement sexuelle et l'organe concerné de « zone érogène » de la pulsion partielle émanant de lui. (p. 102) ». La seconde n'étant pas ici précisée. Avec la perversion, S. Freud souligne comment bouche et anus sont pris pour équivalents de l'appareil génital : les organes et zones corporelles peuvent avoir la fonction de « succédanés des organes génitaux ». S. Freud (p. 103) s'appuie sur ce qui peut ici susciter un fort intérêt en lien à ce travail à propos du corps, à savoir les travaux d'A. Moll (1897) lequel décompose la pulsion sexuelle en *pulsion de contrectation*, c'est-à-dire le besoin de contact avec la peau, et en *pulsion de détumescence*, c'est-à-dire le besoin de désenfler pour reprendre l'origine en bas latin du mot *detumescere*, le « dégonflement du corps, d'une partie du corps, d'un organe, en particulier des organes érectiles sexuels », selon *Le Larousse*, chez l'homme après l'éjaculation ou l'orgasme. Ce dernier mouvement est bien en jeu dans l'hypocondrie,

dans la plainte, créant une érection cherchant une (impossible ?) détumescence. Il rappelle l'analité et la question des sphincters.

Pour en revenir au caractère ordinaire de l'hypocondrie, S. Freud soutient à propos de « chacun des cas de névroses » et de leurs normalités qu'« Il serait erroné de construire une relation d'opposition là où existe un rapport de coopération » (p. 104) : « Moebius n'a-t-il pas pu dire à juste titre : nous sommes tous un peu hystériques ? » (p. 105). Il existe dans la vie psychique de chaque individu une « constitution normale » mouvée, poussée par des « diffusion[s] extraordinaire[s] » (Ibid.). S. Freud questionne ensuite *l'amnésie infantile* dans ses liens à l'amnésie hystérique (p. 109-111) et pense « que l'individu possède déjà un trésor de traces mnésiques qui se trouvent soustraites à la disposition du conscient et qui dès lors tirent à elles, par liaison associative, ce que quoi agissent, pour les repousser à partir du conscient, les forces du refoulement » (p. 110). Il s'agit là de la *préhistoire,* « celle qui a déjà sa place dans l'existence individuelle de la personne, à savoir l'enfance (p. 107) ».

Lorsque S. Freud évoque l'auto-érotisme, en lien plus large que sa source (Ellis, 1898), il rappelle, dans ce qu'il a rajouté en 1915 à ses *Trois essais*, que « L'activité sexuelle s'étaye d'abord sur une des fonctions servant à la conservation de la vie et s'en rend indépendante seulement plus tard (p. 117) ». S'il en était question notamment quant au suçotement, ou succion voluptueuse, ses succédanés et les besoins de nourriture, nous pourrions y interroger les vécus somatiques et psychiques du corps. Aussi, le caractère rythmique et la répétition des chatouilles sont en jeu (p. 118), chatouilles de plaisir-déplaisir, en lien à la peau et ses plissures (cou, aisselles, …), lesquelles peuvent elles aussi marquer le corps, préhistoriquement, jusqu'à rendre le corps et la psyché amnésiques.[49]

À propos de l'analité, S. Freud questionne les « excitations intenses » de la zone anale produites notamment par « les troubles intestinaux si fréquents des années d'enfance » (p. 121). Celles-ci aussi laissent des traces mnésiques, amnésiées, en sens quant à l'intérieur des organes et du déplaisir-plaisir à la rétention et la défécation, de par les sensations éprouvées, jusqu'aux félicitations des *caregivers* prenant la défécation contrôlée, pour cadeau. La plainte est analité : elle a un rôle de défécation, d'expulsion des fèces par voie psychique, en lien à nouveau à la détumescence. Quant à la voie des urines, cela questionne la génitalité, siège de plaisir lors des soins corporels (p. 123) pour reprendre S. Freud. Car pour l'enfant, pensé par S. Freud comme un « pervers polymorphe » (p. 127), les pulsions partielles sont en jeu : les zones érogènes de l'oralité, de l'analité, urétro-génitale, mamelon… Le corps est la source. Sans doute pourrait-on ainsi proposer une hypocondrie polymorphe, avec l'exigence de penser, d'éprouver, avec

[49] Nous pourrions ici nous interroger au plaisir-déplaisir corporel *in utero*.

plus ou moins de satisfaction, des parties du corps, organes ou fonctions, quand la maladie, ordinaire ou non, peut exiger à penser d'autres zones du corps, et ce en lien à l'auto-érotisme. S. Freud rappelle la pulsion sexuelle dans ses origines : « l'excitation sexuelle apparaît

a) en tant que reproduction d'une satisfaction vécue en jonction avec d'autres processus organiques,
b) par stimulation périphérique appropriée des zones érogènes,
c) en tant qu'expression de quelques « pulsions » qui ne nous sont pas encore pleinement intelligibles quant à leur provenance, telles la pulsion de regarder et la pulsion à la cruauté (p. 137) »

Ce que S. Freud nous dit, c'est que la satisfaction que nous recherchons par la voie sexuelle est une satisfaction qui s'est produit tout d'abord ailleurs dans le corps, ce qui a pu se déplacer sur certaines zones particulièrement érogènes lors de l'alimentation, la défécation et la tendresse de la peau ainsi que l'équilibre, et « les parties profondes (muscles, appareils articulaires) » (p. 138). Le corps a ses zones sexuelles et d'autres non sexuelles, lesquelles peuvent psychiquement se substituer (p. 143). Pour aller plus loin que les organes génitaux, appréhendés longuement, questionnons-nous, à propos de tous les organes et fonctions corporelles, jusqu'au « plus profondes », pas toujours en lien avec l'extérieur du corps comme c'est le cas avec la bouche, les organes génitaux, l'anus : ainsi, « l'excitation sexuelle naîtrait pour ainsi dire comme produit marginal dans toute une série de processus de l'organisme (…). (p. 171) ». S. Freud rappellera en 1938, dans l'*Abrégé de psychanalyse*, qu' « à proprement parler le corps tout entier est une zone érogène ». L'étayage et les pulsions d'autoconservation (1910) sont à interroger également, quand la poussée (1915), est « charge énergétique, facteur de motricité » (Laplanche, Pontalis, 1967, p. 359). Aussi, les excitations externes et internes au sujet menace son principe de constance régit par des pulsions de vie et de mort, le Moi étant soumis à un Ça comme réservoir pulsionnel et à un Surmoi. Enfin, rappelons ici que les affects et les représentations sont les deux registres d'expression de la pulsion.

Avec le président Schreber

Avec la ***conceptualisation du narcissisme*** dans l'œuvre de S. Freud, apparaissent les questions inhérentes à celles des identifications et des modalités du transfert narcissique. Aussi, libido du moi et libido d'objet s'opposent. Il existe une stase de la libido du moi et une érogénéité de tous les organes.

En 1910, S. Freud écrit à propos de l'érotisme anal, que celui-ci « aurait, avec l'hypocondrie, le même rapport que le sadisme avec la névrose obsessionnelle ». « L'analité intervient sur la limite entre perte et sauvegarde de l'objet » (Pirlot, Cupa, 2012, p. 226) : à ce propos, K. Abraham avait décrit deux sous-stades à l'analité, à savoir la paranoïa et la névrose obsessionnelle. Cela sera questionné avec les exemples célèbres de S. Freud, *Le Président*

Schreber (1911) et *L'homme aux loups* (1918), au sein desquels l'hypocondrie a une place importante.

Pour S. Freud, « Tout le livre de Schreber est parcouru par la plainte amère sur le fait que Dieu, désormais habitué à fréquenter des défunts, ne comprend pas l'homme vivant » (1911, p. 64). Selon D. P. Schreber, Dieu n'aurait « eu de relations qu'avec des cadavres » (Schreber, 1903, p. 55). S. Freud nous apprend (p. 44) « qu'au moment de l'« hypocondrie », le *Président Schreber* était déjà marié depuis longtemps. Sa femme était très reconnaissante quant au Professeur P. Flechsig « qui lui avait redonné son mari » (Schreber, Op. Cit., p. 36). D. P. Schreber précise : « Lorsque ma première maladie fut guérie, je passai avec mon épouse huit années fort heureuses, qui ne manquèrent pas non plus d'honneurs extérieurs ; seul le fait d'avoir dû, à plusieurs reprises, renoncer à avoir des enfants, les assombris de temps à autre. »[50] Schreber retrouve P. Flechsig dans sa clinique de Sonnenstein, lors d'un second épisode pathologique, avec une insomnie torturante (Freud, Op. Cit., p. 45). Le directeur de cet institut, Dr. G. Weber, écrira à son propos :

> « Dans les premiers temps de son séjour sur place, il exprimait un peu plus d'idées hypocondriaques, se plaignait de ramollissement cérébral, pensait qu'il n'allait pas tarder à mourir ; les idées de persécution se mêlaient cependant déjà au tableau clinique, déclenchées par des illusions sensorielles qui, au moins dans les premiers temps, parurent émerger de manière plutôt isolée, alors qu'on relevait parallèlement une hyperesthésie et une sensibilité remarquable à la lumière et au bruit. Plus tard, les illusions visuelles et auditives furent de plus en plus nombreuses et dominèrent, associées à des troubles de la sensation générale, toute sa sensibilité et toute sa pensée ; il se croyait mort et en putréfaction, malade de la peste, se figurait que l'on entreprenait sur son corps toutes sortes de manipulations atroces et traversait, comme il le dit encore lui-même aujourd'hui, des choses plus épouvantables que nul ne pourrait le pressentir, et ce, pour un saint objectif. (p. 380) »

Il est évident ici qu'il s'agit d'hypocondrie paranoïaque : selon D. P. Schreber, on veut sa mort, *sa putréfaction*, qu'il soit malade, ce qui constitue des « manipulations atroces ». En 1899, le Dr. G. Weber, médecin de l'institut où séjourne Schreber, écrira dans son expertise :

> « Au sommet de son système délirant, le patient croit avoir vocation à sauver le monde et à ramener l'humanité à sa béatitude perdue. (…) Dans sa mission de sauveur, l'élément essentiel est la survenue de sa transformation en femme. Ce n'est pas qu'il veuille cette transformation, il s'agit au contraire d'une "nécessité" (…). Il aurait, pendant les premières années de sa maladie, subi dans différents organes de son corps des destructions qui auraient valu une mort rapide à n'importe qui d'autre. Il prétend avoir longtemps vécu sans estomac, sans intestins, presque sans poumons, avec un œsophage déchiqueté, sans vessie, les côtes broyées, en ayant partiellement avalé son larynx, etc. mais les miracles divins ("les rayons") avaient selon lui toujours pu réparer ce qui avait été détruit, et en conséquence tant qu'il restait un homme (*Mann*), il n'était absolument pas mortel. (p. 386-388) »

Dans cette recherche d'émasculation nécessaire, D. P. Schreber pense qu'« Ainsi se noua un complot dirigé contre moi dont le but, une fois reconnue ou admise l'incurabilité de ma maladie nerveuse, à me donner à un être humain de telle sorte que mon âme lui soit livrée, pendant que mon corps devenu celui d'une femme (…) aurait été livré à cette personne [P.

[50] Ce renoncement lui coûte beaucoup ici, et sera en lien avec son désir de repeupler l'humanité avec des enfants dont il aurait été le gestateur. Schreber évoquera en juin 1893 « l'idée que ce doit être, quand même, une fort belle sensation d'être une femme subissant une copulation » (P. 36).

Flechsig par déduction], en vue d'abus sexuels, pour être ensuite tout bonnement "laissé en plan", c'est-à-dire sans doute abandonné à la putréfaction (Schreber, Op. Cit., p. 56). » S. Freud évoque l'« aveu du plaisir de l'excrétion, dont l'expérience nous a appris qu'il est l'une des composantes autoérotiques de la sexualité infantile » (Op. Cit., p. 68), satisfactions recherchées tant au niveau anal qu'urétral. À des oiseaux, D. P. Schreber a attribué des noms de jeunes filles, qui auraient, selon l'interprétation de Freud des « cervelles d'oiseaux (Op. Cit., p. 83) » desquelles D. P. Schreber, « maudit gaillard », s'imputerait triomphant. Pour ma part, je me questionne ici en quoi le poison cadavérique (Op. Cit., p. 82) n'est pas le poison de l'infertilité du couple de sa femme et lui, rendant son sperme tel un *poison*, et sa filiation *cadavérique*, dans une perspective à nouveau d'hypocondrie paranoïaque, liée à ses héritages. Dieu, le père de D. P. Schreber et P. Flechsig se retrouve compilés, responsables du « meurtre d'âme ».

Avec le président Schreber, se pose la question d'une « somme immense d'idées hypocondriaques délirantes » (p. 116), « il ne faut peut-être pas accorder une grande importance au fait que certaines de ces idées coïncident mot pour mot avec les craintes hypocondriaques des onanistes ». En note de bas de page (Ibid.), S. Freud précise : « Je ne veux pas omettre de remarquer ici le fait que je ne considérerai pas une théorie de la paranoïa comme fiable avant qu'elle ne soit parvenue à intégrer dans leur contexte les symptômes collatéraux hypocondriaques presque réguliers. Il me semble que l'hypocondrie est à la paranoïa ce que la névrose d'angoisse est à l'hystérie. » Nous serions ici tentés de penser que S. Freud parle de cette hypocondrie-là avec D. P. Schreber. Elle n'est pas autre avec l'homme aux loups.

Avec l'homme aux loups

Par *L'homme aux loups* (1918), l'attention est portée à propos du distinguo à opérer entre représentations de choses, d'objets et représentations de mots. Dans l'« aperçu du milieu et de l'anamnèse » proposé par S. Freud en début de texte, celui-ci précise à propos de l'homme aux loups : « Des parents qui se sont mariés jeunes et mènent encore une vie de couple heureuse, sur laquelle leurs pathologies jettent bientôt les premières ombres, les maladies du bas-ventre de la mère et les premiers accès de mauvaise humeur du père, qui ont débouché sur son absence. (p. 52) » À propos de ces maladies du bas-ventre de la mère, S. Freud ajoute : « Un jour, certainement avant sa quatrième année, alors que sa mère le tient par la main, il entend celle-ci se plaindre au médecin qu'elle accompagne à la porte de la maison, et grave dans sa mémoire des mots qu'il utilisera ensuite à son propos. (Ibid.) » Sa sœur, de deux ans son aîné, après ses vingt ans, « s'empoisonna et mourut » (p. 66).

Pour en revenir au ventre, (p. 72) S. Freud convoque *Le Petit Chaperon rouge* et *Le Loup et les sept chevreaux*, contes dans lesquels « on sortait les enfants du corps du loup », et

s'interroge : « Le loup était-il donc une créature féminine, ou bien les hommes pouvaient-ils aussi avoir des enfants dans le corps ? » La scène primitive sera beaucoup en question dans la suite du texte, en lien aux troubles de l'intestin (p. 154) qui vont ici nous intéresser quant à l'hypocondrie dans le bas-ventre. S. Freud évoque ainsi la plainte, celle d'une identification maternelle (p. 159) : « pour lui, sa mère n'était pas malade du bas-ventre, mais de l'intestin (p. 160) ». On retiendra surtout la « théorie du cloaque » (Freud, Op. Cit., p. 162) selon laquelle « Il choisit l'intestin contre le vagin » dans son « identification avec la femme, qui intervint ultérieurement sous la forme d'une peur de mourir par l'intestin, et pour les premiers scrupules religieux portant sur le point de savoir si le Christ avait eu un derrière (Op. Cit., p. 163) ». L'angoisse de la castration et celle de la mort sont en lien utilisant ici le registre hypocondriaque : « Dans l'identification avec la femme (la mère), il est prêt à offrir un enfant au père, et il est jaloux de la mère, qui l'a déjà fait et le refera peut-être de nouveau (p. 168). » Les fèces chez l'enfant sont perçues par celui-ci comme « une partie de son corps » à laquelle il faut qu'il renonce (p. 171) : « L'amour d'ordinaire narcissique pour son pénis n'est donc pas dépourvu d'une contradiction du côté de l'érotisme anal. L'excrément, l'enfant, le pénis, produisent donc une unité, un concept inconscient – *sit venia verbo* –, le Petit séparable du corps (p. 171-172). » Cela en lien à l'hallucination de son doigt coupé lors des cinq ans de l'homme aux loups, « époque où il se décida à reconnaître la réalité de la castration » selon S. Freud (p. 174), en lien aux loups et à la gonorrhée, quand l'« érotisme urinaire [incarne] la virilité (p. 211) ». Aussi, l'intestin peut se révéler « un organe contaminé par l'hystérie », par exemple dans l'homosexualité inconsciente refoulée (p. 219-220).

Comme langage d'organe

Avec *L'homme aux loups* apparaît la question du langage d'organe. Dans Métapsychologie (1915b), S. Freud rapporte le cas d'une jeune schizophrène, celui de V. Tausk, laquelle se plaint d'avoir les *yeux tournés,* car un homme lui avait *retournés les yeux.* S. Freud précise : « La relation à l'organe (l'œil) s'est arrogé la représentance du contenu tout entier. Le discours schizophrénique a ici un trait hypocondriaque, il est devenu langage d'organe (p. 238) ». Par la suite, S. Freud reprend à propos de la schizophrénie combien les mots sont impactés par le processus primaire psychique : entre eux, les mots subissent les effets de condensations et de transferts, ils assument ainsi la représentance de toute une chaîne de pensées (p. 239). S. Freud évoque (p. 241) le langage du nez quant à l'homme aux loups, nez-pénis, suite aux angoisses hypocondriaques de celui-ci après l'extractions de « points noirs » ce qui a une « bien maigre ressemblance quant à la chose » avec « une éjaculation par le pénis » : « il y a les deux fois quelque chose qui gicle » et un trou est laissé, celui d'un trou-pore de la peau ou celui d'un trou-vagin, « un trou est un trou », « formule cynique » reprend S. Freud. Car

c'est parfois « l'égalité dans la représentation langagière, et non la ressemblance des choses désignées, qui a prescrit le remplacement (p. 241) » : « il leur faut alors se contenter des mots à la place des choses (p. 244) », quand « l'investissement de la représentation de mot n'appartient pas à l'acte de refoulement (Ibid.) ». Aussi, S. Freud (p. 242-243) se questionne à propos des perceptions sensorielles, desquelles sont « issues » représentations de mots et de chose : « pourquoi les représentations d'objets ne peuvent devenir conscientes par le moyen de leurs propres restes de perception » ?

Avec le fétichisme

Déjà avec les *Trois essais*, S. Freud questionnait le fétichisme où « le substitut de l'objet sexuel est une partie du corps (…) dans lequel le sauvage voit son dieu incarné » (p. 87). Le fétiche peut être un « souvenir-couverture »[51] (p. 88, note de bas de page), de par l'influence persistante d'une impression sexuelle ressentie le plus souvent dans la prime enfance » (p. 88, corps de texte) l'objet a été remplacé par le fétiche dans le mythe. Pour S. Freud (Op. Cit., p. 126), « le fétiche est le substitut du phallus de la femme (de la mère) auquel a cru le petit garçon et auquel – nous savons pourquoi – il ne veut pas renoncer ». Avec *Le fétichisme* (1927), se posera la question des rapports entre perception (la perception « que la femme ne possède pas de pénis (p. 126) »), représentation et croyance (Brusset, 1998, p. 35), les mécanismes d'introjection et de projection vont, eux aussi, être des voies riches de réflexion quant à l'hypocondrie. L'horreur de la castration et l'arrachement à la réalité peuvent être pensés, à l'aide de la notion de clivage du Moi, avec la contradiction de prendre en compte la réalité tout en la déniant. S. Freud pense avec l'exemple de deux jeunes hommes au clivage quant à la mort de leur père en lien à cela : la mort a été « scotomisée » (S. Freud reprend R. Laforgue) par eux tel que la femme sans pénis.

L'hypocondrie, d'*Au-delà du principe de plaisir* à *Constructions en analyse*

Enfin, la période de *Au-delà du principe de plaisir* (1920b) à *Constructions dans l'analyse* (1937), va permettre à l'hypocondrie de prendre un nouvel essor. Par les pulsions d'autoconservation du moi, le principe de plaisir « est relayé par le principe de réalité, lequel, sans abandonner la visée d'une obtention de plaisir finale, exige et impose l'ajournement de la satisfaction, le renoncement à toutes sorte de possibilités de celle-ci et la tolérance temporaire du déplaisir sur la longue voie détournée menant au plaisir. Le principe de plaisir reste alors pour un long temps encore le mode de travail des pulsions sexuelles plus difficilement « éducables », et il arrive sans cesse que, soit à partir de ces dernières, soit dans le moi lui-même, le principe de plaisir terrasse le principe de réalité au détriment de l'ensemble de

[51] Cf. S. Freud, 1899, « Des souvenirs-couverture ».

l'organisme (p. 280). » Ici la plainte hypocondriaque, et ses conséquences, pourrait avoir un impact sur l'ensemble de l'organisme, comme par exemple c'est le cas dans les pathomimies et le syndrome de Münchhausen, qu'il soit ou non par procuration. À propos de la névrose traumatique, Freud précise sa similarité avec l'hystérie, notamment sur le plan moteur, tout en rappelant pourtant combien la première « surpasse » la seconde, « par les signes de souffrance subjective fortement marqués, un peu comme dans une hypocondrie ou une mélancolie (p. 282). ». C'est ce qui le conduit à différencier l'*angoisse*, « un certain état tel que attente du danger et préparation à celui-ci, fût-il inconnu », de la *peur*, « réclame un objet déterminé dont on a peur », et de l'*effroi*, « dénomme l'état dans lequel on tombe quand on encourt un danger sans y être préparé, mettant l'accent sur le facteur de surprise », tout en rappelant que l'angoisse « protège contre l'effroi » (Ibid.).

Le jeu du *Fort-Da* va questionner l'objet dans ses disparations et ses retrouvailles. Avec l'hypocondrie et la plainte corporelle, l'organe ou la fonction en jeux se (re)trouve(nt) : pour mieux se les (r)approprier ? Comme avec le rêve, le jeu, au sens de *play*, permet aux enfants, mais pas que, qu'ils « abréagissent la force de l'impression » et « se rendent pour ainsi dire maîtres de la situation » (p. 287). Ils cherchent ainsi à « être grand et de pouvoir faire comme les grands ». Freud prend exemple du médecin qui « a regardé dans la gorge de l'enfant ou y a pratiqué une petite opération, cette effrayante expérience vécue deviendra en toute certitude le contenu du prochain jeu » jusqu'à ce que l'enfant « se venge ainsi que la personne de ce remplaçant ». La plainte corporelle interroge cela : quel(s) retour(s) par jeu d'expériences corporelles, médicales, angoissantes, effroyables ? Comment l'adulte peut-il composer avec le fait de ne pas être son propre médecin, celui de son propre corps, tout médecin soit-il ? Freud rappelle ainsi que dans certains cas « La recherche sexuelle, qui se voit assigner des limites par le développement corporel de l'enfant, n'a pas abouti à une conclusion satisfaisante ; d'où, plus tard, cette plainte : Je ne puis rien mener à bien, rien ne peut me réussir. Cette liaison tendre (…) a succombé à la désillusion (…) (p. 291). » L'hypocondriaque qui met en échec le médecin, le met dans sa position par projection, tu ne me soigneras pas, tu en seras incapable comme tu ne pourras m'aimer, cela se répète par contrainte, c'est l'« éternel retour du même » emprunté à Nietzsche par Freud. Quel plaisir masochique dans ce retour du même, indifféremment d'un même déplaisir, souffrance, douloureux. Par la recherche de domination, parfois par expression théâtrale, « les traces mnésiques refoulées de ses expériences vécues des temps originaires ne sont pas présentes en lui à l'état liée et, en fait, dans une certaine mesure, ne sont pas aptes au processus secondaire (p. 307). »

Pour S. Freud, p. 310, « tout ce qui est vivant meurt pour des raisons internes, faisant retour à l'inorganique » : « le but de toute vie est la mort et, en remontant en arrière, le sans-vie

était là antérieurement au vivant ». Plus loin, S. Freud rappelle (p. 311) que « l'organisme ne veut mourir qu'à sa manière ». Puis il évoque (p. 316) « L'opposition entre pulsions du moi (de mort) et pulsions sexuelles (de vie) (…) » Quand S. Freud rappelle A. Weismann (p. 317), il rappelle que « c'est de ce chercheur que provient la différenciation de la substance vivante en une moitié mortelle et une immortelle » : « la mortelle est le corps au sens le plus étroit, le soma ; elle seule est soumise à la mort naturelle, les cellules germinales sont, quant à elles, *potentia* immortelles, dans la mesure où elles sont à même, dans certaines conditions favorables, de se développer en un nouvel individu ou, pour le dire autrement, de s'entourer d'un nouveau soma (p. 318). » Comment ici ne pas penser à la transplantation, quand le greffon-organe d'un autre mort reprend vie chez un sujet malade ? Le corps est-il alors bien mort ? Aussi, nous pouvons nous questionner quant à la vie du corps après sa mort. L'hypocondriaque rend-il son corps mort/vivant par son discours et ses plaintes, par un corps qui va continuer à lui sur-vivre ? Enfin (p. 329-330), « Que nous ayons reconnu comme étant la tendance dominante de la vie animique, peut-être de la vie nerveuse en général, cette tendance à abaisser, à maintenir constant, à supprimer la tension de stimulus interne (le principe de Nirvâna, selon l'expression de B. Low), telle qu'elle trouve expression dans le principe de plaisir, voilà bien l'un de nos plus puissants motifs de croire à l'existence de pulsions de mort. »

Dans *Constructions dans l'analyse*, S. Freud explique que l'analyste a pour tâche un « travail de construction ou, si l'on préfère, de reconstruction » ce qui est en « large concordance avec celui de l'archéologue qui exhume une demeure détruite et ensevelie, ou un monument du passé. Au fond, il lui est identique, à cette seule différence que l'analyste travaille dans de meilleures conditions, disposant de plus de matériel adjuvant, parce que ses efforts portent sur quelque chose qui est encore vivant et non sur un objet détruit, et peut-être encore pour une autre raison (p. 63). » Freud y questionne à nouveau la préhistoire de l'objet psychique que l'analyste a à « recouvrer » par des fouilles, qui parfois « n'offrent rien qui corresponde », qui amènent à avoir à faire à « des objets détruits dont des parties volumineuses et importantes ont sans aucun doute été perdues du fait de la violence mécanique, du feu et du pillage » (Ibid.). Ces traces archéologiques à retrouver, trouver, parfois introuvables, questionnent les vécus du corps dans son ensemble et, toujours, ses rapports à l'hypocondrie. Cela confronte l'analyste et l'analysé à la « réaction thérapeutique négative, tels qu'une conscience de culpabilité, un besoin masochiste de souffrance, une rébellion contre l'aide apportée par l'analyste (p. 68) ». Revenant aux traces mnésiques, il s'interroge quant au « caractère général de l'hallucination jusqu'ici insuffisamment apprécié qu'en elle fasse retour quelque chose qui a été vécu dans les tout premiers temps, puis oublié, quelque chose que l'enfant a vu ou entendu à une époque où il était encore à peine capable de parler, et qui s'impose maintenant à la conscience, probablement de

façon détournée et déplacée par l'effet des forces qui s'opposent à un tel retour (p. 70-71). » Ainsi avec S. Freud, nous pouvons avancer que l'hypocondrie, dans toutes ses formes psychopathologiques, telle « la folie », ici hypocondriaque, « contient aussi un morceau de vérité historique ». Le sujet « souffre de ses réminiscences (p. 72) » à « puiser dans le refoulement de temps originaires oubliés (p. 73) ».

L'hypocondrie dans l'œuvre post-freudienne

Du vivant de Freud, on retiendra ici les contributions de V. Tausk et S. Ferenczi.

V. Tausk et *l'« appareil à influencer »*

L'« appareil à influencer » des schizophrènes (1919), interroge l'hypocondrie mais aussi le rapport à la machine, comme cela est le cas avec l'hémodialyseur, notamment avec trois phases principales dans l'histoire évolutive de l'appareil à influencer distinguées par Tausk : celles des sentiments d'altération, d'aliénation (organe étranger à rejeter) et de persécution (organe contrôlé par un objet extérieur hostile) (p. 106). Plus tard, il soutient que « le corps tout entier est un organe génital (p. 114) », la machine est ainsi phallus humain, « Car les machines, créées par l'esprit ingénieux de l'Homme (Witz) à l'image même du corps humain, sont une projection inconsciente de sa propre structure corporelle (p. 119, note de bas de page) ». Une remarque (p. 65) nous apparaît ici très éclairante quant au « processus progressif de dénaturation de l'appareil », en lien à l'hypocondrie et la plainte : dans ce « processus évolutif », l'appareil « perd morceau par morceau les signes distinctifs de sa forme humaine pour se transformer en une machine à influencer typique et incompréhensible », « C'est ainsi que, victimes de ce processus, disparaissent successivement les organes génitaux, puis les membres ». Le sujet hypocondriaque ainsi réduirait, rétrécirait sa perception à un objet « typique et incompréhensible » en lien à un corps humain dé-sexualisé, qui n'est plus un Homme avec un appareil génital.

Avec S. Ferenczi

En 1908, S. Ferenczi évoque des *physionévroses* pour évoquer les névroses actuelles, selon l'appellation de S. Freud, afin de les opposer aux *psychonévroses*. S. Ferenczi recoupe dans ses *physionévroses* « deux états morbides » : la neurasthénie et la névrose d'angoisse. S. Ferenczi retient l'idée de S. Freud quant à un excessif onanisme dans la neurasthénie. Dans le second groupe « des névroses actuelles, que S. Freud appelle « Angstneurose » - névroses d'angoisse - ». L'hypocondrie est définie par S. Ferenczi comme « un état d'attente anxieuse chronique (…) centré (…) sur celle du patient lui-même ». Elle se retrouve ainsi dans les névroses d'angoisse, second groupe de celles actuelles.

En 1912, il évoque « la peur de l'hypocondriaque », « sans fondement ». Elle « porte en lui une cause cachée, une angoisse secrète ». L'hypocondrie ne serait qu'une voie parmi d'autres pour exprimer une angoisse, une « *plaie spirituelle »* [je souligne ici], me faisant penser ici à l'origine du mot plainte qu'est la plaie comme évoqué plus haut. En 1917, il précise ce qu'est la *pathohystérie,* hystérie de maladie, où le trouble de la libido est ici secondaire à une affection somatique, une maladie organique, contrairement à la névrose sexuelle. S. Ferenczi aborde toute la difficulté à repérer et distinguer *névrose sexuelle*, *pathohystérie* et *hypocondrie*, le facteur *sine materia* étant pour lui déterminant dans ce dernier cas.

Chez S. Ferenczi, l'hypocondrie fait précisément l'objet d'un texte, avec *Psychanalyse d'un cas d'hypocondrie hystérique* (1919a). Tout comme S. Freud, il relève la « stase de la libido d'organe », laquelle « peut – suivant la constitution sexuelle du malade – entraîner une superstructure purement hypocondriaque ou hystérique » (p. 78). Il évoque ainsi, à propos d'une patiente aux « longues plaintes monotones au sujet de toutes ces sensations », qu' « Au bout de quelque temps, elle parut pourtant avoir un peu épuisé le sujet ; il est vrai que je ne cherchais ni à la rassurer ni à l'influencer, la laissant égrener ses plaintes sans l'interrompre (p. 74). » L'aspect économique, par des plaintes qui s'expriment et s'égrènent, quant à l'hypocondrie ressort de ce travail, mettant de cette façon fin au discours quant à des *sensations hypocondriaques* (p. 78). La solution délirante, s'il n'y pas de voie de décharge, est ainsi envisagée par Ferenczi.

Dans ses *Réflexions psychanalytiques à propos des tics* (1921), « équivalents stéréotypés de l'onanisme », S. Ferenczi interroge un temps hypocondriaque (p. 92-93) dont « Le point de départ d'un tic peut être une *observation hypocondriaque de soi. »* Il rappelle un exemple de H. Meige et E. Feindel (1903), dans *Le tic et son traitement* puis commente ces propos comme l'expression pathologique issus d'un *narcissisme hypocondriaque,* rappelant que « les motifs sensoriels » sont, « dans la majorité des cas », « des réminiscences devenues inconscientes ». Le passé et les premiers événements autour de ces troubles sont mis en avant avec les travaux de J. M. Charcot, E. Brissaud, H. Meige et E. Feindel, qui « sont parmi les rares neurologues à n'avoir pas refusé d'écouter le patient quand celui-ci racontait la genèse de son trouble ». Un traumatisme physique peut être en jeu (« un abcès à la gencive, cause d'une grimace invétérée, une opération du nez, motif d'un froncement nasal, etc »), voire être issu, concernant les tics, d'un trouble psychique, d'une psychose peut-être héréditaire.

En 1922, dans *La psychanalyse des troubles mentaux de la paralysie générale*, S. Ferenczi évoque (p. 156-157) les troubles psychiques de la paralysie en prenant comme « point de départ » « la relation entre la maladie physique et les états psychiques », lesquels selon lui « ont décidé Freud à considérer le narcissisme (…) comme un phénomène universel ». La

régression narcissique rappelée apparaît ici en lien à un stade précoce où l'autre n'est pas (encore) inclus tout en étant plus ou moins là physiquement, psychiquement. Il revient ainsi sur les *pathonévroses*, névroses narcissiques selon lui. Avec S. Ferenczi, nous pourrions parler d'une *libido flottante* qui n'est plus – parce qu'elle a cessé d'être ou n'a jamais été – dans l'hypocondrie puisque rattachée directement à un organe (ou une fonction), peut-être court-circuité par ou avec lui.

S. Ferenczi propose deux remarques où une lésion ou une maladie organique est à l'origine d'une maladie psych(opatholog)ique et où une maladie psych(opatholog)ique peut guérir une maladie d'origine physiologique déjà existante. Il rappelle ensuite que ***le cerveau est un organe*** (p. 158), mais aussi que la libido se distribue par lui sur tous les autres organes et fonctions du corps pour lesquels les organes génitaux représentent la forme la plus sexualisée, la plus excitée/excitable, laquelle peut être déplacée sur d'autres organes ou fonctions du corps la représentant, et inversement, l'organe génital servant de paravent aux autres organes, quand menace(s) de castration équivaut à menace(s) de mort. Une sexualité qui fonctionne bien serait un corps qui fonctionne bien et inversement. La répartition des excitations est reprise par S. Ferenczi dans « Phénomènes de matérialisation hystérique » (1919b, p. 61), entre : « d'une part, des systèmes organiques spécifiques dont la tâche consiste à maîtriser et à répartir les excitations (appareil psychique) et, d'autre part, des organes spécifiques permettant la décharge périodique des quantités d'excitation sexuelle accumulées dans l'organisme (organes génitaux) ». Il y a donc un organe de l'épreuve de réalité, *l'organe de la pensée*, et un organe érotique central, *l'organe génital*, et cela en lien à A. Schopenhauer qui « définit l'intellect et son organe, le cerveau, comme le pôle opposé à la sexualité et à son organe » (note de bas de page, p. 158).

En 1922, S. Ferenczi aborde l'hypocondrie avec la question de la paralysie (p. 159-161), et pense que « Dans les formes dépressives de la paralysie », il existe un « stade initial neurasthénique-hypocondriaque », « souvent immédiatement suivi de sensations hypocondriaques extraordinaires dans tout le corps ». Dans ces cas, S. Hollós avait déjà précisé que les patients malades venaient se faire soigner lorsqu'ils se trouvaient dans un état *euphorique*, et, qu'on trouvait ainsi une « *hypocondrie affectée d'un signe positif* ». » Des états maniaques pourraient ainsi questionner une recherche à surcompenser le déplaisir narcissique-hypocondriaque. En note de bas de page (p. 160), S. Ferenczi nous rappelle que « Selon Freud l'hypocondrie psychogène (des schizophrènes) se produit quand la libido narcissique impossible à maîtriser psychiquement s'attache à un organe. Dans l'hypocondrie pathonévrotique, le malade doit maîtriser psychiquement la libido narcissique qui n'est pas liée

suffisamment par le processus organique ». Selon lui, (p. 162) **« Le Moi corporel serait abandonné plus facilement, on y attacherait donc moins de prix qu'au Moi psychique ».**

L'hypocondrie pourrait faire figure d'une sorte d'agir, duquel les représentations mettent à l'écart les véritables enjeux d'affects bien trop intimes (cf. ex. de femmes examinées par un gynécologue plusieurs fois avant de lui parler de leur vie sexuelle, ce pourquoi elles le consultaient au préalable), voire intimement perdus. Cela va se retrouver lorsque S. Ferenczi évoque le « rêve du nourrisson savant » (1931) : « Ce sont des rêves où un enfant nouveau-né, ou un nourrisson au berceau, se met soudain à parler pour donner de sages conseils aux parents ou autres adultes. » Ici s'interroge la relation parent-enfant, leurs craintes hypocondriaques, et les projections du parent en l'enfant. L'enfant peut ainsi être le savant : il sait mieux que l'adulte ce dont il a besoin, l'adulte-parent lui ne sait plus... Aussi, il évoque l'auto-clivage narcissique, selon lequel :

> « *Tout se passe vraiment comme si, sous la pression d'un danger imminent, un fragment de nous-même se clivait sous forme d'instance autoperceptrice voulant se venir en aide, et ceci peut-être dès la première, voire la toute première enfance*. Car nous savons tous que les enfants qui ont beaucoup souffert, moralement et physiquement, acquièrent les traits de visage de l'âge et de la sagesse. Ils ont aussi tendance à entourer maternellement les autres ; manifestement, ils étendent ainsi à d'autres les connaissances, péniblement acquises par le traitement, de leur propre souffrance, ils deviennent bons et secourables. *Tous ne poussent pas aussi loin la maîtrise de leur propre douleur, certains restants fixés à l'auto-observation et à l'hypocondrie*. » [Je souligne]

L'hypocondriaque, confiné dans son auto-observation serait ainsi insuffisamment bon et insuffisamment secourable quant à ses objets. Il resterait soumis à une *instance autoperceptrice*, sorte de Surmoi, de par un auto-clivage narcissique, hérités lors de la prime enfance et restant bien actifs. Dans ses notes de 1920 à 1932, renommées pour la parution « Réflexions sur le traumatisme », S. Ferenczi évoque le *processus d'autodéchirure* et à nouveau la question du détachement d'un *fragment du sujet*, ce que l'on pourrait retrouver dans la solution hypocondriaque :

> « *Si jusqu'ici il a été privé d'amour, voire martyrisé, il détache alors un fragment de lui-même qui, sous la forme d'une personne dispensatrice de soins, secourable ou aimante, le plus souvent maternelle, s'apitoie sur la partie restante, tourmentée, de la personne, en prend soin, décide pour elle et tout cela avec une extrême sagesse et une intelligence pénétrante. Elle est l'intelligence et la bonté mêmes, un ange gardien pour ainsi dire* (p. 147). » [Je souligne ici]

De cette façon, l'hypocondrie, la plainte corporelle, serait-elle ange gardien ?

Enfin, dans *Psychanalyse des habitudes sexuelles*, S. Ferenczi rappelle que l'état de privation de l'analysant inclus le fait de ne pas aller uriner ou déféquer pendant la séance (1925, p. 325). Certains de ses analysants s'en sont plaints, plaintes faisant ici figures de résistance sous la forme de craintes hypocondriaques concernant la sphère urétrale ou anale (p. 326), car selon eux, « l'intestin risquait d'éclater ou encore la rétention pouvait provoquer des hémorroïdes et les excréments non éliminés allaient nuire à l'organisme ou même

l'empoisonner (Idib.) ». Nous retrouverons ces questions de nuisances et d'empoisonnement, de toxicité, plus bas.

Avec M. Klein et l'école kleinienne

M. Klein (1930a), dans *L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi*, a écrit, ce qu'elle répète dans *La psychothérapie des psychoses* (1930b) : « L'angoisse phobique des enfants comprend souvent des idées de persécution du type paranoïde et des peurs hypocondriaques ; une observation attentive est nécessaire pour le reconnaître et bien souvent, l'analyse seule le révèle. » Ces « peurs hypocondriaques » dont elle parle sont donc en lien à sa position schizo-paranoïde, ce qu'elle inclut ici dans l'angoisse phobique. Dans son important texte, *La psychanalyse des enfants* (1932), nous retrouvons l'hypocondrie lors de plusieurs passages, notamment dans le chapitre concernant « Les premiers stades du conflit œdipien et la formation du surmoi » (p. 137-162). Lors de la phase sadique, l'angoisse d'un objet extérieur qui a été mis à l'intérieur peut ainsi apparaître. Cet objet introjecté questionne le vécu du corps comme déplacement des objets extérieurs en dedans. Si l'on suit ce raisonnement, la plainte de quelque chose en dedans pourrait concerner quelque chose du dehors. Ce qui va suivre à propos des pulsions sado-anales que l'on retrouve, toujours selon M. Klein, dans la première partie du stade anal, va nous aider à comprendre le lien entre hypocondrie, analité, sadisme et destruction. Les attaques à l'encontre de l'objet sont explosives, empoisonnantes, tels les excréments, fèces et urines, quand les urines peuvent devenir un liquide dangereux qui brûle par exemple : « ***Ces fantasmes engendrent donc la peur d'être empoisonné et d'avoir à l'intérieur du corps une multitude de persécuteurs, ce qui constitue la base des craintes hypocondriaques*** [Je souligne] (p. 158-159) **».** M. Klein évoque de cette façon les questions du poison, du toxique, de quelque chose d'explosif (gazs), reprenant O. Fénichel[52]. La crainte d'être empoisonné nous apparaît ici très importante dans ses effets fantasmés sur les plans psychique et somatique. Plus loin, M. Klein, évoque le développement sexuel de la fille qui, lors de la puberté, (p. 238) « interprète comme une réalisation de ses craintes hypocondriaques et des blessures qu'elle redoute les sensations somatiques déclenchées par ses règles et amplifiées par son angoisse ». Puis avec les cas de « M. A… » (p. 269, 271-273[53]) et « M. B… » (p. 274, 282, 284 et 285), M. Klein évoque

[52] Elle cite à ce propos en bas de page (p. 158) : « Voir mes travaux : *The Importance of Symbol-Pormation in the Development of the Ego* (1930) et *A Contribution to the Theory of Intellectual Inhibition* (1931), Plus récemment, dans un article intitulé : *Über Respiratorische Introjektion* (1931). Fenichel décrit un type de fantasmes sadiques où les excréments servent à tuer les selles par empoisonnement et explosion, l'urine par empoisonnement. A son avis, ces fantasmes donnent naissance à la crainte d'être empoisonné par des excréments. Cet article corrobore ce que j'avais soutenu dans les articles précités. »

[53] M. Klein ajoute en note de bas de page (p. 272) : « Les particularités des doléances hypocondriaques étaient généralement déterminées par la structure et les éléments des fantasmes sadiques. *Ainsi la sensation de brûlure était reliée à des fantasmes de caractère urétral. Si l'urine, pour ce malade pouvait brûler les objets, elle pouvait également brûler l'intérieur de son propre corps ; il ressentait alors que le pénis intériorisé du père et l'urine*

deux cas d'hommes où l'on retrouve les questions de l'homosexualité et de l'hypocondrie. Le pénis du père est potentiellement un poison, surtout quand il pénètre, quand il explose, fait exploser. En 1934, dans sa *Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs*, nous retrouvons plusieurs passages à propos de l'hypocondrie. Notamment celui où « *le moi s'identifie aux souffrances des bons objets » symptômes apparaissant ici dépressifs.* M. Klein reprend par la suite le cas notamment de « X… » avec lequel nous pouvons nous questionner quant à une hypocondrie d'origine paranoïde en défense à des aspects dépressifs. La toute-puissance maniaque dont parle M. Klein est à interroger au-delà de la scrutation apparaissant obsessionnelle. En 1952, dans *Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés*, si l'on suit la pensée de M. Klein, les objets internalisés et les objets partiels, sont en lien aux objets organes ou fonctions dans la plainte hypocondriaque.

Pour D. Meltzer (1994), commentant l'œuvre de M. Klein, l'hypocondrie est« un phénomène unique où des parties du corps apparaissent identifiées à des objets internes qui souffrent d'une certaine façon et il peut y avoir avec ce qui souffre une réaction soit dépressive soit persécutive (p. 277) ». Il distingue l'*hypocondrie* du *délire à expression somatique* des *phénomènes psychosomatiques*, ce que ne proposait pas M. Klein. Lorsque D. Meltzer rapporte Rosenfeld, il rappelle avec lui que l'hypocondriaque comme le mélancolique « n'est pas seulement identifié projectivement avec l'objet interne endommagé (qui, pour une part, est endommagé par l'identification projective), il est également en situation d'identification introjective avec cet objet. Il est ainsi pris dans une sorte de double système d'identification dont il peut être extrêmement difficile de se libérer (Ibid.) ». Clivage, projection et réintrojection dans le corps sont successivement en mouvement dans ce processus complexe qu'est l'hypocondrie, selon H. A. Rosenfeld (1964). Par là même, les angoisses persécutives et dépressives sont confondues, tout comme les objets et parties de soi bons et/ou mauvaises. Ainsi, « après la projection, l'objet externe est immédiatement ré-introjecté par le Moi, clivé et rejeté dans le corps et les organes corporels (Op. Cit., p. 240) ». H. A. Rosenfeld (Op. Cit., p. 234) proposait de distinguer : l'entité hypocondrie comme psychose chronique, les états hypocondriaques temporaires psychotiques ou névrotiques et les angoisses hypocondriaques.

Avec D. W. Winnicott

En 1963, D. W. Winnicott évoque, dans une dimension kleinienne, comment l'exaltation et les complications paranoïdes et hypocondriaques sont à l'adolescence des troubles que l'on peut rencontrer. Plus tôt (1949), dans *L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma*, il évoquait :

avaient la propriété de brûler, d'empoisonner et de détruire » [Je souligne]. Ce passage nous intéressera tout particulièrement avec le cas d'Élisabeth et dans le rapport à l'urine chez l'insuffisant rénal.

> « Dans cette perspective, nous nous apercevons que l'un des buts de la maladie psychosomatique est de retirer le psychisme de l'esprit et de le faire revenir à son association intime et primitive avec le soma. Il ne suffit pas d'analyser l'hypocondrie du patient psychosomatique, encore que cela soit une partie essentielle du traitement. On doit aussi être capable de voir *la valeur positive du trouble somatique* qui compense une « séduction » du psychisme par l'esprit. De même, le but des physiothérapeutes et des partisans de la relaxation peut être compris en ces termes. »

Plus haut, j'évoquais déjà comment D. W. Winnicott pouvait considérer l'hypocondrie comme un des critères de la préoccupation maternelle primaire (cf. Stathopoulos, 2012b) a repris cela. Encore plus tôt, en 1948, D. W. Winnicott reprenait cet exemple (p. 60) : « À mes débuts, j'ai vu un jour, un petit garçon venir tout seul à l'hôpital et me dire : *S'il te plaît, Docteur, maman a mal à « mon » estomac*, ce qui attira mon attention sur le rôle que peut jouer la mère. » La dépression de la mère de cet enfant s'exprimait ainsi par le recours à un symptôme somatique. Pédiatre avant d'être psychanalyste, D. W. Winnicott rappelait (Ibid.) combien dans sa pratique, il s'agissait là pour lui d'« un véritable centre de traitement de l'hypocondrie des mères », révélant ainsi leur fréquence, tel que nous en avons déjà parlé plus tôt.

L'hypocondrie : définitions contemporaines

Grand absent du *Vocabulaire de la psychanalyse* selon J. Laplanche et J.-B. Pontalis, bien que les névroses actuelles y soient une entrée, l'hypocondrie est définie dans *Le dictionnaire international de la psychanalyse* (2002), sous la direction d'A. De Mijolla, par A. Fine :

> « L'hypocondrie peut être considérée comme une formation psychopathologique dont le « site », lieu de souffrance, d'angoisse, voire d'effacement (fantasmatique), est le corps ou une de ses parties ou une de ses fonctions, alors que les symptômes évoqués apparaissent dans la majorité des cas sine materia. (p. 802) »

La majorité des cas ici nous intéresse tout autant que les autres cas plus singuliers de la clinique, *sine materia* ou *cum materia*. A. Fine précise que « (…) l'hypocondrie serait envisagée actuellement comme transnosographique, insérée comme élément d'une psychonévrose ou précédent certaines psychoses. (p. 802-803) » Décrite comme « transnosographique », il existe une vraie « complexité du sujet hypocondriaque qui semble défier les classifications psychopathologiques » rappelait M. Baudin (2005, p. 57). Déjà H. Ey, en 1950, parlait de « complexe hypocondriaque universel », « immanent à la nature humaine » (p. 9). M. Baudin (2005) parle de *position* hypocondriaque entre mélancolie, hystérie et névrose obsessionnelle. L'amertume serait selon cette auteure un trait caractéristique de la position hypocondriaque (p. 58) rappelant la bile noire de la théorie des humeurs. L'intérêt ici à rappeler semble être la notion de « position » hypocondriaque : comme la position dépressive n'est pas la dépression (Hinshelwood, 2002, p. 1310) mais issue d'un « processus normal » (p. 1310).

G. Pirlot et D. Cupa (2012, p.224-225) proposent un diagnostic différentiel que nous proposons ici sous forme de tableau.

Hystérie	« Dans le transfert et la relation au médecin, l'hystérique érotise la relation et gratifie le médecin ; l'amélioration voire la disparition du symptôme seront des leurres pour mieux rechuter et remettre le médecin en jeu dans une relation sans fin. Le corps est, dans l'hystérie, théâtralement présent : l'hystérique cherche le regard de l'autre, en s'offrant tout entier/entière à lui/elle pour le/la séduire. Le symptôme de conversion est l'écriture métaphorique d'un conflit psychosexuel refoulé centré sur une partie corporelle concernée fantasmatiquement ou réellement par ce conflit. À l'inverse, le lieu du corps, objet des préoccupations hypocondriaques, est au contraire un non-lieu mystérieux, secret, inaccessible et quasiment incorporel. »
Névrose obsessionnelle	« On rencontre l'hypocondrie dans la névrose obsessionnelle, la plainte hypocondriaque relevant d'un déplacement, sur le corps, d'un sentiment de culpabilité et de conflits inconscients. »
État-limite	« La plainte hypocondriaque signe un débordement du Moi par des angoisses de perte de limites, apparaissant comme remparts à une décompensation délirante ou à une dépression réelle. »
Anorexie	« Tout un aspect du corps chez l'anorexique est vécu comme persécuteur, l'anorexie apparaissant dès lors comme une paranoïa intrapersonnelle (Selvini). Ce corps dévitalisé, machine inanimée, voulue extérieure à soi, à l'origine de sensations aliénantes, n'est pas, pour Brusset (2002), sans rapport avec la genèse de l'appareil à influencer décrit chez Natalia par Tausk. Si, en matière d'hypocondrie, la référence est souvent faire aux travaux de Tausk, c'est qu'ils sont illustratifs par le grossissement qu'ils donnent de la genèse de la dissociation du Moi psychique et d'une partie au moins du Moi corporel. - Fibromyalgie, douleurs chroniques, jambes sans repos. »
Maladie thérapeutique induite par les neuroleptiques	« Lors de l'administration de neuroleptiques, les effets secondaires et les projections (délirantes) propres à l'état psychotique trouvant leur cible dans le corpos sortent ce dernier de son silence et mènent à une forme d'hypocondrie (iatrogène) accompagnant l'évolution de l'état psychotique, parfois le compliquant. Magna a, en son temps, repéré que l'hypocondrie était fréquemment un stade de prodrome à un délire chronique. »

Avec F. Perrier

Avec son texte de 1959, *Psychanalyse de l'hypocondrie*,[54] F. Perrier questionne l'hypocondrie avec le cas de Gérard dans ses conséquences de l'enfant de remplacement, tels V. W. Van Gogh et S. Dali, interrogeant le rapport de la mère aux corps de l'enfant.



D'après *L'Angélus* de J.-F. Millet (1857), Dessin de V. W. Van Gogh (1880) et tableau de S. Dali (1935)

F. Perrier rappelle que « Ce que revendique Gérard, c'est l'aptitude au sommeil. Il faudrait nous dit-il, que ce soit une anesthésie, un sommeil venant de l'extérieur et non de lui. (p. 38) » Ne pas pouvoir dormir est une plainte hypocondriaque, laquelle traduit la crainte de s'abandonner à dormir, équivalent de la mort. Dans son texte, il questionne les fantasmes de grossesse chez l'homme, névrotique ou psychotique, et propose qu' « (…) à l'envie du pénis

[54] Publié à nouveau dans *Champ psy* (2005) (39), notre référence ici pour les numéros de page.

chez les filles correspondrait l'envie de l'enfant chez le garçon. Tout serait ainsi prégénital, présexuel en quelque sorte, en un mot, « innocent ». C'est peut-être la régression à ce schéma structurant qui amènerait le psychotique, dans sa phase d'hypocondrie, à traduire dans le désir de procréation, le besoin de réanimer en lui la vie qui lui échappe. (p. 46) » L'hypocondrie pourrait ainsi être une tentative de réanimation psychique de la vie somatique et psychique apparaissant défaillante, insuffisante. Ainsi, elle serait une stratégie à l'encontre de la dépersonnalisation (p. 48). Nous pouvons questionner l'insuffisant ou le trop d'investissement hypocondriaque de la part de la mère de Gérard quant à celui-ci, pendant sa grossesse et après sa naissance, du fait « d'un enfant mort avant sa naissance à lui (p. 48) ».Quitter le giron maternel amenait Gérard et sa mère à revivre l'avant de sa conception et ainsi à régénérer, réveiller un travail de deuil datant d'avant Gérard chez la mère de celui-ci. Ainsi le père de Gérard souillait-il les désirs de Gérard peut-être pour les mêmes raisons dépressives que sa compagne, afin que Gérard reste auprès d'eux, ne parte pas, afin d'empêcher le travail de deuil en lien aux séparations d'avec Gérard. Et alors, quels enjeux psychiques de l'état psycho(patho)logique d'une mère et d'un père sur son enfant selon leurs investissements du corps des uns et des autres des uns avec les autres ?

Avec P. Fédida : auto-scopie du soi-cadavre, rêve insomniaque

En 1972(a), P. Fédida écrit « L'hypocondrie du rêve » dans la *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. Il introduit son texte par une citation de S. Freud, un extrait de *Complément métapsychologique à la théorie du rêve*, dans lequel S. Freud rappelait que « des souffrances corporelles débutantes sont souvent ressenties plus tôt et plus clairement qu'à l'état de veille et toutes les sensations corporelles du moment se présentent grossies à une échelle gigantesque. » Pour S. Freud, « Ce grossissement est de nature hypocondriaque, il présuppose que tout investissement psychique a été retiré du monde extérieur sur le moi propre, et il rend alors possible la reconnaissance précoce des modifications corporelles qui pendant la veille seraient encore quelques temps passées inaperçues. » En lien au cas de Gérard cité précédemment avec F. Perrier, se pose la question de l'endormissement, de l'entrée dans le sommeil, quand « le sommeil, du point de vue somatique, est une reviviscence du séjour dans le corps maternel ». P. Fédida cite S. Freud dans *Métapsychologie* (p. 126) et questionne lui-même : « entrer dans le sommeil n'est-ce pas tout à la fois faire le jeu d'un deuil en admettant qu'il soit résolu par le rêve dès lors que le sommeil en est l'enjeu ? (p. 229) ». Pour P. Fédida, il est évident qu' « en acceptant de dormir » il y a pour le sujet, chez lui-même un abandon « au somatique », ce qui est en lien à l'hypocondrie. Se joue ainsi par chaque moment de sommeil « l'illusion de la perte en trouvant dans le rêve la satisfaction de son manque » et « la preuve donnée de sa propre immortalité » (Ibid.) : « La simulation de sa propre mort dans le sommeil et le pouvoir confié

au rêve de la mettre en scène pour l'interpréter représentent une sorte de réplique humoristique (pleine d'esprit) de l'attitude du mélancolique occupé, par ses ressassements, à fouiller en lui-même sans vergogne à la recherche de son propre cadavre. » Il reprend ensuite S. Freud dans *Totem et Tabou* (p. 85) : « le cadavre a fourni la première notion ». Le rêve se joue de la mort dans le sommeil, en lien à « la nécessaire limite de la représentation de notre propre mort » dont « le propre » « est de rester aveugle sinon sourde à toute auto-scopie de soi-cadavre, laquelle susciterait en chacun une horreur intolérable qui n'a d'équivalent que la pensée de la castration » (Ibid.). *Associer l'hypocondrie à l'auto-scopie du soi-cadavre est ici une idée à suivre* quand « Accueillir la mort dans notre représentation, c'est pouvoir en faire un objet d'inclination – *une certaine tendresse vis-à-vis de soi-même* – [je souligne]» (ibid.). P. Fédida suit la trace d'une hypocondrie mélancolique. Car, selon lui, « à nous en tenir à la description clinique de l'état mélancolique, on peut prétendre à juste raison que le malade ne fouille en lui pour *déterrer son cadavre – au sens d'une cruelle nudité* – que sous cette condition qu'il y ait eu *substitution de cadavre ou, plus précisément, que sa plainte soit morale au titre d'alibi d'une plainte adressée à l'objet perdu* (p. 231) [souligné par moi] ». *Alors, la plainte adressée est fantasmatiquement associée au cadavre de l'objet perdu*.

De cette façon, « Le mélancolique crée l'allégorie de son propre cadavre psychique (ou moral) pour dissimuler ce qu'il dévore : un cadavre exquis ». On rencontre ainsi selon P. Fédida une « mélancolie de l'organe » une « transparence du corps à la conscience » et « l'expression d'un corps devenu mauvais esprit dans l'insomnie de la conscience », la « découverte d'un corps mauvais » « menacé de décomposition » (ibid.). Le *deuil hypocondriaque* serait *travail de grossesse* de l'enfant-fèces-pénis, sorte de grossesse-constipation (P. 232). Puis (p. 237) : « L'hypocondrie fait en quelque sorte l'hypothèse d'un déni portant sur l'amnésie infantile : le corps de l'hypocondriaque fait de l'organe douloureux le seul vestige de l'enfance sous l'apparence de l'enfant mort. » Dans l'hypocondrie, « l'organe s'hallucine dans le mot » (p. 237) : « cette hallucination de l'organe dans le mot fait de celui-ci le seul lieu possible – peut-être pourrait-on dire le seul écran – d'un deuil rituel de l'enfant mort (répétition de la castration du père dans une auto-castration) de telle sorte qu'il y ait deuil mais en même temps satisfaction hallucinatoire et ainsi conservation de l'organe » (p. 232). On se remémore ainsi le cas de Gérard avec F. Perrier.

Avec « L'hypocondriaque médecin », en 1995, il rappelle la métaphore de S. Ferenczi à propos du faux self, « en quelque sorte un tératome », sorte de « soi intragémellaire déformé » (p. 113). P. Fédida amène à notre réflexion l'idée du tératome dans ses liens au double cadavre, double de soi, double d'autres de soi. Comme suit, il s'interroge :

> « Est-ce que *la plainte hypocondriaque n'est pas l'équivalent hypnotique d'un rêve ne pouvant se faire, une sorte de rêve insomniaque ?* Désigner ici *la plainte comme un rêve impossible mais cherchant néanmoins un corps pour être rêvé* – cela pourrait correspondre assez correctement à ce que l'on constate dans l'analyse où la fonction spéculaire du corps joue un si grand rôle. (p. 132) » [Je souligne]

Il propose alors, en lien aux travaux d'A. Green, ce qui va nous intéresser par la suite, que « les angoisses hypocondriaques de cadavérisation du corps par décomposition sont des angoisses puissamment régressives témoignant de l'incapacité du sujet quant à un usage auto-érotique de l'hallucination négative dans le rêve ou dans le transfert. (Ibid.) »

Avec A. Green : l'œil dans le corps, douleur psychique et travail du négatif

Pour G. Pragier (1995, p. 88), l'hallucination négative décrite par A. Green (1993) se trouve être la source de l'hypocondrie. Pour A. Green (1966-1967, p. 143-144), dans l'hypocondrie, « Le corps a pris la place du monde extérieur » : ainsi « l'organe hypocondriaque représente le négatif de l'auto-érotisme, le point de rupture de l'hallucination négative de la mère, où le corps qui avait pris la place que celle-ci occupait primitivement, défaisant l'intériorisation de cette extériorité, rétablit sa présence ou plutôt celle de l'objet dont l'absence était signe de sa localisation hors de l'enfant. » L'organe hypocondriaque est selon lui « cet œil dans le corps », belle métaphore ici. En 1979, il indique que « théoriquement, l'angoisse narcissique est angoisse d'objets travestis en objets narcissiques, le narcissisme ne connaissant à proprement parler que les affects - dans l'ordre du déplaisir - de la douleur, du deuil, de l'hypocondrie. (p. 156) » Quand le corps qui devient bruyant rompt la santé d'un corps sain silencieux, pour A. Green (Op. Cit., p. 168), *« L'angoisse est le bruit qui rompt le continuum silencieux du sentiment d'exister dans l'échange des informations avec soi-même ou avec autrui. »* Il continue à propos de l'angoisse, sorte de bruit-code (Ibid.) : « *Ce bruit est une information appartenant à un code qu'il convient de traduire dans le code régi par les rapports du langage et de la pensée dans leur relation au désir, afin d'accroître l'information de ce dernier système qui, comme tout système, a des fonctions donc des limites. L'angoisse pose donc au premier plan le problème de la limite entre les codes d'un même sujet ou entre deux sujets. »*[55] Sans négliger toutefois que ces codes sont tellement nombreux et différents chez le sujet lui-même, confronté aux codes de tant d'autres qu'il décode lui-même selon ses codes. A. Green, dans sa réflexion à propos de la douleur psychique (p. 169-171) rappelle Pontalis et le Moi-corps, ou comment avec l'expérience de la douleur, la psyché devient le corps et inversement. Il retient que la douleur est plutôt du côté de la névrose traumatique, conséquente à un « coup de tonnerre », « état d'impréparation » intolérable, intoléré, comme tous changements, toutes imprévisibilités, pouvant conduire à un besoin de contrôle : tout fait mal

[55] Tous ces italiques le sont dans le texte d'origine.

pour se préparer continuellement à ce qui fait mal, « orage intérieur permanent ». La question de la séquestration de l'objet, qu'il pense dans une modalité analogue à l'hypocondrie (il précise bien qu'il ne s'agit pas d'un organe mais d'un objet psychique), permet de penser le besoin d'un enferment dans un fonctionnement algique afin de lutter contre le fait que l'objet séquestré n'est plus existant, ce qui crée un sentiment de préjudice, d'injustice. Il rappelle ensuite ce que M. Khan a appelé les traumatismes cumulatifs, traumatismes tellement accumulés qu'ils en viennent à être niés pour être supportés. Cette expérience traumatique interne continue, voire selon A. Green, ce fonctionnement psychique interne réactif, peut aller jusqu'à la dépersonnalisation, quand le monde extérieur est surinvestit en dépit du monde interne. Ainsi, à la suite de cette succession d'idées, il propose l'hypocondrie psychique : « la blessure narcissique étant devenue une plaie ouverte, la séquestration de l'objet est indispensable, créant l'« **hypocondrie psychique** » », dont l'objectif « est de reconstituer l'unité perdue avec l'objet par la création d'une *complémentarité interne* » (p. 171). Green parle d'une vampirisation du Moi hypnotisé par une infirmité intérieure devenue le réceptacle d'objets-trauma (Op. Cit.), ce qui nous intéresse ici. Et ce, d'autant plus qu'en, enfin, il évoque (1982b, p. 306-307) une hypocondrie protectrice, notamment du délire. Avec le travail du négatif, hypocondrie, alexithymie, somatose et addiction se relient (Brusset, 2013, p. 91).

Selon D. Cupa

D. Cupa (2009) a pu rappeler, selon l'assertion de R. Leriche, comment le silence des organes est et n'est pas la santé à propos d'un cas d'une jeune femme insuffisante rénale (p. 88). L'hypocondrie y est gardienne de la santé, résultat d'une internalisation du cadre d'une mère suffisamment bonne, suffisamment soucieuse de la santé de son enfant. Avec ce cas, D. Cupa dégage trois variantes du « travail de l'hypocondrie » (p. 98) :

- « La première variante est une **auscultation attentive** au sens médical qui permet de **déceler des bruits d'organes** (ceux de la fistule) auxquels Élodie était sourde préalablement, de **surveiller sa maladie**. Il s'agit de l'***écoute maternelle de l'état de santé***. En cela elle participe de la santé au même titre que le rêve, qui selon Freud possède des « capacités diagnostiques » et peut figurer des douleurs corporelles « qui débutent » et de s'en soucier. Régression narcissique du rêve liée au narcissisme du rêveur permettent comme je l'ai signalé en début de ce travail, que « toutes les sensations corporelles du moment se présentent grossies à une échelle gigantesque ». L'écoute hypocondriaque est un surinvestissement perceptif analogue à celui du rêve procurant une hypersensibilité aux excitations internes, aux messages en provenance du corps.
- Dans la seconde variante, qui apparaît sous forme de **plainte** (céphalées et douleurs abdominales), l'hypocondrie se dévoile comme l'***espace du conflit ambivalentiel où s'actualisent la haine à l'égard de l'objet dont elle dépend*** et la prise en charge par elle-même de la santé de l'organe considéré comme malade tout en faisant appel à l'objet des soins (le médecin) pour mieux le rendre impuissant, l'excluant des soins tout en le conservant.

- Dans la troisième variante, ***la plainte hypocondriaque donne corps à l'organe transplanté, en voie d'internalisation, et le libidinalise*** tout en garantissant une écoute attentive de son état. » [je souligne]

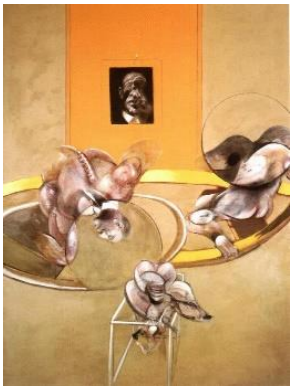
D. Cupa précise à la fin de son travail : « Trop ou trop peu de soins maternels engendrent une certaine fragilité de la capacité à gérer ses sensations ; le travail de l'hypocondrie ne préserve plus la santé, il rend malade psychiquement, voire somatiquement. (p. 99) ». Ainsi, le travail de l'hypocondrie peut dans certains cas conduire à des somatoses.

Certaines périodes de la vie, telles que l'adolescence et le vieillissement, sont caractéristiques de remaniements somatiques et psychiques. À ceux-ci peuvent s'ajouter différentes expériences de vie que peuvent être le travail psychique du deuil, dont celui en lien à la maladie. Bien entendu, ces expériences de vie et leurs enjeux se situent sur des continuums d'histoires singulières. Quelque chose d'ancien de l'histoire du sujet ou de sa famille prend forme, voire se déforme, dans ce qui se dévoile dans l'actuel. Avec D. P. Schreber s'est posée la question de la perte d'objet et ses liens à une éclosion hypocondriaque du fait d'une perte d'objet, perte narcissique, et du vide quant aux représentations de choses, avec ou sans suppléance de la représentation de mot. Chez P. Fédida (1972a ; 1995), en lien dans sa pensée à la cinquième méditation cartésienne husserlienne, l'hypocondrie est prise entre l'intersubjectivité et le corps en lui-même dans son lien à l'autre et au monde. La question du deuil de l'autre, du deuil de soi, des pertes objectales et narcissiques, questionnent le rapport à la mort du sujet, à sa mort. L'identification à l'objet perdu peut conduire à une stratégie hypocondriaque, par un corps en voie de mourir, ce qui est toujours le cas, le corps n'en finissant pas d'évoluer-involuer, avec sa finalité que l'on retrouve à l'extrême dans la représentation du cadavre.

C) Expériences subjectives du corps, des limites et des traumatismes

« L'acte médico-chirurgical n'est pas qu'un acte scientifique, car l'homme malade qui se confie à la conscience plus encore qu'à la science de son médecin n'est pas seulement un problème physiologique à résoudre, il est surtout une détresse à secourir. (Canguilhem, 1951, p. 45) »

Les maladies somatiques graves, dont l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse, impliquent des *expériences subjectives du corps, des limites et des traumatismes particulières*. L'expérience subjective des limites du corps est mise à l'épreuve : le dedans et le dehors communiquent réellement en hémodialyse, nous l'avons déjà relevé. Ainsi, le sujet est confronté à ce que C. Janin nomme le collapsus de la topique interne (1996). Selon lui, pour le sujet toujours « entre-deux », dans une transitionnalité au sens de D. W. Winnicott, la collusion entre un fantasme inconscient et un événement de la réalité engendre une détransitionnalité de la réalité. Cette dernière est quasi quotidienne pour le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé. Ainsi, tout en évoquant ici des situations ou des cliniques de l'extrême, rappelons qu'il s'agit ici de corps extrêmes que F. Bacon représente pour moi mieux que quiconque, notamment dans *Three Figures and a Portrait* (1975). « Corps absurde », corps cadavre, le corps est mis à rude épreuve par la maladie somatique chronique et ses thérapeutiques : il est corps écorché, percé, troué, vampirisé, machine, machinique, machinisé, déshumanisé, tranché… J'ai déjà témoigné de ces situations auxquelles les corps de sujets sont soumis, somato-psychiquement. Alors, quel travail psychique de ré-humanisation peut proposer les soignants et le psychologue, dont l'analyste, aux sujets aux corps extrêmes ? La tentative de ré-humanisation est tendresse, chaleur humaine, tant par la voix que par le corps du psychologue, porte-parole *et* porte-corps (Cupa et al., 2008, p. 33), ce qui permet les passages des éprouvés de mort aux éprouvés de vie, de l'inanimé à l'animé : « entre fantôme et réalité, entre survivance et vie » (Fédida, 1999, p. 16)



F. Bacon - *Three Figures and a Portrait*, 1975, Tate Gallery London

Par la voix du médecin ici néphrologue, la mise en mot de la maladie et des thérapeutiques constitue « la préparation par l'angoisse » à ce qui est le plus loin, le plus extérieur, le plus effractant (Le Poulichet, 2004, p. 57) L'effroi, la terreur, sont éprouvés par le sujet dans sa rencontre avec « la chose terrifiante, impliquant l'abolition de l'intériorité psychique » « qui paralyse et qu'on est » (Le Poulichet, 2004, p.65). Le sujet *a* un corps hémodialysé, il *est* le sang filtré, épuré, purifié de son corps dans une machine, il *fait corps* avec sa machine, il *est* sa machine. Ses limites corporelles, somatiques et psychiques abolies, quelle(s) paralysie(s), quel(s) masque(s) chez le sujet qui ne se décompose pas, n'hurle pas, dans un registre ici agonistique (Minjard, 2014), devant l'horreur du spectacle qui s'offre à lui en hémodialyse ?

En hémodialyse, la passivation du sujet (Green, 1993), questionnant la menace de l'indifférenciation par l'objet pour le sujet (Green, 1999b), est une forme extrême de la dépendance, ici absolue, sans coupure, sans césure avec l'objet. Sans mouvement actif, cela entraîne un sentiment d'inexistence, voire un collapsus topique (Janin, 1996). Ces vécus psychiques en deviennent extrêmes, hors limite, hors pensée. L'hémodialyse fait partie de ces nouvelles techniques médicales bien particulières où un sujet a, possède et est un corps malade, pas comme les autres, un corps monstrueux, sorte ici d'*Elephant man* invisible, soigné de façon étrang(èr)e pour le sujet lui-même ainsi que son environnement. Quelle image spéculaire est renvoyée au sujet, par lui-même, par son entourage plus ou moins proche, par ses soignants ?

> Afin d'appuyer cela, je rappellerai ici Alain, 64 ans, hémodialysé : « Je suis devenu le vilain petit canard de ma boîte ! Avec ma maladie, mon mi-temps thérapeutique… Ils ne peuvent pas me virer, et à chaque hospit' on me demande jusqu'à quand je le suis et pas comment je vais. » Aussi, Alice, transplantée rénale de 8 ans me dit, lors d'une hospitalisation : « Tu sais j'ai trop peur du loup-garou !! Il fait ahou !... dans la nuit… Il change, parce-que normalement c'est pas un loup garou. Quand c'est le jour je veux dire. » Plus tard, je comprendrai que sa peur du loup-garou était liée à son identification au loup-garou du fait de sa transplantation rénale, rappelant le cannibale mélancolique de P. Fédida (1972b).

1. La mort

« La vie de l'individu est un intervalle entre deux états de non-vie. Le premier, d'où la vie se dégage, colore les idées qu'ont les gens concernant le second, la mort. » . (Winnicott, 1984, p. 173).

a. La mort réelle : extrême et/ou ordinaire ?

« Tout à fait au bout » d'un corps défaillant, d'une insuffisance rénale, l'hémodialyse, devient peu à peu « routine », « fardeau » et « rite » (Desseix et al., 2010). Celle-ci contraint le corps à une nouvelle délimitation spatiale pour un temps défini, vécu subjectivement comme infini (Jean-Dit-Pannel, 2012d)... D. Cupa dans sa réflexion entre extrême et ordinaire propose : « J'ai pensé alors à la mort qui est tout à fait au bout, à l'extrémité de la vie et qui est parfaitement conforme à l'ordre des choses, la mort serait ordinaire » (2009b, p. 139). De la même façon, A. Green (1982, p. 351) rappelait que « La vie est dangereuse, la mort est dangereuse », nous pourrions dire ordinairement, ce qui est bien en jeu dans l'expérience de la pensée, sorte de « quête » selon lui entre un état de vie et un état de mort, où renoncement est mort. Pourtant « ordinaire », la mort, par ses risques d'annihilation, est « danger suprême » comme le rappelle J. Cournut (1997). Et cela, pour tous, mais bien plus encore pour un sujet malade dans son corps, ici l'insuffisant rénal chronique dépendant de traitements, de dialyses, de régimes, de traitements médicamenteux. Pour certains sujets (hémo)dialysés, « la mort est espérée », en pensées, en paroles, voire recherchée (Abram et al., 1968), par des conduites faisant parfois penser non pas à des conduites suicidaires mais à des conduites ordaliques telles qu'elles sont évoquées par D. Le Breton (1990, 2002) (Jean-Dit-Pannel, 2012 ab ; 2014b). Et ceci, afin de ne plus subir, de refuser ce qui ressemble à des séances de tortures déshonorantes, où les rôles des bourreaux sont interprétés par les objets extérieurs que sont les soignants, une

machine, un corps malade somatiquement et chroniquement. En dialyse, l'angoisse de mort, toujours, est là, et ce, que ce soit chez les soignés et les soignants, le psychologue y compris, tous traversés par ce qui s'y joue silencieusement, sensiblement, en corps et en pensées.

Cela nous amène ici à faire état d'une mort qui n'est pas ordinaire, dans le sens qu'elle n'est pas une simple détresse mais une véritable agonie laquelle, je le rappelle ici avec R. Roussillon, « fait référence implicitement à l'idée d'une souffrance psychique qui serait mêlée à l'angoisse et comporte l'idée d'une confrontation avec une situation extrême, une mort psychique. » (1999, p. 72). À propos de l'angoisse de mort, F. Pasche pense que « (…) il y a aussi l'angoisse, l'angoisse de mort qui peut surgir en pleine santé et sans que le dehors soit objectivement menaçant. Cette angoisse de mort, [il la croit] identifiable à l'angoisse psychotique (…). (Pasche, 1996, p. 49) ». En ce qui concerne la maladie somatique, la destruction et la survie du Moi, Moi-peau ou moi corporel est en jeu. Les corps extrêmes peuvent être des corps démembrés ou écorchés. D. Anzieu précisait (1984, p. 152) à ce propos : « Le fantasme inconscient que ces diverses observations nous ont permis de dévoiler n'est pas celui du corps « démembré », comme certains en ont émis l'hypothèse : ce dernier fantasme est typique des organisations psychotiques. Selon nous, c'est le fantasme du corps « écorché » qui sous-tend la conduite du masochisme pervers. » Que dire ici de cette distinction à propos du sujet en hémodialyse ? Celui-ci m'apparaît à différents niveaux intrapsychiques soumis tant à des fantasmes de corps démembrés que de corps écorchés. Alors, est-il traversé et agit par des fantasmes de natures psychotiques et caractéristiques du masochisme pervers ? Je pense que c'est aussi en cela qu'il s'agit ici de situations extrêmes, par cette hyper-complexité à vivre, ce qui, tant passivement qu'activement, agit le sujet…

En 2005, R. Roussillon (p. 221) proposait « un modèle en cours d'élaboration concernant les situations extrêmes de la subjectivité et les stratégies de survie « psychiques » mises en place pour tenter de faire face à la menace d'annihilation psychique qu'elles comportent ». Ces survies somatique et psychique sont en jeu chez le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé (Becker et al., 1985, p. 26 ; Cupa, 2002a, p. 10) de par cette situation extrême pour la subjectivité. Intégrités somatique, corporelle et narcissique sont effractées, cruellement, détruites, ce qui qualifie ici le corps d'extrême… La destructivité est à l'œuvre. Concernant la pulsion de cruauté, D. Cupa propose son appartenance à la destructivité originaire. Préobjectale, « mouvement d'effraction des premiers contenants/contenus de l'objet lié aux besoins primitifs de l'enfant », son but primitif est l'autoconservation (2002b, p. 1087). Cette question de l'autoconservation perdue par l'insuffisance rénale et retrouvée artificiellement par la dialyse, ne devrait pas nous faire oublier que le dialysé ne meurt pas grâce à ses dialyses. De cette façon, peut-on imaginer le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé heureux, triomphant,

de déjouer la mort ? H. S. Abram a observé chez des patients hémodialysés ce qu'il appelait le « phénomène de Lazare », pendant lequel réellement et symboliquement le sujet revient de la mort (1974, p. 67), ce qui peut le conduire à un état euphorique (1969a), voire à une période de lune de miel (Reichsman, Levy, 1972).

> Fabienne, 46 ans « Au tout début, la dialyse pour moi, c'était tellement dur… J'étais fatiguée, pleine d'eau… et plus les dialyses avançaient mieux, je me sentais ! C'est super ces dialyses ! »
> J'ai rencontré Sandrine, 52 ans, un court moment pendant sa première dialyse. Après l'avoir trouvée en hospitalisation avant ses dialyses abattue, Sandrine était là euphorique : « Je veux savoir comment elle marche cette machine ! Et puis qui l'a inventée ! C'est extra !».

Pour d'autres, ceux par exemple qui ne ressentent pas physiquement les bénéfices de leurs dialyses à leurs débuts, cela est plus complexe, la dialyse ne faisant pas figure de sauveuse qui guérit, comme cela peut le devenir pour les autres lorsque la monotonie du rythme des séances s'installe.

> Alexandre, 24 ans : « Je comprends pas trop ce que je fais là. À part me fatiguer, je vois pas trop à quoi ça sert tout ça ! J'en ai marre… Et cette greffe qui ne vient pas. »

Alors nous nous interrogeons, entre l'ordinaire et l'extrême, le normal et le pathologique, avec G. Canguilhem, à propos du monstre, *figure extrême*. Selon lui, il n'y a monstre ou monstruosité que s'il y a des lois définissant les exceptions (1962, p. 236), ce qui fait et ce qui ne fait pas monstre. Cela tendrait finalement à rendre le monstre qui se sent monstrueux comme extrêmement ordinaire voire ordinairement extrême… Cela dépend de lois définies, socialement, culturellement, subjectivement, consciemment et inconsciemment. Il est pourtant important de veiller à ne pas rendre ni trop ordinaire, ni trop extrême, *suffisamment* sans doute, la situation de l'hémodialysé chronique, tout comme la mort. Y aurait-il alors « grand avantage » à ce que le corps extrême et la mort deviennent « malheur banal» (Freud, 1895) ? Ce corps contemporain est-il inhumain, posthumain ou *trop* humain ? Et la mort ?... Pour D. Le Breton (1993), « il n'y a pas d'objectivité de la mort, mais seulement des définitions provisoires, liées aux avancées scientifiques (p. 271) »… Ainsi, quels extrêmes, quels ordinaires aujourd'hui, au sein de nos sociétés contemporaines (Chagnon, 2008) ?

b. La mort psychique : quel travail du trépas ?

Avec ses variations contemporaines, la mort est-elle inhumaine, posthumaine ou trop humaine ? En 1915(a) (Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort), S. Freud nous enseignait que « notre propre mort ne nous est pas représentable », « aussi souvent que nous tentons de nous la représenter nous pouvons remarquer qu'en réalité nous continuons à être là en tant que spectateur » car « dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité. (p. 26) » Le rappel de notre immortalité, d'un corps cadavre inanimé, a quelque chose d'inhumain, et de la même façon, de trop humain. Toutefois, retenons ici que le sujet

assisté par une machine-ordinateur qui purge son sang ou transplanté d'un rein de donneur est contraint à une cyborgisation posthumaniste (Andrieu, 2009b, p. 111). En 1900, S. Freud interroge l'enfant dans son rapport à la mort comparativement à l'adulte : « L'enfant n'imagine pas l'horreur de la destruction, le froid de la tombe, l'épouvante du néant sans fin, que l'adulte, comme le prouvent tous ses mythes sur l'au-delà, supporte si mal ». Si pourtant l'enfant pourrait bien y penser lui aussi (Mijolla-Mellor, 2002, p. 1104), quoiqu'il en soit, « l'épouvante du néant sans fin » est ici une voie intéressante de réflexion à propos de la mort comme vécu psychique extrême chez l'humain, au-delà du corps cadavre matérialisé. Pour C. Dejours (2002), « il y a, pour la subjectivité, beaucoup plus grave péril que la souffrance : c'est l'extinction, l'expérience de la disparition de tout affect lorsque le corps est vécu comme indifférent, inerte, mort de l'intérieur », c'est « l'expérience du vide » (p. 82). Les patients malades somatiquement sont confrontés et agis par/à cette « expérience du vide ». C. Dejours rappelle que cette expérience du vide ne se rencontre que « dans certaines situations psychopathologiques particulièrement graves : la schizophrénie (en particulier l'hébéphrénie), l'apragmatisme, le deuil, la dépression, l'amentia, l'asthénie chronique (neurasthénie), la « dépression essentielle » (…) ». Cette « mort de l'intérieur » pourrait être la conséquence ultime du vécu extrême des thérapeutiques palliatives et de la maladie mortelle.

En lien au travail interne de la pulsion de mort, les angoisses primaires d'anéantissement de M. Klein (1932 ; 1946 ; 1948), les angoisses d'annihilation et les agonies primitives du bébé (angoisses de se morceler, de chutes sans fin, perte de collusion psychosomatique, de ne plus résider dans son corps,…) de D. W. Winnicott (1958 ; 1965 ; 1974), les terreurs primitives (décrites telles des écoulements sans fin de substance comme ce peut être le cas dans des vécus d'inondations, de chutes d'eau, de tourbillons, d'éruptions, …) de F. Tustin (1986), décrites chez le bébé sont potentiellement réveillées, révélées, réactivées chez tout sujet hémodialysé. Elles sont toutes autant des angoisses extrêmes. A. Ciccone, J.-B. Guillaumin et B. Sage (2002, p. 34) rappelaient que « Ces angoisses corporelles primitives, angoisses postnatales normales, sont apaisées, soulagées par une « tenue » adéquate du nourrisson de la part de l'objet maternant, tenue à la fois physique et psychique. L'absence ou la défaillance de cette tenue, de cette contention, conduira à une activation excessive des angoisses primitives ». *Cette question de la tenue psychique se pose inévitablement, du bébé à la personne âgée, chez le sujet en hémodialyse.*

À qu(o)i le sujet hémodialysé peut-il bien se tenir, s'accrocher psychiquement ? À quels rêves, à quels jeux ? Du travail du rêve au travail du deuil, considérons ici ce que M. De M'Uzan (1976) appelle « le travail du trépas ». Ce « dernier travail que tout être doit accomplir au cours de ce passage qu'est littéralement le trépas » est bien en jeu autant dans le travail du vieillir,

dans le travail de la maladie que dans le travail du mourir. Ces différentes formes de travail psychique ont des perspectives similaires, celles d'un corps soumis à l'ombre de sa mort laquelle est tombée sur le moi, le Moi-corps et le Moi-Peau. M. De M'Uzan évoque à ce sujet un « (…) embrasement relationnel » : « Le travail du trépas se présente ainsi comme activateur du dynamisme de la déliaison tempéré par celui de la liaison dans lequel s'ombiliquent affects d'angoisse et de douleur. (Cupa, 2006a, p. 148) » Avec cet « embrasement relationnel », possiblement avec le clinicien, il est question d'une « dernière dyade » : « Le mourant forme ainsi avec son objet ce que j'appellerai sa dernière dyade, par allusion à la mère dont l'objet pourrait bien être une dernière réincarnation. » (De M'Uzan, 1977, p. 194). Ainsi, le sujet « s'engage (…) dans une ultime expérience relationnelle. Alors que les liens qui l'attachent aux autres sont sur le point de se défaire absolument, il est paradoxalement soulevé par un mouvement puissant, à certains égards passionnels. Par-là, il surinvestit ses objets d'amour, car ceux-ci sont indispensables à son dernier effort pour assimiler tout ce qu'il n'a pu être jusque-là dans sa vie pulsionnelle, comme s'il tentait de se mettre complètement au monde avant de disparaître. » (De M'Uzan, 1977, p. 185) Une ultime expérience relationnelle permettrait ainsi une re-naissance, une dernière naissance afin de « disparaître » et non mourir. Ainsi, est-ce que le temps impensable d'avant notre conception est identique à celui après de notre mort matérielle ? Il s'agirait ici d'une sorte de retour au vide, au néant, dans une perspective linéaire *et* circulaire. Le texte de S. Freud (1913), *Le motif du choix des trois coffrets,* à propos du *Marchand de Venise* de W. Shakespeare, interroge cela : « le vieil homme cherche à ressaisir l'amour de la femme, tel qu'il l'a reçu d'abord de la mère ; c'est seulement la troisième des femmes du destin, la silencieuse déesse de la mort, qui le prendra dans ses bras. (p. 81) » Il y a ici trois objets, reconnus dans les Moires grecques puis dans les Parques romaines : celui du berceau maternel (Clothos ou Nona), au conjoint (Lachésis ou Decima), au cercueil (Atropos ou Morta), lesquels apparaissent finalement identiques…

2. Échos traumatiques et opératoires

« (…) ne pas savoir si l'on est vivant ou mort » (Aubert, Scelles, 2007, p. 9), si on va le rester, est en question dans les cliniques des maladies somatiques chroniques. En dialyse, l'invisible, l'imprévisible serait, *in fine*, la rencontre avec la mort, sa mort.

a. Temps de trauma[56](tisme)s, tant de pertes…

Le trauma questionne l'effraction *et* la blessure, selon l'origine grecque du mot. Laplanche et Pontalis définissent le traumatisme psychique comme un « événement de la vie

[56] Rappelons ici que S. Freud n'emploie pas le terme de traumatisme, inexistant en langue allemande (Brette, 1988, p. 1259), seulement celui de trauma.

du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique » (1967, p. 499). La mort réelle et la mort psychique, les pertes, la maladie et ses traitements sont intriquées, se nourrissent et contribuent à agir fortement l'unité psychosomatique du sujet hémodialysé. Le sujet hémodialysé se sent dépossédé de son intégrité corporelle et psychique quand une équipe médicale et soignante lui dit, voire lui apprend (éducation thérapeutique du patient, cf. Association Trans-Forme, 2009), ce qu'il a, ce qu'il se passe dans *son* corps, et les besoins, les recours auxquels cela l'amène, dans une dépendance absolue au sens winnicottien. Le sujet en insuffisance rénale chronique est confronté à différentes impuissances, notamment celle de ne plus être en mesure de son autoconservation (Cupa, 2007a). De nombreux repères subjectifs vont véritablement sauter, confrontant le sujet et son entourage à tant d'incertitudes : repères d'être sain, repères de couples conjugaux et parentaux, repères familiaux, repères professionnels, … (Becker et al., 1985, p. 25 ; Cupa, 2002a, p. 10-11). Aux sens chirurgicaux des termes (Brette, 2002, p. 1858), tout ceci constitue autant de traumas, de « la violence externe causant une blessure physique par effraction », et de traumatismes, « les effets du trauma sur l'organisme », termes qui se sont « [psychologisés] par l'intermédiaire de la médecine, puis de la psychanalyse ». Évoquant les notions de choc (la notion vieillie de traumatisme) et d'effractions, ces traumas vont faire intrusion chez le sujet au sein de son moi.

Selon A. Green, « Le moi est marqué par deux types d'angoisses », « d'une part les angoisses de séparation, d'autre part les angoisses d'intrusion », « C'est-à-dire que nous voyons là que la notion de limite du moi prend un sens très précis, puisqu'il s'agit de jouer sur ces limites » (Green, 1999, p. 39). Ainsi, le trauma agit comme un « corps étranger » dans le moi.

> Boris, 38 ans, décrit par l'équipe paramédicale et médicale comme paranoïaque, s'insurge auprès de moi en hémodialyse : « On ne cherche pas à mon mieux être ici. On ne cherche pas de solutions médicales pour moi. Juste à m'enfoncer profondément. Le « néphro » veut que je fasse une biopsie [rénale]. Mais je suis contre moi, je suis contre qu'on me retire un bout de viande !! Et il y a un risque que je meurs avec ça [cette biopsie] ! Je n'ai jamais eu de chance, comme ce « cathé » [cathéter] que j'ai à la jambe pour dialyser et qui ne fonctionne pas ! Alors… »

Cependant, les réactions aux différents traumas, les traumatismes, vont être très différentes subjectivement. Aussi, il convient de mettre en garde quant aux traumatismes : « une réalité traumatique externe n'annule pas la prise en compte de la réalité traumatique interne » (Estellon, 2014, p. 105). À ce propos, C. Chabert rappelait (2012, p. 33) : « Ne nous leurrons pas : la traumatophilie souvent menace les analystes, elle présente les avantages d'une très grande clarté, d'une logique implacable dans le repérage des causes de la maladie et protège de l'inconfort, voire du danger de l'inconnu qui nous échappe ». Ailleurs, P. Marty nous enseignait

(p. 80, note de bas de page) : « Des blessures narcissiques peuvent succéder à un traumatisme affectif pour ainsi dire direct. Elles peuvent succéder également à des traumatismes somatiques (maladies ou accidents) ; la blessure narcissique (perte d'une certaine toute-puissance) s'avère alors, dans de nombreux cas, plus traumatisante que les blessures corporelles. »

Annonces et vécus trauma(tique)s

L'hémodialysé chronique est dans une situation catastrophique à long terme (Abram, 1974, p. 68 ; Burton et al., 1986, p. 261) l'amenant à des « états traumatiques extrêmes », épisodiquement, chroniquement (Riazuelo, Cupa, 2013, p. 199). À l'hémodialyse, H. S. Abram (1974, p. 69) proposait principalement trois réponses du sujet : la régression, la dépression (Cor, Becker, Delons, 1972 ; Burton et al., 1986 ; Consoli, 1990 ; Cukor, 2007 ; Untas et al., 2009) et le déni. La *régression* dont il est question ici est celle d'une régression de survie, une régression à visée autoconservatrice, renforcée par cette dépendance absolue au sens winnicottien : « L'état de passivité, voire de passivation, auquel est contraint le dialysé peut conduire à des formes de régression dangereuses et à des deuils pathologiques. » (Riazuelo, Cupa, Chaudoye, 2014, p. 196). Il est fréquent d'entendre des soignants en hémodialyse s'indigner : « on dirait des enfants ! ». Lorsque j'ai déjà pu parler d'un retour à la situation de bébé, à cette situation de néoténie, déjà j'envisageais cette régression. Aussi, les traumatismes psychiques vécus, notamment répétitivement, par le sujet hémodialysé sont comparables à des traumatismes précoces. Le sujet doit se défendre, terrassé par différentes étapes traumatisantes chez le sujet hémodialysé : l'annonce de la maladie, la création d'un abord vasculaire et le passage à l'hémodialyse. L'image du corps se voit bouleversée de différentes façons (Consoli, 2002, p. 35) : deuil de la fonction urinaire et de son symbolisme sexuel, acceptation et rejet d'organes non fonctionnels en son corps, renversement des notions du dehors et du dedans, idéalisation et méfiance persécutive à l'égard de la machine, déformations du corps, entre autres… Le sujet doit affronter différentes annonces, différentes pertes, à différents temps, ce qui le confronte à un travail psychique de deuil à des degrés divers.

Nous l'avons précédemment rappelé, ce qui a été annoncé se vit ensuite, en chair et en actes, ce qui sont des temps bien différents… Cela témoigne d'autant de ruptures biographiques (Bury, 1982 ; 1991), selon les sociologues, et identitaires. Nous pourrions parler ici de temps de ruptures dans le roman familial.

Troubles corporels ordinaires chez le sujet hémodialysé

Les premières séances de dialyses créent une profonde crise psychique (Riazuelo, Cupa, 2013, p. 201). Le corps est soumis régulièrement à différentes épreuves, lesquelles sont interactives et rétroactives à la dépression du sujet hémodialysé. Par les examens réguliers du

corps et des fluides corporels dans le cadre de l'hémodialyse et/ou en vue d'une transplantation, le corps est mis en transparence (Riazuelo, Cupa, 2013, p. 202), soumis à transparence, afin d'être maîtrisé de par sa potentielle dangerosité mortelle. À cause des soins intrusifs, l'hémodialysé peut souffrir d'un certain nombre de troubles somatiques : les douleurs liées à la ponction en début de séance, et en fin de séance, parfois en cours de séance ; la fatigue liée aux séances (Cardenas, Kutner, 1982 ; Sklar et al., 1996 ; Sklar et al., 1999 ; Lobbedez et al., 2008) ; l'inconfort de la position assise ou couchée pendant le temps de séances ; les maux de têtes ; les crampes ; les grattages ; les impatiences ; les troubles du sommeil ; les chutes de tension ; les troubles digestifs ; … Il est important de rappeler ici que le fonctionnement psychique du sujet va être intimement lié à ce qu'il présente/exprime de ses troubles et de ses plaintes.

Aussi, il est important de penser aux effets d'après-coup, tant des annonces que des mises en actes de celles-ci, et il n'y a pas toujours ces deux temps. Je pense notamment à des patients greffés qui ont connu l'hémodialyse et qui réalisent ce qu'était leur vie de dialysé. La prise de conscience apparaît pour certains très brutale. Il faut alors travailler psychiquement ce qui a été vécu et peut se revivre à nouveau, les dialyses, tout en vivant la transplantation rénale.

Fonctions rénale, urinaire et sexuelle

Dans ces divers troubles corporels, la fin de la fonction urinaire objective, matérialise la fin de la fonction rénale. C'est pourquoi elle apparaît comme la plus caractéristique. Le sujet peut continuer d'uriner en quantité et qualité variables : identique, moindre, voire plus du tout, parfois de façon soudaine. Pour J.-F. Allilaire (2002), il existe une *anatomie fantasmatique* au sein de laquelle, subjectivement, certaines zones, voire organes, sont surchargés d'affects. D'autres au contraire « sont réduits à l'état d'objet, ce sont des pompes, des vases, des poches purement mécanisées et autonomes » (p. 22). Souvent, ainsi, les reins sont des organes *muets* et ont donc peu de valeur sur le plan fantasmatique jusqu'à être communément confondus avec le bas du dos.

> Sandra, 42 ans, en attente d'entrée en dialyse et d'une double greffe pancréas-rein, me dit « Je sais qu'il va falloir entrer en dialyse… Quand je vois les portes d'entrée du service de dialyse, elles sont pour moi comme les portes de l'enfer. Je sais bien que mes reins sont malades, j'ai bien mal aux bas du dos… ».

Si la fonction rénale reste méconnue et donc invisible, tout comme les spécialités médicales que sont la néphrologie et la dialyse, J.-F. Allilaire précise (Op. Cit.) qu'« En revanche, la fonction d'uriner est beaucoup mieux cernée », représentant chez l'homme sa virilité, chez le tout petit une fonction non maîtrisable bientôt maîtrisée (p. 22-23). Paramètre souvent négligé voire dénié chez les sujets hémodialysés, l'urine ainsi matérialise en quantité et en qualité les échanges liquidiens entre le dedans et le dehors. De par l'insuffisance rénale chronique, les déchets ne sont pas filtrés épurés au sein du rein pour être rejeté

suffisamment/totalement avec les urines et restent présents dans le sang. A. Green (1990), dans *Le complexe de castration*, cite les conclusions de H. Roiphe et E. Galenson (1981), à propos d'une phase génitale précoce, nommée par ces auteurs comme *réactions de castration préœdipiennes*, bien que A. Green les considèrent non pas seulement comme des réactions mais bien comme des *angoisses*, lesquelles seraient à différencier de celles de la période de la phase phallique (p. 91-92). Le contrôle sphinctérien, et donc ici le contrôle des urines, est excitation, plaisir autoérotique, signe d'une indépendance corporelle parfois gratifiable/gratifiée par l'objet maternel et paternel, « mon enfant est propre » disent certains alors que l'enfant n'était jusque-là pourtant pas sale. Il s'agit ici pour le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé d'un retour en arrière inquiétant quant à ces phases de développement, d'une régression, comme un sujet qui ne peut plus retenir ses urines, ses fèces. Pire ici, ces liquides à vid(ang)er ne sortent plus suffisamment ou plus du tout, ce qui est inquiétant pour l'autoconservation du sujet. Si à un temps l'angoisse pouvait se porter sur ce qui sortait, ce qui était perdu, ici l'angoisse peut apparaître par ce qui ne sort plus, ne se perd plus, ne s'élimine plus. A. Kaplan de Nour (1969) rappelait qu'avant la mise en dialyse, le sujet peut refuser de croire, dénier, que sa fonction urinaire s'arrêtera à un moment donné, ne faisant pas le rapport de causalité entre les reins et l'urine. Pour celles et ceux qui ne peuvent plus du tout uriner, notamment par néphrectomie bilatérale, il relevait un phénomène fantôme, rappelant le membre fantôme dans l'amputation, de la « simple » envie aux impériosités, une « *urination phantom* » (Kaplan de Nour, ibid. ; Kane, Simes, 1977), que j'ai traduit ici par une « envie d'uriner fantôme». Certains hémodialysés refusaient alors la néphrectomie bilatérale pour ne pas devenir à moitié humain (« half human »), ce qui posait particulièrement problème aux hommes, moins aux femmes (Kaplan de Nour, ibid.). Le symbolisme sexuel qui s'y rattache par l'association appareil urinaire-appareil sexuel est ici en cause. Ainsi, il existe pour le sujet dialysé un plaisir de dire combien, encore, il urine, la quantité de millilitre, l'odeur, la couleur. Cela peut occasionner des remarques, jusqu'à une certaine compétition (Kaplan De Nour, idib.) : c'est à celui qui urinera le plus.

> Un patient en hémodialyse me disait ainsi qu'il ne comprenait pas comment un des patients de la salle commune urinait toujours pendant ses séances (« il est toujours à demander le pistolet ! »), alors que lui n'urinait plus du tout. Puis, finalement cela peut devenir un avantage « la nuit je suis tranquille, je suis quitte à me lever pour aller pisser !! » me dira ce même patient. Parfois, ce sont les soignants qui pourront faire des remarques à ce propos : « il ou elle ne *pisse* plus ». Je me rappelle d'une patiente, venant d'être greffée après plusieurs années en hémodialyse me racontant tout le plaisir pour elle de pouvoir uriner à nouveau, « comme tout le monde » m'avait-elle dit alors.

A. Kaplan De Nour conclura son travail en se demandant quelle valeur émotionnelle d'uriner alors, pour tout adulte, comme pour le patient en insuffisance rénale chronique, de la menace de la perte de la fonction urinaire à la perte réelle mais également quelle régression

prégénitale. Ne plus « pisser » peut devenir une véritable angoisse[57]. La machine en hémodialyse en devient plus aliénante, gérant elle aussi en lieu et place du sujet sa fonction urinaire, comme un *caregiver* changeait autrefois ses couches. De plus, une des manifestations de la maladie, parfois des années avant la dialyse, peut-être la présence de sang dans les urines, ce qui peut renvoyer à une angoisse de castration, une angoisse de mort voire une angoisse d'anéantissement.

> Un jeune homme hémodialysé d'une vingtaine d'années ainsi m'a confié qu'enfant, il a à plusieurs reprises uriné du sang. L'angoisse était très forte et très vive : « à chaque fois je croyais que j'allais mourir !! ». C'est la même angoisse qui se rejouera selon lui lors de ses premières séances de dialyse.
> Aussi, une patiente greffée rénale m'avait raconté la joie qu'elle éprouvait « d'aller faire pipi » et le plaisir de pouvoir le dire à d'autres lorsqu'elle recevait chez elle des invités, telle une enfant que l'on félicite de pouvoir retenir son urine pour la déposer dans le pot.

En lien à la fonction mictionnelle, la sexualité (Riazuelo, Cupa, Chaudoye, 2014, p. 192) au sein du couple est mise en difficulté. Panne de désir, difficultés dans les rapprochements corporels, difficultés d'érection (pour un homme dialysé sur deux selon Phé et al., 2009), d'éjaculation chez les hommes, d'orgasme chez les femmes. Aussi, par l'impossibilité partielle ou totale d'uriner, les restrictions hydriques vont varier. Il existe des potomanes qui ne l'étaient pas avant cette interdiction (potomanie que l'on retrouve chez certains psychotiques, anorexiques, afin de se purger, ou personnes âgées). Cela est à questionner avec le désir de relancer la fonction urinaire et rénale, de *se* guérir de façon magique mais aussi de contrôler ce qui va dedans à défaut de ce qui va dehors.

Pertes et deuils infinis

> « La maladie marque la perte d'une fonction vitale entraînant avec elle de multiples pertes réelles et ouvre sur l'espace d'un deuil infini, car les soins qui ne sont que palliatifs rappellent répétitivement cette perte et ne permettent pas l'oubli qui appartient au travail de deuil. (Cupa, 2002a, p. 10) »

Avec ses fonctions corporelles, rénale, urinaire et sexuelle, insuffisante, régressée, en difficulté, la maladie et ses thérapeutiques imposent une multitude de dépendances, une multitude de pertes, lesquelles vont à la fois s'entremêler aux pertes narcissiques, objectales, passées et présentes (Riazuelo, Cupa, 2013, p. 203), et réactiver « un certains nombres de pertes anciennes » (Cupa, 2002a, p. 8 ; Riazuelo, Cupa, Chaudoye, 2014, p. 192). Ces pertes traumatiques sont liées aux angoisses de castrations, angoisses que je relève peu dans ce travail par mon intérêt quant aux angoisses de mort, avec, en creux, la question de sa propre perte, ultime perte. Ces pertes vont émousser le désir et le plaisir de vivre. Elles confrontent le sujet à des deuils infinis (Cupa, 2002a ; Dupuy & coll, 2006 ; Riazuelo, Cupa, Chaudoye, 2014, p.

[57] En néonatalogie par exemple, deux collègues psychologues cliniciennes nous rapportaient, à l'atelier d'un colloque sur le psychologue à l'hôpital auquel nous intervenions ensemble, que les pères surveillaient la fonction urinaire particulièrement de leur enfant prématuré quand la mère était plutôt préoccupée par l'oxygène.

193), multiples, impossibles (Cupa, 2007a, p. 206), deuils à geler (Ribas, 2009b).Le sujet vit ainsi dans un climat angoissant, notamment de par des angoisses de mort diffuses (Riazuelo, Cupa, 2013, p. 203). Par un processus d'érosion (Péruchon, 1994) des contenants psychiques, la psyché est engluée, désagrégée de par ces traumatismes qui conduisent/entretiennent le sujet à/dans un état opératoire.

b. L'état opératoire, *Chronic Hemodialysis as a Way of Life*[58]

L'état opératoire se définit par une pensée opératoire *et* une dépression essentielle. Première découverte scientifique clinique des psychanalystes de l'École psychosomatique de Paris (IPSO) (Marty, M'Uzan, David, 1963), la pensée opératoire, présentée pour la première fois par P. Marty et M. de M'Uzan en 1962 à Barcelone au congrès des psychanalystes de langues romanes (Smadja, 2008, p. 222-224), « se conçoit comme une pensée déficitaire, quasi consciente, sans liens organiques avec les fonctions oniriques, de fantasmatisation ou de symbolisation. Quasi instrumentale, elle suscite l'idée de démentalisation » (Fine, 2002, p. 1258). Quant à la dépression essentielle, seconde découverte de l'IPSO, P. Marty la nommait avant cela « dépression psychosomatique », « dépression sans objet », « elle constitue l'essence même de la dépression, à savoir l'abaissement de niveau du tonus libidinal, sans contrepartie économique positive quelconque » (1968, p. 595), elle « prélude souvent à l'installation d'une vie opératoire, véritable dépression chronique, dans laquelle elle se fond » (p. 596). Aussi, tous les sujets somatisants ne sont pas opératoires.

La notion de ***sur-vivance*** est importante en hémodialyse (Cupa, 2007a, p. 185) quand la transplantation rénale fait figure de ***re-naissance*** (Cupa, 2002a, p. 10).

> Françoise, 54 ans, hémodialysée puis transplantée rénale se rappelle : « Quand j'étais en hémodialyse, c'était horrible. Je ne pensais plus je crois. Je dialysais les matins trois fois par semaine. L'après-midi, après les séances, si vous me laissiez sur une chaise, j'y restais, comme ça… En ne pensant à rien… », convoquant chez moi la figure d'un sujet lobotomisé.

En hémodialyse, l'équipe médicale et paramédicale de néphrologie et de dialyse peuvent être vécus par les patients tels des bourreaux. Cette fonction défensive, vitale pour les soignants, où « l'autre est (…) « désobjectalisé », [afin que] le bourreau [puisse] torturer sans pitié » (Cupa, 2006a, p. 156), co-existe avec le désir du bourreau à soigner, ici avant tout au sens de *cure*.Il est fréquent en dialyse d'entendre des patients se plaindre qu'ils ont faim/soif, froid/chaud, qu'ils sont fatigués, qu'ils n'arrivent pas à dormir, qu'ils ont mal, au niveau de leur fistule, ou qu'ils ont des crampes, des mots de tête… Leur corps, mis à l'épreuve par la maladie et les dialyses, est nécessairement surinvesti, en dépit des affects et de la fantasmatisation. *Ce*

[58] Je reprends ici le titre d'un ouvrage américain (Czaczkes, Kaplan De-Nour, 1978)

surinvestissement corporel par enjeu de « la conservation de la vie », nous intéressera tout particulièrement dans notre recueil et notre compréhension des plaintes corporelles.

Quelle subjectivation possible pour Sisyphe ?

Dans la mythologie, chère à S. Freud et aux psychanalystes, la figure de Sisyphe apparaît comme celle ayant déjouée Zeus et Thanatos, notamment en enchaînant ce dernier. La punition de Sisyphe sera celle rappelée par A. Camus (1942) : « Les dieux avaient condamné Sisyphe à rouler sans cesse un rocher jusqu'au sommet d'une montagne d'où la pierre retombait par son propre poids. Ils avaient pensé avec quelque raison qu'il n'est pas de punition plus terrible que le travail inutile et sans espoir » (p. 163). L'analogie de ce mythe avec les sujets que je rencontre quotidiennement en centres d'hémodialyse est éloquente. Avec ou sans espoir d'une transplantation rénale, le sujet en insuffisance rénale chronique hémodialysé est tenu à des séances d'en moyenne quatre heures trois fois par semaine, jusqu'à une potentielle transplantation rénale ou jusqu'à la mort. Ces dialyses qui font figure de rocher « à rouler sans cesse » sont précisément ce « travail inutile et sans espoir », en lien aux situations extrêmes voire concentrationnaires. Corps devenu extrême, contraint à une gestation filtrante trois fois par semaine, le sujet se risque à cette « absurdité des mouvements » et cette « répétition mécanique » que l'on retrouve en la dialyse, avec Sisyphe, avec, entre autres, les machines de Tinguely. Le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé est confronté à une réalité répétitive et répétitivement délabrante, ce qui va gravement mettre en péril sa mentalisation et entraver son processus de subjectivation (Cahn, 1991).

III. Aspects méthodologiques[59]



« Narcisse, tu perds ton corps, emporté et confondu par le reflet millénaire de ta disparition, ton corps frappé de mort descend vers le précipice des topazes aux épaves jaunes de l'amour, ton corps blanc, englouti, suit la pente du torrent férocement minéral des pierreries noires aux parfums âcres, ton corps... jusqu'aux embouchures mates de la nuit au bord desquelles étincelle déjà toute l'argenterie rouge des aubes aux veines brisées dans "les débarcadères du sang" ». Dali, S. (1937). *La métamorphose de Narcisse*. Poème et tableau de S. Dali, tableau exposé à la Tate Gallery à Londres.

A) Contexte clinique et institutionnel de la recherche, *Clinique de l'interstice*

Le contexte de ma recherche est un contexte clinique, à l'intérieur duquel je tente d'écouter les plaintes corporelles d'un sujet.

1. Savoir susciter la demande : Enjeux d'une création de poste et incidences sur le dispositif

Préoccupé par ce double menaçant, cette méta-morphose, suite à mes rencontres de patients dialysés, hémodialysés et en dialyse péritonéale, lors de mes recherches pour mon mémoire de Master 1, mon projet professionnel s'est tout simplement porté sur le désir de créer un poste de psychologue clinicien en néphrologie et dialyse, pour penser, panser, faire penser le sujet, son entourage et les soignants. Ce projet s'est ensuite renforcé lors d'un stage au sein d'un service de néphrologie et de dialyse en Master 2 Recherche au CHU de Besançon. Ce dernier stage m'a permis de faire émerger une demande qui aurait bien pu rester sans cela vaine. « Selon (…) D. Anzieu, c'est au clinicien de savoir susciter la demande afin de s'insérer dans les lieux où sa présence est utile » (Debray, 1998, p. 280) : ce rappel de R. Debray concernant D. Anzieu a guidé et guide toujours mon travail. Il me semble que c'est cela aussi être chercheur, surtout en psychologie clinique et psychopathologie. L'absence directe de demande de la part des patients hémodialysés, m'amène à ce dispositif clinique particulier : un dispositif de soin au défi de cette situation pour reprendre A. Aubert et R. Scelles (2007). Les ressources humaines de cet hôpital ont malheureusement refusé de créer un poste de psychologue clinicien malgré le besoin et la demande motivés. Le chef de service, également directeur médical d'une fondation gérant des centres de dialyses hors hôpital, a ainsi convaincu l'administration de cette fondation du besoin d'un psychologue clinicien en ces lieux, suite au double poids de mon travail clinique et de mes recherches. Ainsi, un second stage a été rémunéré par cette fondation (aujourd'hui Santélys Bourgogne Franche-Comté après un rachat), il m'a ensuite été proposé un CDD de 80%, puis un second. Il a été alors convenu d'un CDI à 60% se répartissant à 40% pour les patients dialysés de Besançon et Dijon, et 20% pour les patients greffés rénaux. Seulement, il a fallu être conciliant auprès de l'administration pour « justifier » de ce temps de psychologue en recouvrant plusieurs centres de dialyse, ce qui m'amène à rencontrer les mêmes patients dialysés toutes les deux semaines, voire toutes les quatre semaines dans un centre. Pour

[59] Cf. mon article, Narcisse à l'épreuve de l'hémodialyse, *Cliniques méditerranéennes* (à paraître en 2016).

mon temps de travail réservé aux greffés rénaux mon action est plus libre, mon poste bénéficiant d'une bourse de MIGAC (mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation), subvention réévaluée chaque année par l'ARS. Un gros travail institutionnel est et reste à faire, pour lequel l'administration de cette fondation n'est pas encore prête, car encore en proie à des logiques managériales qui transforme chaque espace de soin en « hôpital entreprise » (Le Bezvoët, 2007, p. 29), ce qui a évidemment des répercussions considérables. L'institution résiste encore mais a déjà lâché en m'embauchant en CDI. Ce qui pourrait paraître ici la petite histoire n'en est pas une car elle a des incidences non négligeables sur les suivis des patients. Ils seront ainsi plus épars que ce qui pourrait être attendu. De cette façon, on ne pourra pas s'attendre ici, dans ce travail de recherche, à rendre compte de suivis hebdomadaires, seulement de suivis bi-hebdomadaires voire mensuels. Aussi, à l'échelle nationale, je pense qu'un jour il faudra penser à déployer, mettre en œuvre l'équivalent d'un plan cancer pour les sujets en insuffisance rénale chronique, que ceux-ci soient dialysés ou greffés, afin de créer une légitimité de l'action de psychologues cliniciens au sein d'hôpitaux publics, de cliniques privées et de centres de dialyses privés (ceux qui a pu se jouer au sein des États Généraux du Rein).

2. Présentation de mon dispositif clinique au sein des centres de dialyse

Toujours « soucieux des qualités de [mon] écoute », « [mes] interventions entraînent peut-être des effets thérapeutiques susceptibles de modifier l'évolution naturelle d'un processus » (Cornillot, Lebovici, 1995, p. X), ici, celui de la déshumanisation dont je parlais plus haut. Je tente par mon travail clinique de sonder les reins et les cœurs, tandis que certains me montrent ce qu'ils ont dans le ventre, d'autres qu'ils ont les reins solides. Mes recherches complètent, enrichissent ma pratique, en me permettant de connaître toujours mieux ce champ particulier au sein duquel j'exerce, par une position auto-méta – le préfixe méta, que l'on retrouve dans méta-psychologie, et méta-morphose, signifie « après », « au-delà de », « avec » (Le Robert) – ou « pensée réflexive », position entraînant réflexion, changement et succession (Roussillon, 2001, p. 1382-1383). C'est aussi permettre par ce travail théorico-pratique que d'autres cliniciens puissent par ces travaux être sensibilisés à ce secteur d'activité et éventuellement évoluer dans ce secteur au sein duquel des psychologues cliniciens sont tout à fait nécessaires, « pour une écoute plurielle » (Cupa, 2002a, p. 9). Cependant, il s'agit d'un milieu complexe auquel peu de références théoriques sur lesquelles s'appuyer existent (seul ouvrage : Cupa, 2002a, sinon quelques articles ici et là). Enfin, ce travail clinique permet aux intervenants – médecins, infirmiers, entre autres – travaillant en néphrologie, et plus particulièrement en dialyse, de susciter un questionnement psychologique voire clinique à propos des patients qu'ils prennent en charge.

a) Service de néphrologie

Mon travail se situe donc historiquement au sein du service de néphrologie du centre hospitalier universitaire de Besançon. Je ne présenterai pas en détail ce travail puisqu'il n'est pas l'objet de ma recherche ici. Je dirai seulement qu'il est axé sur des consultations externes et en hospitalisations, en particulier de sujets greffés rénaux et de sujets en dialyse péritonéale, continue ambulatoire ou automatisée, du bébé à la personne âgée.

b) Fonctionnement des centres de dialyse

Pour comprendre cette recherche, il est absolument fondamental de prendre en compte le cadre de l'institution, ici les centres de dialyse. Je reprendrai tout d'abord ici plus précisément le fonctionnement général des centres d'hémodialyse, puis la demande et le dispositif clinique mis en place, pour enfin terminer sur l'après-coup de ces rencontres, tout comme son après-coût. Dans les centres d'hémodialyse, les sujets sont hémodialysés tous les deux jours selon leur convenance et la disponibilité des places. Les lits – *lit* d'angoisse de mort –, en centre lourd, ou fauteuils, dans les autres cas, des patients sont côte à côte, distanciés d'un à deux mètres. Il y a des salles de huit lits, d'autres plus cloisonnées de deux à quatre fauteuils, enfin, des salles d'isolement, lorsqu'il y a un problème somatique plus particulier.

Lorsque les patients arrivent, entre sept et huit heures le matin, entre une et deux heures l'après-midi, ils sont, chacun leur tour, pesés, afin de constater les variations de poids, ici surtout de prise hydrique. Puis, on prend leur tension. Il faudra alors régler la machine en conséquence, d'un certain rythme, d'une certaine durée également. Le sujet n'est en ces lieux plus que des chiffres au-dessus ou en dessous d'une moyenne acceptable, médicalement, chiffres difficilement contrôlables, voire insaisissables : « (…) le contre-investissement médical que constitue le traitement (…) peut apparaître comme une procédure mécanique visant à réguler un chiffre : le taux (…) qui varie lui-même d'une manière mécanique. » (Debray, 2003, p. 27). Ils sont ensuite « *branchés* » à la machine. « *Branchés* », comme si les deux aiguilles de dialyse introduites dans la fistule artério-veineuse du bras du patient étaient une prise électrique s'introduisant. Le sujet devient, tel Robocop ou Terminator, un Cyborg mi-homme mi-machine (Causeret, 2006, p. 78) se déchargeant et se rechargeant à la fois. Ces aiguilles, la machine – voire, subjectivement, l'infirmier ou le médecin qui l'ont conduit jusque là – viennent pomper le sujet de son énergie, de sa vitalité – dévitalisants et revitalisants (Abram, 1969ab) –, de son sang. Cet acte intrusif, véritable morsure de vampire, plus ou moins douloureux selon les cas, est anxiogène et angoissant. Le sujet « hors du temps » par sa survie somatique doit se donner passivement afin d'être décloisonné par une fistule artério-veineuse, des aiguilles, des tubulures, et une machine permettant au sang – comme dans une scène de crime – d'être « excorporéisé » (Cupa, 2007a, p.185) « hors de l'espace » pour être purgé. On « ouvre » de

cette façon le corps du sujet afin que celui-ci ne meure pas. Suit alors une séance de purge sanguine de quatre heures en moyenne. Les patients en hémodialyse se plaignent beaucoup de la longueur de ces séances : il s'agit du temps subjectif, déterminé par les conditions dans lesquelles est vécu ce temps avec ce paradoxe de perdre du temps à vivre pour ne pas mourir, pour continuer à vivre. Car c'est bien la question du temps qui est posée par la chronicité de la maladie : le temps qui reste à vivre. Le terme chronicité vient du grec *khrônos*, le temps. Dans la mythologie grecque, Kronos, titan, fils de terre et de ciel, engloutissait ses enfants, métaphore du temps qui passe et nous mange, chacun, peu à peu. Zeus, le dernier des enfants de Kronos, auquel il a pu échapper, ne manquera cependant pas de faire vomir son père de ses frères, père qui sera alors enchainé au Tartare. Á propos de cette dernière image, certains patients se sentent en séance d'hémodialyse « enchaînés », « en prison », voire en enfer, discours implicite d'un patient me parlant de La Divine Comédie où Dante descend aux enfers puis au purgatoire, où l'on purge justement. Cependant, le temps pourrait bien dévorer plus rapidement les personnes qui ont une maladie chronique. Car si le corps est « envahi » par la maladie, le temps lié à la maladie envahit de façon plus prononcée le corps et la psyché du sujet. De plus, pendant la séance, les alarmes des machines peuvent sonner, ce qui peut nécessiter de procéder au réajustement de certains réglages. C'est parfois effrayant, parfois insupportable, selon le bruit que fait l'alarme et s'il s'agit de l'alarme de sa machine ou non, parfois indifférenciable. L'alarme de la machine peut mettre en alarme, psychiquement. Il n'est pas rare d'entendre les patients dire que leur machine « crie », humanisant cette dernière. Un sujet m'a d'ailleurs dit à ce propos : « elle crie, elle a faim », comme si la machine se nourrissait du sang de celui-ci, tel un vampire, de Vlad l'Empaleur à Dracula en passant par Nosferatu.

Alors, pendant ces quatre heures, les patients s'occupent comme ils le peuvent : ils regardent la télévision, écoutent de la musique, lisent, consulte internet, parlent entre eux. Il y a parfois pour eux l'impossibilité de s'occuper, comme un enfant qui ne joue plus, qui ne sait plus jouer, qui ne peux plus jouer, dès les premières séances d'hémodialyse ou après un certain temps. Bien entendu il s'agit du jeu au sens de *play*, pas de *game* ici. Quand « (…) le jeu est universel et correspond à la santé » (Winnicott, 1971a, p. 90), comment jouer, cerné par tant de contraintes, car « L'homme ne joue que là où, dans la pleine acception de ce mot, il est homme et il n'est tout à fait homme que là où il joue. » (Schiller, 1795).

Les contraintes ne sont pas uniquement celles des séances de dialyse : elles sont également les restrictions alimentaires et hydriques, les trop nombreux médicaments, les visites médicales, ici et là. Cela peut aller jusqu'au refuge quasi permanent dans le sommeil, ce qui

est, selon moi, tout comme « le départ ou le mutisme, ou encore le fait de rester introuvable[60] », une autre « des représentations oniriques de la mort » telles qu'envisagées par S. Mijolla-Mellor (2002, p.1103). Par association à ces « représentations oniriques de la mort », il existe également un jeu des couvertures, comme pour se créer une peau protectrice, faisant barrière au moi-peau (Anzieu, 1974, 1985), passoire en dialyse. « Je suis troué de partout, si on me met dans l'eau, je coule », me dira, en riant, Mr. V. La peau, l'enveloppe, « existe, mais sa continuité est interrompue par des trous » : alors, « l'angoisse est considérable d'avoir un intérieur qui se vide » (Anzieu, 1985, p.125). Certains patients se cachent intégralement sous leur(s) couverture(s), visage compris. C'est ce que j'appelle le phénomène de la chrysalide : ces sujets entre vie et mort, mort-vivants, se créent un cocon, s'enferment en lui, à l'intérieur duquel, en sommeil, ils attendent une liberté, une métamorphose qui, par la maladie chronique entre autres, ne viendra jamais[61]. Il s'agit en général des sujets aux enjeux psychiques les plus psychopathologiques : un patient schizophrène, une patiente mélancolique, un patient toxicomane, entre autres. L'entre-deux de l'hémodialyse, entre vie et mort, se transforme en antre-deux, « matrice de gestation ». Ce jeu des couvertures, voire phénomène de la chrysalide, est en lien à l'intimité brisée, intrusée, par le circuit extracorporel du sang en hémodialyse : mettre dehors ce qui devait, devrait être, rester dedans.

Lorsque la fin de la séance arrive – seul moment libérateur à condition que tout se soit bien passé, à condition, aussi, de ne pas être trop épuisé –, il faut retirer les aiguilles, « débrancher » et faire deux points de compression – appuyer longuement afin d'arrêter l'écoulement de sang – là où les aiguilles sont entrées puis sorties. Il y a parfois des temps de compressions beaucoup plus longs qui peuvent activer voire réactiver des angoisses de vidage, par lesquelles le sujet pourrait bien se vider de son sang, voire de tout son sang, avec une angoisse encore plus vive en dehors du cadre de soin. Une patiente ainsi n'arrivait plus à dormir suite à des fuites importantes de sang par sa fistule. Elle avait conséquemment peur de se vider pendant la nuit. M'entretenant avec elle, j'aurai son fantasme en tête, image d'horreur : cette patiente, morte, dans son lit, gisant dans son sang.

Hormis tout cela, il faut venir et repartir chez soi. Parfois il y a jusqu'à une heure de trajet. Ainsi, pour le patient, une séance d'hémodialyse dure bien plus longtemps que quatre heures. Du départ au retour à domicile, cela peut durer parfois jusqu'à sept heures, et ce, tous les deux jours, sans répit. Enfin, un patient en hémodialyse peut rencontrer de nombreux problèmes, parfois une ou des chutes de tension, des vomissements, des crampes pendant la séance, ou

[60] « (…) rester introuvable » : c'est parfois le cas de sujets en hospitalisation ou après celle-ci. Malgré un numéro de chambre ou de téléphone, le sujet est introuvable pour un rendez-vous, ou une prise de rendez-vous.

[61] J'ai eu en séance un très jeune patient de 5 ans, greffé rénal, dialysé pendant quelques années avant cela, qui, lors des jeux en séance se comparera à une chenille qui ne pourra jamais devenir papillon.

encore, des difficultés liées à la fistule. Rien n'est jamais sûr pour le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé. On comprend mieux alors à quel point chaque séance d'hémodialyse « aboutit à une accumulation de micro-traumatismes qui finissent par éroder psychiquement le patient, renforçant son sentiment d'insécurité, aggravant son état de détresse (…) » (Cupa, 1997 ; Riazuelo, Cupa, Chaudoye, 2014, p. 191), ce qui le conduit inévitablement à des plaintes corporelles.

c) À la recherche de la demande de sujets en détresse

C'est dans ce contexte singulier que je continue de me rendre au chevet du patient, plus précisément à son lit ou à son fauteuil de dialyse, sans demande préalable. Je propose au patient une aide psychique, je tente de l'intéresser à sa vie psychique, par l'appareil de langage et la relation transféro-contre-transférentielle, tâche complexe dans un milieu médical aussi lourd. Les patients hémodialysés que je rencontre ne formulent la plupart du temps aucune demande. Je pense qu'ils ne le peuvent pas, étant comme empêchés. Ils sont à ce propos trop en détresse pour cela (Cupa, 1997 ; Mellier, 2005), sans pour autant négliger que les rôles et fonctions du psychologue clinicien restent rares et méconnus pour les patients en soins somatiques voire connotés négativement (le psychologue « ça sert à rien », ou bien « c'est pour les fous »). De plus, il s'agit d'un milieu où les soins sont donnés au corps avant tout, ce qui est à questionner du côté des patients comme du côté des soignants. Dans de très rares cas, certains patients formulent eux-mêmes une demande. Pour pallier, psychiquement ici, à ce manque de demande, je salue tous les patients en me présentant, en me représentant, continuellement, dans un souci de rythmicité et de permanence, ce qui est selon moi très important, par nécessité, pour ces patients malades chroniques, d'un repère fixe. Parfois une accroche se fait entre un patient et moi, avec l'envie du patient de me revoir, dès le premier abord, ou plus tard. Il faut parfois laisser un temps pour certains patients afin qu'ils m'accordent leur confiance, leur laisser le temps de me repérer, de me « connaître », informellement, voire d'être démystifié. J'ai mis cela en lien avec la maladie chronique où les patients atteints par celle-ci doivent d'une certaine façon être habitués aux différentes figures du personnel, et ce depuis un certain temps, afin de les accepter. La nouveauté est toujours menaçante pour ces patients, comme ce peut être le cas d'un nouveau médecin, d'un nouvel infirmier, etc… Inévitablement, le risque de l'emprise est là également : le patient ne peut pas ne pas venir à une séance de dialyse alors qu'il pourrait décider de ne pas se rendre à son rendez-vous auprès de moi. On pourrait bien croire alors que je force la rencontre, questionnement que j'ai eu pendant un temps au début de la mise en place de ce dispositif. Il m'arrive de rappeler à des patients que je ne suis pas une machine de dialyse, que l'on peut ne pas se rencontrer, et ce, même si un suivi a été mis en place. Cela est une façon de rappeler le libre choix à mes patients. Ainsi, ***les patients rencontrés pouvaient éprouver***

deux hontes fondamentales : *la honte de ne pas se suffir somatiquement*, de devoir recourir à la dialyse, *la honte de ne pas se suffir psychiquement*, de devoir recourir à la psychothérapie. Certains patients qui ne souhaitent pas me rencontrer, voire absolument pas, me donne parfois cette impression d'un lien évitant, glissant, comme un liquide, comme du sang, ce pourquoi ils sont là. Ils se défendent ainsi de toute intrusivité de ma part. Intrusivité qui, comme la séparation, est en lien aux angoisses de délimitation.

d) Au chevet du malade, au cœur de son intimité

Ces rencontres, pendant les séances d'hémodialyse, m'amènent à pénétrer l'intimité des patients. Cela est toujours une difficulté pour moi, et je pense que cela doit toujours rester le cas, et ce, malgré l'expérience acquise. Être régulièrement confronté à la vue du sang de ses patients, dans des tubulures transparentes, est tout à fait particulier. J'ai toujours l'impression d'être confronté au plus intime, au plus viscéral peut être, bien qu'il s'agisse du sang et non pas d'un viscère, avec toutes les représentations que celui-ci peut occasionner, en particulier celle du vampire – *mort-vivant* – reprise à propos de l'hémodialyse par D. Cupa (1995, 2002a, 2007a), et plus généralement par P. Wilgowicz (1991). Un patient né éventré à sa naissance, m'avait donné ce sentiment que chaque séance d'hémodialyse était la reviviscence pour lui de ce traumatisme de sa naissance, comme si on exposait ses viscères, son sang, à la vue de tous, comme cette planche de Vésale. Je fantasmais alors que c'était comme si de son bras, par sa fistule, était tirée en dehors de son corps toute son intériorité. Á ce propos, les tubulures de sang posées sur la machine semblent parfois bien vivantes, bougeantes par les effets de pression sanguine. Ce plus intime, dévoilé, à la vue de chacun, est en lien avec mon travail, puisque je m'entretiens avec les patients à la vue de tous, où je leur suggère de se dévoiler psychiquement.

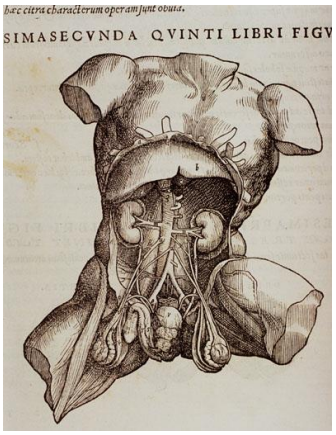


Planche de la "De humani corporis fabrica" de Vésale (1543), plan profond.

La confidentialité est en effet mise à rude épreuve : les soignants et les patients peuvent savoir *avec qui* je m'entretiens, en évitant au mieux de savoir *sur quoi* nous nous entretenons. C'est le patient qui décide, toujours : nous avons la possibilité de nous rencontrer dans mon bureau, en salle d'isolement ou en salle commune. Dans ce dernier cas, le patient peut accepter ou refuser ces conditions d'entretien. Lui seul décide si cela est un problème pour lui de s'entretenir à la vue de tous. Il est vrai que les bruits de machines, les patients endormis, des casques de musique ou de télévision, peuvent amener à constituer une certaine intimité. Il faut aussi dire qu'être en salle d'isolement génère chez certains des représentations connotées négativement car en général c'est parce qu'il y a un problème somatique supplémentaire qu'un patient est mis dans cette pièce individuelle. Le sujet peut également ne pas souhaiter être séparé

de son voisin, voire « copain » de dialyse, et préférer une routine habituelle, inchangeable. Certains rituels permettent à ces patients de moins se sentir effractés, rassurés que tout ce passe comme d'habitude, ne supportant plus le moindre écart, obsessionnellement (Roussillon, 2007, p. 421).

En dialyse, comme à l'hôpital, voyeurisme et exhibitionnisme sont dans ces lieux précis recherchés et imposés de la part des soignants comme des soignés. Notamment, l'omniprésence de vitres, afin que les infirmières puissent surveiller convenablement leurs patients, participe à cela. Ces vitres appuient ce voyeurisme imposé : on va tout voir ici, jusqu'à l'intérieur des patients, leur sang. Le voyeurisme et l'exhibitionnisme sont à mettre en lien avec le caché et le dévoilé, l'ouvert et le fermé, comme le sang du patient qui devrait être caché mais est, en hémodialyse, dévoilé de façon extracorporelle, dans un corps, ici ouvert et fermé.

À ce dispositif, je rappellerai ici la proposition de D. Anzieu :

> « Le problème n'est pas de répéter ce qu'a trouvé Freud face à la crise de l'ère victorienne. Il est de trouver une réponse psychanalytique au malaise de l'homme dans notre civilisation présente. Un travail de type psychanalytique a à se faire là où surgit l'inconscient : debout, assis ou allongé ; individuellement, en groupe ou dans une famille, partout où un sujet peut laisser parler ses angoisses et ses fantasmes à quelqu'un supposé les entendre et apte à lui en rendre compte. » (1975, p. 37)

e) Travail d'internalisation du cadre et de tranquille disponibilité intérieure

Ce qui a été compliqué pour moi au départ était de travailler sur le terrain directement, j'ai dû en quelque sorte « internaliser » cet environnement particulier, mon dispositif et mon cadre, sans avoir autre chose sur lequel m'appuyer, seule une chaise que j'emporte avec moi, constamment. Ce n'est absolument pas identique dans le confort de consultations externes dans un environnement prévu à cet effet, dans un de mes bureaux. Dans ce cas, c'est alors moi qui accueille le patient au sein d'un environnement neutre, même si cela reste au sein de l'hôpital, de la clinique ou du centre de dialyse. En effet, en rencontrant les patients dans ce qui est devenu, malgré eux, leur lieu de vie, leur séance de dialyse, je dois d'abord être accueilli, puis, si c'est le cas, m'adapter simultanément à un patient, à sa souffrance psychique et somatique, à un environnement parfois peuplé de machines plus ou moins *bruyantes* (F. Marty, 2007, p.11), à la *vue* de son corps plus ou moins dénudé, de tubulures, parfois à des *odeurs* (urines, selles…), la proximité passagère ou non d'infirmières, de médecins, de prises de tension automatiques ou non, d'alarmes… Au fur et à mesure des rencontres cliniques au sein de cet environnement, j'ai pu, pas à pas, porter en moi cet environnement, jouer avec, ce qui a permis que s'éloignent des effets de sidération, de déliaison, lesquels effets ont pu menacer et menacent toujours de parasiter la rencontre. Ainsi, je pouvais de mieux en mieux tendre vers un sentiment, un ressenti de « tranquille disponibilité intérieure » ou « disponibilité tranquille de l'investigateur » pour reprendre R. Debray (1998, p. 275 ; 2009), « état contagieux » selon elle.

f) « Sans mémoire ni désir » ?

« L'état de disponibilité tranquille » doit se compléter d'une semi-directivité en entretien. L'investigateur ne peut proposer des entretiens non-directifs à ces patients hémodialysés, ce que j'avais déjà pu constater lors d'un précédent travail (Jean-Dit-Pannel, 2005). Il faut parfois "sembler" directif, parfois l'être, ce qui permet à certains patients de se sentir écoutés, étayés, contenus, car la non directivité peut amener le sujet à recevoir un écho trop brutal de la situation, laquelle l'est déjà bien assez, car, dans ce travail de psychanalyse appliquée.

Avec ces patients, il est difficile de se montrer très silencieux et d'intervenir peu. Ils demandent surtout un accordage affectif, ce qui ne me conduit pas toujours à parler mais à montrer à leur égard un visage affecté. Je propose des relances, des interventions sur leurs états affectifs en tentant de faire des liens entre leurs états d'affects et l'actuel, en essayant dans la mesure du possible d'historiser.

En entretien, j'évite de trop faire régresser les patients, en lien à la notion de « zone de défaut fondamental » développée par M. Balint (1957). S'il est difficile d'avoir une dimension psychothérapeutique franche, surtout dans la salle commune, plus dans une salle d'isolement, l'idéal restant en dehors des dialyses, fantasmes et interprétations sont dans tous les cas mis en danger, et mettent en danger l'alliance thérapeutique (Bokanowski, 2004, p. 1447-1448).

Je dois par conséquent « réanimer psychiquement » (Graindorge, 2005 ; Cupa, 2006b, p.103-104) ces patients, par un « maternage psychologique » (Daubigny, 2002, p. 424) pour ensuite les amener, seuls, en ma présence, à prendre la parole, selon comment ils le peuvent. Dans un milieu somatique lourd comme celui de la néphrologie et de l'hémodialyse, « le travail clinique consiste à faire que ce qui est englué dans le corps devienne discours accessible (…) le clinicien ne donne pas seulement la parole, il autorise le passage à la parole » (Douville, 2006, p. 67). Je ne peux pas être « sans mémoire ni désir », selon la célèbre expression de W. R. Bion, avec mes patients : par mon travail d'amorçage, je dois désirer entrer en contact avec eux, faire preuve de mémoire à propos de ce qu'ils me disent. L'objectif ici étant que mes patients se sentent tenus psychiquement par moi. Il est impossible de leur laisser fantasmer que leurs dires tombent dans un trou.

g) Après-coup et après coûts

Pour m'aider à la compréhension, à l'élaboration, et éviter un écho trop brutal, trop cru, pour moi aussi, je prends des notes suite à chaque entretien. La reprise de ces notes est toujours très problématique. Il me faut un temps important, une grande concentration afin de reprendre l'entretien dans l'ordre, dans son entier. Malgré moi, il m'arrive d'oublier certains dires, souvent les plus importants. À l'aide de ces notes, j'élabore sur ce qui a été communiqué par le

patient dans la relation clinique, par ce qui a été dit ou non, verbalement, non-verbalement, en faisant attention aux « lacunes et rejetons significatifs » (Bénony, 1999, p.14) –, la négativité. Le clinicien doit ritualiser l'écriture de ses notes après chaque entretien, jusqu'à la supervision. Non pas pour ne rien perdre, obsessionnellement, mais bien pour réfléchir au mieux à ces rencontres cliniques afin de « devenir cet autre qui se dégage de la relation duelle, qui réfléchit sur son contre-transfert, qui tente parfois de retrouver ses repères cliniques ou théoriques » (Assouly-Piquet, 1989, p. 180). Seulement, tenter de redonner de l'ordre au chaos, de porter, supporter le désordre, en entretien, à la reprise des notes, en supervision est une tâche tout à fait complexe, souvent décourageante. Dans de très rares cas, je vais jusqu'à fécaliser, ne pas noter, oublier de le faire, ne laisser aucune trace du sujet, ni dans mes notes, ni dans mon souvenir, comme s'il fallait ne laisser aucune trace de combat. La pensée, confrontée au désordre psychique, à l'imprédictibilité, à la rencontre avec le catastrophique, est brouillée par la rencontre avec cet environnement particulier, rencontre conséquente de la maladie somatique chronique. J. McDougall (1996) rappelait que les symptômes psychosomatiques étaient, pour beaucoup, d'origine archaïque, agissant ainsi comme défenses contre des angoisses psychotiques : « Les symptômes psychosomatiques peuvent être compris comme une forme primitive de communication, une langue archaïque, un protolangage qui, très tôt dans l'histoire de l'homme, était peut-être destiné à attirer l'attention de l'autre. » (p. 191). Ce protolangage est communiqué insidieusement au sein de la relation transféro-contre-transférentielle. Je suis ainsi parfois bombardé, assailli par ce langage archaïque. En entretien, dans ces salles d'hémodialyse, pendant l'entretien et après-coup, bien malgré moi, ma psyché se bloque, comme si elle était aspirée, elle aussi, dans les tubulures. Par cet « illimité », ma pensée à moi aussi est hypertrophiée, déchirée, asséchée (Durif-Bruckert, 2009). Pourtant, il m'arrive dans certains entretiens dans mon bureau d'être asséché psychiquement alors que le patient et moi n'étions pas en hémodialyse. Si cela est arrivé avec des patients regroupant souvent dans ces cas-là nos entretiens avec une séance de dialyse, avant ou après, cela m'est arrivé également avec des patients qui ne dialysaient pas ce jour-là, voire des patients greffés se remémorant l'hémodialyse. Dans tous les cas, je mets cela en lien à la formation d'un écran bêta (Bion, 1962), barrière imperméable, impénétrable. Alors naît en moi, éventuel "psycho-dialyseur" voire "psycha-dialyseur", parfois, l'impression d'être un déchet, une poubelle[62], un objet de décharge, objet « bouche trou » (Cupa, 1981) à évacuer : « On ne sait plus pourquoi on est là ni quel sens prend la situation, menacée de perversion ou d'absurdité. » (Roussillon, 1996) Je suis ainsi traversé, agi (Bléger, 1967, 1988 ; Donnet, 1995 ; Roussillon, 2007) par cette clinique

[62] En lien à cela, une patiente en attente de greffe me dira ces mots : « je suis une poubelle, un déchet ».

rencontrée, clinique qui, à l'image de la psyché, est hypercomplexe (Morin). Il n'est alors pas aisé de « sauter par-dessus son ombre » (Donnet, 1995), position paradoxale rappelle R. Roussillon (2002, p.1169 ; 2007, p.7), dans un contexte médical aussi lourd mêlant terreur – état de peur extrême – et effroi. La mise en relation, l'associativité des représentations de choses aux représentations de mots, mise ô combien à mal, est pourtant la seule issue salvatrice pour ce sortir de ce chaos : « Par processus tertiaires, j'entends les processus qui mettent en relation les processus primaires et secondaires de telle façon que les processus primaires limitent la saturation des processus secondaires et les processus secondaires, celle des processus primaires » (Green, 1972a, p. 408). Sans cela, le sujet pourrait bien rester immobilisé, figé, replié sur lui-même, tel Narcisse : « Vampyr, trop présent, ne permet pas à Narcisse de trouver son double… (Wilgowicz, 1991, p. 294) »

B) Indications concernant le travail des cas cliniques

« (…) quand on écoute quelqu'un, il faut d'une certaine façon devenir fou pour l'entendre » (Fédida, 2007, p. 65)

1. Temps de recueil des données

Par ce dispositif de travail, tel que je l'ai imaginé, proposé et tel qu'il a pu institutionnellement se mettre en place, mes rencontres bihebdomadaires avec des sujets hémodialysés ont permis de faire émerger des demandes qui ont pu se muter en des suivis dont je rendrai compte ici, pour cinq d'entre eux. Cela a précisément pris sept années de recueils, de 2007 à 2013. J'ai pu recevoir en consultations des patients en insuffisance rénale dans un bureau sur les différents sites où j'exerce ou bien aller les voir directement pendant leurs séances d'hémodialyse et/ou à l'hôpital, notamment en « centres lourds » (centre d'hémodialyse à l'hôpital au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Besançon, à la Clinique Clément Drevon de Dijon et au Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard, site André Bouloche), en unité d'entraînement de repli et d'orientation (Hémodialyse D'Entraînement, de Repli et d'Orientation ou HDERO) ou hors de l'hôpital en unités d'autodialyse (AD) et en unités de dialyse médicalisée (UDM), à Besançon (Espace Boichon Meunier ou EBM), Dijon (Espace La Breuchillière à Saint-Apollinaire) ou Montbéliard (Espace La Lizaine).

a) Choix des suivis psychothérapeutiques

De par la lourdeur des vécus dans ce bain de la maladie rénale chronique et de ce contexte d'hémodialyse, il a été difficile dans cette recherche à partir de la clinique d'établir toute une série de paramètres d'inclusion et d'exclusion, d'autant plus que la condition de départ fixée a été un engagement en psychothérapie d'au moins deux ans. En effet, lorsque cela concerne des patients hémodialysés, la transplantation et la mort ont pu, à de nombreuses reprises, interrompre des suivis engagés. Bien évidemment, le point commun de ces cinq cas cliniques a été qu'ils m'ont amené à réfléchir et à travailler la question de l'hypocondrie, notamment au

sein de la dynamique transféro-contre-transférentielle[63]. En tout premier lieu, après avoir travaillé le suivi psychothérapeutique de Bernard, la variable d'antécédents familiaux de la maladie rénale m'est apparue intéressante, ce paramètre pouvant permettre de travailler *l'hypocondrie du corps familial*. Au fur et à mesure de mes avancées, mes choix se sont chronologiquement portés sur le travail psychothérapeutique de quatre autres patients, Lucette, Blanche, Élisabeth et Claude, sujets hémodialysés de par une polykystose rénale, voire hépatorénale, ce que nous préciserons plus tard, dans une tranche d'âge allant de 59 à 75 ans.

b) Présentations synthétiques générales des suivis psychothérapeutiques

Je tiens préalablement à alerter le lecteur que pour des raisons de déontologie et d'éthique les données cliniques de ces patients ont été quelque peu modifiées, afin d'en respecter l'anonymat, sans pour autant en dénaturer la lecture clinique du travail de ces différents cas. Afin de permettre une vue d'ensemble des différents profils médicaux, je vais ici préciser les indications suivantes de façon homogène : **prénom, a) âge, b) entrée en hémodialyse, c) origine maladie, d) découverte de la maladie, e) transplantation, f) antécédents familiaux de la maladie rénale**.

Bernard a **75 ans** lorsque je le rencontre, il débutait alors ses séances d'hémodialyse en unité d'entraînement avant son passage en unité de dialyse médicalisée, recours lié à sa **néphroangiosclérose**[64], suivi depuis de nombreuses années de par son hypertension artérielle conséquente de son insuffisance rénale terminale, jamais greffé, **non transplantable** du fait de son âge, son père et son grand-père paternel sont morts d'une crise d'urémie à plus de 80 ans.

Lucette a **71 ans** lorsque je la rencontre, elle avait débuté ses séances d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée trois années plus tôt, recours lié à sa **polykystose rénale**, jamais greffée, **non transplantable** du fait de son âge, **décède à 73 ans**, son père est mort d'une crise d'urémie alors qu'elle avait 5 ans, ses deux filles – ainsi que, hypothétiquement, son fils décédé quelques années plus tôt – et une petite fille étaient porteuses de la maladie.

Blanche a **69 ans** lorsque je la rencontre, elle avait débuté ses séances d'hémodialyse en autodialyse quelques années plus tôt avant son passage en unité de dialyse médicalisée, recours lié à sa **polykystose hépatorénale**, **refus personnel de la transplantation**, fils hypothétiquement décédé de la maladie rénale.

Élisabeth a **59 ans** lorsque je la rencontre, elle avait débuté ses séances d'hémodialyse six mois plus tôt, recours lié à sa **polykystose hépatorénale**, **première transplantation rénale à la fin du suivi**, sa mère et sa grand-mère maternelle avaient la maladie, ses deux filles également, son mari mourra d'un cancer rénal.

Claude a **59 ans** lorsque je le rencontre, il débutait ses séances d'hémodialyse alors en unité d'entraînement avant son passage en autodialyse, recours lié à sa **polykystose rénale**, **première transplantation rénale ce qui mettra fin à son suivi**, mère qui avait la polykystose, à titre indicatif, son père mourra après des séances de dialyse rendues nécessaires de par son diabète.

[63] D'autres suivis ont été ou feront l'objet de communications orales ou affichées, de chapitres d'ouvrage ou d'articles.

[64] Hypertension artérielle à l'origine de son insuffisance rénale chronique.

Ces différents aspects médicaux font figure de fondamentaux dans la connaissance des sujets des différents cas cliniques de ce travail. Il nous est déjà possible de remarquer la lourdeur somatique de ces différents profils et ses potentielles répercussions psychiques.

2. Temps de construction-déconstruction des cas cliniques

Tout ce travail a permis un véritable temps de construction-déconstruction des données aux fins de les affiner au mieux et à notre niveau. Les recueils des données prennent au sein de cette recherche appui sur mes dossiers de travail en néphrologie et dialyse. Comme j'ai déjà pu le préciser, je prends des notes après chaque entretien. J'ai ensuite attendu que mes suivis soient assez longs et conséquents lorsqu'arrivés à leur terme aux fins des les travailler dans un premier temps sans plan préalable. Après de premières présentations, cas par cas, à D. Cupa, sur plusieurs années, j'ai travaillé à nouveau ces différents cas avec un mode de présentation similaire à tous. Les présentations de ces cas cliniques se sont vues en quelque sorte formatées, lissées par le plan suivant :

A. Prénom
- **1. Présentations préliminaires**
  - a) Descriptions médicale et familiale
  - b) Cadre des rencontres
    - Demande
    - Première(s) rencontre(s)
    - Organisation du cadre et stratégie thérapeutique
  - c) Première séance
  - d) Dynamique transféro-contre-transférentielle
- **2. Quel travail de l'hypocondrie chez X ?**
  - a) La question de la scène primitive
  - b) Les plaintes corporelles chez X.
  - c) Autres aspects
- **3. Perspectives**
- **4. Synthèse des résultats**

La question des scènes primitives s'est (im)posée à ce travail car les scènes primitives interrogent l'origine *et* la fin, représentation de vie *et* de mort (Mijolla-Mellor, 1999) au sein des enjeux corporels, des plaintes corporelles, de l'hypocondrie.

Quant à la dynamique transféro-contre-transférentielle, elle est au cœur de la méthodologie employée ici puisque je rends compte de suivis en psychothérapie psychanalytique. Elle a fait cadre et m'a permise et me permet de rester à l'écoute des différents investissements des sujets rencontrés. Nous pourrions nous questionner quant à une *hypocondrie de transfert* selon l'expression de R. Angelergues (1988), reprise par M. Aisenstein et A. Gibeault (1990) à propos du cas de Charles (p. 33), rappelons ici un extrait :

> « C'est en effet à l'abri de plaintes concernant ses douleurs corporelles exprimées pratiquement au début de chaque séance, tout au long de son traitement, qu'il a pu découvrir toute l'histoire pulsionnelle qui y était condensée et s'autoriser ainsi un mieux-vivre qu'il avait toujours réclamé. Il a pu ainsi se confronter à la douleur psychique, que la douleur corporelle avait pour but de dénier, et troquer la quête d'objets narcissiques idéalisés contre des investissements objectaux. »

Aussi, la question du cadre est fondamentale dans un travail de psychopathologie psychanalytique rendant compte de suivis psychothérapeutiques. Le cadre de séances psychothérapeutiques permet le tissage d'une peau commune (Enriquez) d'une « peau psychique » d'E. Bick (1968 ; 1986), d'une enveloppe psychique au sens de D. Anzieu. Je rappellerai ici qu'être *sous l'égide de* prend son origine dans peau de chèvre ce dont serait recouvert le bouclier de Persée, un bouclier qui fait miroir et peau. Être sous l'égide de, sous la protection de, en séance du clinicien. La constitution du cadre en séances psychothérapeutiques et ici dans ce travail d'autant plus en centre d'hémodialyse constitue à créer un abri, un espace protecteur, un Moi-Peau. Cela est en lien à la structure encadrante de la mère selon la conceptualisation d'A. Green : « le cadre garantit la présence de la mère en son absence », reprend D. Cupa à ce propos (2007a, p. 12), rappelant également son rôle de « matrice primordiale des investissements » quand la structure encadrante de la mère « sous-tend une absence qui peut alors être remplie par les investissements tendres, érotiques, cruels et agressifs de représentations du moi et de représentations d'objet ».

À présent, je vous propose les résultats de ces investissements, de ces rencontres cliniques, substance essentielle de cette thèse, de la clinique, les théorisations n'ayant de sens que si elles sont nourries *à partir de la clinique* avec néanmoins cette mise en garde :

> « Ce compte-rendu très riche illustre bien toute la complexité de la clinique. S'agit-il en effet d'un appoint hypocondriaque et non d'une nosophobie atypique qui, elle, convergeait avec l'hypothèse d'une conversion hystérique ? Mais peut-on penser à une conversion alors que le discours paraît de type hypocondriaque ?
> Il nous semble impossible de tirer d'une consultation des conclusions nosographiques, mais la tentation est grande pour des psychanalystes de reconstruire (…). Le matériel proposé ici tel quel dans le contexte (…) a le mérite de montrer l'extrême difficulté et l'importance d'un abord de l'hypocondrie qui tienne compte de l'économie psychosomatique. (Aisenstein, Gibeault, 1990, p. 41) »

IV. Rencontres cliniques et résultats

A) Bernard. *De Verdun à la prématurité* : « c'est du poison en moi ! »

« Argan - Pourquoi ne voulez-vous pas, mon frère, qu'un homme en puisse guérir un autre?
Béralde - Par la raison, mon frère, que les ressorts de notre machine sont des mystères, jusque ici, où les hommes ne voient goutte ; et que la nature nous a mis au-devant des yeux des voiles trop épais pour y connaître quelque chose. » (Molière, 1673, Acte III, Scène 3).

1. Présentation préliminaire

a) Descriptions médicale et familiale



L'ossuaire de Douaumont

Alors âgé de soixante-quinze ans, Bernard a commencé ses séances d'hémodialyse au moment où je l'ai rencontré sans avoir jusque-là recours à aucune thérapeutique palliative liée à son insuffisance rénale. Trop âgé, il ne pouvait être transplanté. Sa maladie rénale était liée à une néphroangiosclérose conséquente de son hypertension artérielle. Son grand-père paternel, duquel il avait été très proche, puis son père sont morts à plus de quatre-vingts ans, de ce qui avait été diagnostiqué à cette époque comme des crises d'urémie. Autres éléments médicaux, Bernard est né prématurément, un mois avant terme, avec un phimosis génétique. Quinze années avant notre rencontre, Bernard avait subi une ablation de sa prostate. Entouré de quatre sœurs, Bernard a été le seul fils, l'aîné, de ses parents, lesquels étaient morts depuis. Son père avait bataillé à Verdun, ce qui avait failli lui coûter la vie. Bernard avait connu dans son enfance la seconde guerre mondiale puis participé à la guerre d'Algérie. Retraité, il avait travaillé toute sa vie dans une usine, lieu où il avait rencontré sa femme, avec qui il a eu deux fils, lesquels ont hérité de son phimosis génétique et souffraient régulièrement de calculs rénaux. Il a également élevé une fille plus âgée que ses garçons. Issue d'une relation sans lendemain de son épouse avec un autre homme, celle-ci a été conçue alors que Bernard et sa femme commençaient à se voir régulièrement. Tout au long de leur vie commune, il en voudra beaucoup à sa femme et indirectement à cette fille. Il a été grand-père, et, plusieurs fois, notamment lors de son suivi avec moi, arrière-grand-père.

b) Cadre des rencontres

J'ai rencontré Bernard à sa demande dès le début de sa prise en charge en entraînement à l'hémodialyse à l'hôpital avant son passage en unité de dialyse médicalisée hors de l'hôpital. En qualité de soignant, Bernard me laissait avec plaisir l'approcher dès le début de nos rencontres, afin de trouver ce qui était, selon moi, une voie d'expulsion supplémentaire, sur un mode anal, apparaissant indifférenciée mais néanmoins différente car psychique de ses plaintes litaniques à propos de son corps. Plus qu'un désir, cela était chez lui un véritable besoin auquel sa psychothérapie tentera de répondre. Nos rencontres avaient lieu toutes les deux semaines, pour des entretiens de quarante-cinq minutes, en chambre isolée, bien qu'il fût habituellement

en salle commune. Le matériel clinique dont je ferai état ici est celui de plus de deux ans et demi de suivi, avant son passage dans un centre lourd à l'hôpital au sein duquel je ne pouvais intervenir. Les soignants, médecins néphrologues et infirmiers, appuyaient le cadre de nos rencontres. En effet, suite à son passage en unité de dialyse médicalisée, très rapidement, Bernard était « désespérant » selon eux, mais aussi selon les agents de soins, la secrétaire, car « il rabâche toujours les mêmes choses », me disaient-ils. Bernard avait particulièrement d'inlassables et continuelles plaintes corporelles : il plaçait de la sorte les soignants dans un état d'impuissance, ce qui était son propre état à lui. Comme il le faisait auprès de moi, il posait sans cesse des questions médicales aux médecins, aux infirmiers. Si ceux-ci cherchaient dans un premier temps à lui apporter des réponses, le constat de ne pas être écouté par lui avait pour conséquence un contre-mouvement par lequel les soignants n'essayaient plus de lui apporter de réponse voire même tout simplement de prendre des nouvelles sur son état. Une simple question de type « comment allez-vous ? » était redoutée, soigneusement évitée afin de ne pas entendre ses interminables et insoutenables *litanies*. Cela amenait les soignants à beaucoup en parler avec moi, ce que je nourrissais, afin qu'ils lui restent attentifs, qu'ils ne le lâchent pas (trop).

c) Premières séances : à la recherche de la tendresse

Lors de nos premiers entretiens en unité d'entraînement, je devais rappeler à Bernard qu'il avait la possibilité de me parler tout à fait librement. Suite à ce rappel, il me parlera d'emblée de son désespoir lié à l'ablation de sa prostate, ce qui avait engendré l'arrêt brutal de tout échange corporel avec sa femme, de toute relation sexuelle au moindre contact physique. Depuis, ils allaient jusqu'à dormir séparément, ce qu'elle avait exigée. L'absence de simples gestes tendres, de caresses, étaient pour lui le plus insupportable me disait-il. Bernard était ainsi à la recherche de tendresse. Déçu par ce qu'il ne trouvait plus chez sa femme, comme il ne l'avait semble-t-il pas trouvé auprès de sa mère, il cherchait cette tendresse auprès des hommes, figurant son père, seul objet qui lui avait été tendre. Á plusieurs reprises, il évoquera avec moi une honteuse danse avec un homme, danse que ce dernier lui avait imposée, comme reflet d'une homosexualité latente agie *à son insu*, consciemment du moins. Sur un plan inconscient, Bernard cherchait à séduire ou être séduit par un homme afin d'obtenir le bon pénis, rappelant son tendre père. Cela, inévitablement, se rejouait au sein de la relation transféro-contre-transférentielle. Cependant, la faculté d'être et de rester tendre était soumise à rude épreuve, *englouti* par son fantasme d'être incurable et bien trop lourd à porter, au sens de *holding*, tant à propos de son état médical que psychiquement. Cela ne laissait aucune autre envie que celle de (le) laisser tomber, de ne plus (le) soutenir, jusqu'à être cruel avec lui, *l'accoucher prématurément*. Sa femme puis plus tard ses fils, l'avaient laissé tomber : ils ne voulaient plus entendre aucune plainte de sa part, que ce soit à propos de son corps, des dialyses ou de sa

maladie. Sa femme allait jusqu'à dire, crûment, « mais tu es heureux toi en dialyse ! ». J'observais le même mécanisme au sein de l'équipe soignante à son propos, jusqu'à l'envie de se moquer, comme on se moquait d'Argan, le malade imaginaire de Molière. Ces différentes ruptures relationnelles dès nos premières rencontres avaient contribué à renforcer le cadre de son suivi.

d) Dynamique transféro-contre-transférentielle : avidité

La dynamique transféro-contre-transférentielle en lien à ses relations père/fils, grand-père/petit-fils était caractérisée par trois aspects : sa lutte contre son flux dépressif et mortifère, sa recherche de tendresse paternelle et son fantasme de belle-mort.

Comment lutter contre son flux dépressif et mortifère ?

Lors de nos premières rencontres, j'avais trouvé Bernard très agréable. À chacune de mes arrivées en entretien auprès de lui, j'éprouvais un plaisir certain à le retrouver, ce qui était identique pour lui. Au cours des entretiens, il énumérait dans un premier temps toutes les difficultés qu'il rencontrait à propos de son corps, de ses médicaments et autres traitements. Ce qui m'avait le plus étonné, c'est que, dans cette énumération, il m'en demandait la raison, l'origine, comme si je pouvais y répondre, comme si j'étais médecin, infirmier, ce qu'il savait pourtant bien ne pas être le cas. Quelques temps après son passage d'entraînement à la dialyse à celui de l'unité de dialyse médicalisée, véritable épreuve de réalité et perte de contenance psychique, la *simple* énumération de ses difficultés corporelles s'est ensuite transformée en plaintes *litaniques* à propos de son corps. Je devais en être le réceptacle, ce qui devenait pour moi de plus en plus difficile à soutenir. Ainsi, le plaisir des retrouvailles lors de nos entretiens laissait très rapidement place en lourd désespoir, insupportable. Désespéré, je me demandais à de très nombreuses reprises à sa place, à la mesure de sa propre désespérance : « il n'y a rien à faire, comment lutter ? ». Je devais tenter au maximum de lutter à chaque entretien, je n'y arrivais pas toujours : ces efforts d'attention qu'il me demandait me fatiguaient, m'épuisaient. Je me sentais à la fois englouti par et sous une charge trop forte et en même temps aspiré de toute mon énergie. *Trop* découragé lui-même, il pouvait bien renoncer avant le moindre essai, *trop* impatient : on relève ici que c'était *trop*, enjeux économiques. Ces enjeux sont ceux que l'on retrouve chez des sujets au fonctionnement opératoire. Tout au long du suivi, j'ai pu de cette façon avoir le sentiment qu'il essayait inconsciemment de me décourager, qu'il essayait de faire barrage par un effet de flux dépressif et mortifère bien trop dense. Bien évidemment, cela était en lien avec son *sentiment d'incurabilité*, tant somatique, ce qui était bien le cas avec son insuffisance rénale chronique, que psychique, de par son angoisse de mourir. Il cherchait de cette façon à s'illusionner, à se conforter dans son fantasme que personne ne pouvait le soigner, mettant en scène l'impuissance de ses soignants.

Recherche de tendresse paternelle : transfert paternel tendre

Entre Bernard et moi, il y aura toujours une grande et lourde proximité, si bien qu'il me tutoyait en entretien. Il tentait ainsi de me mettre tout près, ce qu'il recherchait et pouvait le rassurer, comme pour se coller à moi, ne pas tomber dans un trou. À plusieurs reprises, j'observerai chez Bernard cette tentative de mettre tout près d'autres personnes, des hommes tout particulièrement. Lors de mes reprises de notes, pour ma clinique puis pour ma recherche, je serai découragé, perdu dans le *flot* et le *poids* de ses notes, comme si je ne pouvais rien en faire, tout comme je ne pouvais rien faire de Bernard. Je notais à un de nos premiers entretiens que Bernard tentait de tout me livrer, et qu'ainsi, cela rendait l'entretien trop dense et même confus. Il est difficile de dire ici si Bernard cherchait à tout dire pour être soigné ou afin de décourager celui qui écoute, celui qui cherche à l'aider, à soutenir pour lui. C'est comme si il y avait un effet de flux, comme on ouvre des vannes, flux ici trop conséquent, par lequel on se sentirait terrassé, englouti, *noyé*. En proie à cette noyade, ma vivance (Cupa, 2007a) – mon sentiment d'être et d'exister – pouvait être aspirée par lui. Enfin, Bernard était souvent hésitant dans ses propos, non-verbalement. Il hésitait à dire, ne savait pas comment dire. Parfois je me disais « allez-y Bernard, allez-y ! », comme pour *me* soutenir psychiquement, avant tout, ce qui me permettait de *le* soutenir psychiquement. Il hésitait à s'introduire, à se mettre à l'intérieur, ce que je mettais en lien avec sa sexualité, une sexualité lors de laquelle il pénétrait mal, ne trouvait pas la voie d'entrée, le trou. Ainsi, il cherchait parfois à noyer le poisson, à être glissant par son impossibilité à se lier psychiquement à moi. La relation tendre à son père, à ses fils, qui respectivement lui avait échappé, lui échappait, tentait de prendre forme à nouveau auprès de moi. C'est notamment l'évocation de son père avec moi, à plusieurs reprises, qui m'amènera à être particulièrement à son écoute. Bernard cherchait à revivre avec moi la relation à son père, ce qui avait pour effet de rendre nos échanges d'une tendresse encourageante. Nous étions ainsi tout près l'un de l'autre, comme reflet de la recherche d'un corps à corps père/fils, voire petit-fils/grand-père, corps à corps pour lui moins menaçants que celui mère/fils ou femme/mari.

Fantasme de belle-mort – Le père et la faux : tuer le père ?

Ainsi, dans la fin de la deuxième année de suivi, il avait convoqué avec moi une image forte, bouleversante, tant elle avait d'échos avec nos échanges. C'était l'été, son père et lui étaient sur un banc accoudés à la maison, à l'ombre. Son père lui avait « dit qu'il en avait assez, qu'il souhaitait *mourir, tranquillement* »… Si cette image me mettait dans la confidence de ce que son père lui avait dit, c'est bien ce que Bernard cherchait *lui* à me dire aujourd'hui, par retournement. « Et puis, un dimanche », son père « a pris sa faux et a fauché l'herbe » : il est mort pendant ce fauchage, fauchage prenant ici un caractère tout à fait symbolique, par l'association faux/mort. Bernard me dira s'en être toujours voulu, « encore aujourd'hui », se

mettant en colère contre lui-même, ce qui me surprendra beaucoup. Il aurait dû « passer le voir ce jour-là… comme tous les dimanches », c'était ce qu'il faisait habituellement. Cela aurait été lui qui aurait fauché… mais il avait « préféré aller à la pêche ». Lui qui recherchait, derrière la pêche, quelque chose de vivant et de sexuel, quand les poissons faisaient figure de spermatozoïdes ou de phallus-sexes aux tailles variables. Ainsi, la mort de son père réalisait ses vœux de mort à l'égard de son père, honteusement, ce dont il se rendait coupable, d'autant plus en hémodialyse où il luttait palliativement contre la mort. Aussi, il y avait là pour Bernard un *fantasme de belle mort* : lui aussi aurait aimé *vieillir puis mourir, tranquillement… Sans dialyse*, ce qui ne m'était pas dit par lui ici. Chacun de nos entretiens se rejouaient dans ces trois différentes et complémentaires dimensions. Je devais être tantôt le bon père, tantôt le bon fils, mais surtout *tendre*, quand *inconsciemment*, selon lui, *seuls son père et ses fils pouvaient l'écouter, le comprendre*. Par conséquent, souvent en entretien avec moi, il oubliait qu'il était branché à sa machine de dialyse. Parler librement avec moi pouvait lui donner envie de gesticuler, de se décrocher de sa machine, d'être plus libre, libéré.

2. Le « travail de l'hypocondrie » chez Bernard

a) Scènes primitives : *Sur-vivre au « trou noir »*

Par sa fin de vie en dialyse se rejouait ses origines, ainsi que chaque période charnière de sa vie : le fait que son père ait survécu puis procréé, sa naissance, sa première année de vie, le début de son adolescence, la rencontre avec sa femme, enfin, la vieillesse de son corps sexué et somatique. Ne pouvant être sa propre autorité, il laissait aux autres la responsabilité de ses choix de vie, ne devant jamais s'en sentir responsable et s'en défausser, jusqu'au médecin néphrologue qui l'avait envoyé en hémodialyse. Par ces différents points de bascule entre vie et mort, remis en cause par lui, il aurait pu ne pas, ne plus exister, ce qui lui aurait permis de ne pas connaître cet état de tension interne.

Identification au père mort : le traumatisme d'un père à Verdun

Le père de Bernard avait été appelé lors de la première guerre mondiale. Il avait ainsi été au cœur de l'une de ses plus meurtrières batailles, celle de Verdun. Lors des affrontements, le père de Bernard avait été touché à la jambe. Deux infirmiers lui avaient alors garrotté celle-ci afin qu'il ne se vide pas de son sang. Seulement, ils sont morts tous les deux sur le corps du père à Bernard, lors de ces soins, après un bombardement d'obus. Ce sont les corps des infirmiers qui avaient protégé son père de la mort. *Pour survivre, il avait alors du ramper le long d'un canal pendant plusieurs kilomètres.* Cette figure du père rampant pour échapper à la mort sera par moi associée à de très nombreuses reprises. Il s'agissait là de l'origine la plus lointaine du flux dépressif et mortifère qui submergeait Bernard. Il s'agissait là également de la figure allégorique de lui-même en dialyse qui pourrait bien ramper de façon symbolique,

notamment par ses plaintes corporelles, à côté de sa machine de dialyse dans laquelle le canal de son sang circule. Aussi, je dois rappeler qu'il souhaitait se jeter dans un canal lorsqu'il parlait de suicide, ce qui était clairement en échos.

À toute cette série d'association, lorsque Bernard me parlera de l'ossuaire de Douaumont, cette nécropole deviendra pour moi, par la suite, une figure particulière à laquelle penser, voire à laquelle s'accrocher psychiquement, figure entre le dedans et le dehors. Notons qu'il m'en avait précisément parlé à un entretien qui avait débuté par des plaintes à propos de ses os. En effet, si l'ossuaire de Douaumont commémore la bataille de Verdun, la particularité de ce lieu est, comme son nom l'indique, que les os des défunts y sont visibles, pêle-mêle. Ce qui avait été prévu pour prier les morts m'est apparu par la façon de Bernard de le rapporter comme une vision d'horreur, d'effroi, angoissantes à plus d'un titre car *il aurait pu s'agir des os anonymes de son père qui auraient pu être là, gisant dans la masse, exposés aux yeux de tous.* Ces restes d'humains représentaient les cadavres décomposés qui n'avaient pas survécu. Ces *os* exposés à la vue de tous n'étaient pas sans m'évoquer le *sang* de Bernard qui était, en séance d'hémodialyse, *exposé à la vue de tous*, tout comme la vision de son propre squelette, de son propre cadavre, comme c'était le cas par ses différents examens médicaux par lesquels l'intériorité de son corps avait été rendue transparente. Derrière l'horreur de cette représentation, il y avait le désir inconscient inexprimable de Bernard que son père fasse partie de ces ossements, désir mortifère qui malgré lui l'apaisait, et ce, tout particulièrement en séance d'hémodialyse. Bernard aurait pu de la sorte ne pas exister, ne pas vivre si son père n'avait pas survécu à ce trou noir qu'aurait pu être pour lui Verdun, expériences qui avaient traumatisé, voire empoisonné, le père de Bernard à qui il en avait parlé régulièrement tout le long de sa vie.

Sans ce géniteur paternel, Bernard n'existerait pas : il s'agissait là pour Bernard d'une scène traumatisante, aux effets désorganisateurs chez son père, d'où le rejet et la fascination de Bernard à ce propos. Au-delà des identifications de Bernard à son père, où celui-ci aurait pu mourir, où ils ont failli mourir mais n'en sont pas morts, je pensais que cela aurait pu rendre absent le père de Bernard de la scène primitive à Bernard. De cette catastrophe historique et sociale qu'est la guerre, cette bataille de Verdun, je pensais aux enjeux d'identifications, de blessures narcissiques.

Scène primitive sadique : la réalité de la castration comme preuve

Fantasmatiquement, il apparaissait que son père pouvait ramper auprès de sa femme par son phimosis génétique rendant leurs rapports sexuels difficiles, violents. Bernard répétait ce qu'il fantasmait être un impossible plaisir sexuel accompli car toujours teinté de douleur réelle, dans ses rapports aux autres, pas seulement à sa femme, ce qu'il avait pu fantasmer être la scène de sa conception.

En effet, après un an de suivi, il me confiera avoir une malformation génétique dont les hommes de la famille héritaient : une très grande difficulté à décalotter son pénis, un phimosis. Il m'en avait parlé évoquant à nouveau son opération de la prostate et ses conséquences sur le plan relationnel avec sa femme. Je pensais que l'ablation de sa prostate rejouait une angoisse de castration en lien à cette impossibilité à décalotter, ce qui se rejouait par les dialyses. J'ignorais comment cela avait été parlé avec son père. Seulement, peut-être alors ignoraient-ils le caractère génétique de ce phimosis. Ses deux fils, quant à eux, avaient été opérés, cela leurs avait été moins problématique. La honte de cet aspect génétique particulier avait pu l'amener à être en difficulté dans la rencontre d'une partenaire. Je me suis également demandé les répercussions que cela avait-il pu avoir chez ses parents. Bernard évoquait souvent des femmes à l'image dure et froide, sa femme, une de ses sœurs, à l'image très certainement de l'imago maternel, mère dont il ne parlait jamais. Cela pouvait être fantasmé par Bernard comme la conséquence d'une sexualité inaccomplie, dont la responsabilité incombait à un partenaire qui ne procure pas de plaisir sexuel, duquel on ne jouit pas. Tout comme son père, il était le mauvais pénis, réellement, et ne pouvait ainsi que penser attirer ces types de regards voire d'autres froides réactions. Ainsi, pour pallier à cela, il priait la vierge Marie, objet maternel tendre qu'il avait mis à l'intérieur, par défaut d'un imago maternel tendre et sécurisant.

Aussi, il était difficile pour Bernard de soutenir le fait qu'un de ses fils faisait des calculs rénaux depuis sa majorité. Son autre fils en avait également fait mais pas aussi tôt. Sur un plan fantasmatique, ces calculs étaient les témoins d'une inévitable castration familiale ne touchant que les hommes. Ce même fils lui avait demandé de prendre la dialyse du bon côté, pour son frère et lui-même. L'entendre parler de la dialyse avait pu être insupportable pour ses fils, par projection dans le futur de ce qui pouvait leur arriver. À propos de cette demande de son fils, Bernard me dira, « Je ne suis plus à moi » à deux reprises, sans pour autant être en mesure d'approfondir cette remarque. En lien à ce qu'il avait dit, il y avait là son impression qu'il ne s'appartenait plus : son corps ne lui appartenait plus, ni même le fait de s'en plaindre. Après-coup, je me demanderai : s'est-il seulement une fois dans sa vie appartenu à lui-même ? Car pour s'appartenir, il faut avoir appartenu à quelqu'un d'autre, à un objet maternel et maternant, ce qui ne semblait pas avoir été le cas pour Bernard. Notons que Bernard ne pouvait que s'inquiéter physiquement, médicalement à l'égard de son entourage, à propos des calculs rénaux de ses fils, à propos du cancer d'un de ses beaux-frères, ou, entre autres, à propos de son petit fils qui avait été hospitalisé. La voie d'expression privilégiée pour la famille était celle du corps, comme s'il ne pouvait, ne devait en être autrement. L'héritage génétique était en lien : un corps familial aux vicissitudes somatiques, pour les hommes seulement. Je dois rappeler ici

cette image d'un corps masculin grand-paternel qui fait défaut somatiquement : celle de son grand-père qui avait uriné du sang avant de mourir d'une crise d'urémie. Lorsqu'il m'en parlera en entretien, il me précisera bien que lui « urine de l'urine », comme pour se rassurer. Je comprenais ainsi qu'il pouvait penser que les signes de la castration pourraient conséquemment faire mourir dans le réel, lui ou un autre. J'aurai donc pu en mourir, contaminé psychiquement.

Chercher le bon pénis, le tendre pénis : homosexualité latente

Lors de ma présence simultanément en séance d'hémodialyse et de psychothérapie, par un transfert paternel, c'est comme si je lui donnais à téter le bon pénis, le bon sperme, ce qu'il recherchait, psychiquement, physiquement, *avidement* (cf. Winnicott, 1939, p. 19-20 ; p. 27), par désir d'un nourrissage vivifiant et décontaminant. Lors d'un entretien, me parlant de ses difficultés à danser avec sa femme, « je lui marche sur les pieds », métaphore du lien sexuel qui se fait mal et fait mal, il me dira : « toi tu dois être un valseur avec les yeux que tu as ! ». Je l'entendais comme conséquence de son fantasme par lequel j'étais pour lui le détenteur du bon pénis, du bon sperme avidement recherché, envié. Aussi, il me dira : « tous les jours je pense à ce que tu as pu me dire, et ça m'aide », ce que j'entendais après-coup comme la conséquence d'une pénétration efficace, source d'un plaisir sexuel. À ce propos, à la fin d'une de nos séances, il me remerciera en me mettant la main sur la cuisse. Cette proximité physique à la connotation sexuelle avait été gênante pour moi. Bernard me dira faire de même avec son beau-frère, ce qui gênait sa femme. J'avais donc adopté une réaction de gêne similaire à celle de sa femme. Cette gêne me paraissait en lien à son homosexualité latente ici agie, ce qu'il n'entendait pas comme telle, car trop honteux. Si avec son père et ses fils il avait pris et prenait beaucoup de plaisir à aller à la pêche, avec son beau-père, il prenait beaucoup de plaisir à chercher des champignons, ce qui ne pouvait que m'évoquer la recherche de phallus ensemble, phallus-poissons, phallus-champignons, par recherche de réparation de ce sexe réellement insatisfaisant. Ce plaisir avait été détruit par son beau-père, lorsque celui-ci lui a dit : « tu n'es rien pour moi et la famille ». Cela avait eu pour effet de le désobjectaliser, comme si son beau-père le castrait à nouveau, l'anéantissait. À plusieurs reprises, je me demanderai en quoi son impossibilité à parler à un médecin de ses problèmes liés à son sexe était source de ses plaintes à propos de son corps. Comme si, finalement, Bernard cherchait à être soigné de quelque chose de son corps sans pouvoir dire réellement quoi car cela lui était trop honteux. Derrière ce malaise au sein de la relation transféro-contre-transférentielle en lien à différentes angoisses de mort et de castration, j'entendais chez Bernard ce qui avait trait à son flux terrassant, flux d'angoisses de différentes natures au sein duquel celles de mort étaient liées, substituées, à celles de castration.

Chercher l'amant-père : chercher un autre phallus sain, sans phimosis

Les conditions de sa naissance, ce que je reprendrai plus tard, étaient selon lui ce qui l'avait amené à « être faible » sur certains plans, notamment sur celui de n'avoir pas pu dire à sa femme ce qu'il pensait d'elle lorsqu'elle avait couché avec *leur* patron, lequel était pourtant marié et père de deux enfants. Il aurait voulu lui crier qu'elle était une « putain », mais il ne l'a pas fait et ce cri semblait encore en lui. Parlant d'elle avec ce terme de putain, je pensais au « rabaissement » de la femme (Freud, 1912a ; André, 2011, p. 103-104 ; 2013, p. 40-44) : s ; Freud évoquait « l'amour des putains » (1910) – dont la condition du tiers lésé – en lien à la découverte par l'enfant de la mère amante, « prise » par un autre que lui. En effet, cette « putain » était allée chercher un autre phallus que le sien avec lequel prendre du plaisir sexuellement et même se reproduire ici, la rendant mère pour elle-même et pour Bernard, rendant cet acte très fécond, ce qui pouvait bien lui faire fantasmer qu'il ne pouvait ni lui donner de plaisir sexuel, ni se reproduire avec elle, ce qui avait été castrant à plus d'un titre. J'entendrais qu'en fait sa femme cherchait la tendresse de son mari quand la sexualité était peut être évitée car trop porteuse de connotations notamment par rapport à son père et son frère qui trompaient à tout va, impérieusement, tout en s'en vantant auprès de leur famille, ce qui avait révolté Bernard. Évidemment, Bernard fantasmait qu'il en était de même de sa femme. En trompant Bernard, alors qu'ils se rencontraient tendrement, sa femme réalisait un désir œdipien, contrainte cependant, car derrière cet amant était le beau-père de Bernard, le père de sa femme, fuit et ici recherché, comme un « désir impérieux » (Freud, 1898, p. 231), tant pour la femme de Bernard, que pour Bernard lui-même, avec ici *leur* père-patron. Sa femme, après lui « avoir tout avoué », avait « menacé de se jeter dans le canal ». Cela avait généré tellement d'échos chez Bernard que cela avait été pour lui impossible de la laisser tomber, s'identifiant à son désespoir, et pensant inconsciemment ainsi qu'elle pardonnerait ses difficultés sur le plan sexuel.

L'ablation de sa prostate : reviviscence de la castration

Bernard me parlera de son ablation de la prostate et des conséquences sexuelles et relationnelles pour lui et sa femme. Avant l'intervention, par des éjaculations devenues tardives et douloureuses, certains rapports sexuels avaient été particulièrement douloureux entre lui et sa femme. Il « forçait », m'avait-il dit, ce qui avait pu rappeler à sa femme et à lui-même leur propre père, d'où la nécessité de ne plus *coucher* ensemble : ne plus *dormir* avec sa pute de femme, dormir séparément de sa sainte femme.

Scène primitive fécale : monstre à évacuer prématurément ?

Le traumatisme de sa naissance : prématurément né/mort ?

Bernard me donnait l'impression de devoir se sentir pris, compulsivement et répétitivement, au sein de situations douloureuses afin de s'en plaindre, si bien que plus

personne, mais surtout lui, ne sache pourquoi cela arrive. Lors de la fin de la première année de sa psychothérapie, il se demandait avec moi s'il en était « arrivé là » parce qu'il était né prématurément « à huit mois », ou encore parce que, « à cette époque, il n'y avait pas les couveuses d'aujourd'hui ». Pour moi, les services d'hémodialyse ont des similitudes à des services de néonatalogie, lieux dans lesquels vie et mort sont conjurées, ce que je mettais d'autant plus en lien avec Bernard. C. Druon (1997 ; 2008, p. 471-472) évoque la conflictualité interne du père et de la mère à propos de leur bébé prématuré de cette façon, ce que je pensais dans mon contre-transfert : « On perçoit à travers les dires des parents que la peur de perdre l'enfant cohabite avec son rejet. »

« Quelque chose » de Bernard ne serait ainsi selon lui « pas arrivée à terme au niveau de [s]on cerveau ». Il se demandait également si « les bains de vin rouge » qu'on lui avait donnés pendant un an, préconisés « par une sage-femme », n'avaient pas eu de conséquences sur le plan « mental ». *Ces bains de vin rouge me convoquaient l'image du sang, similaires à des transfusions afin de lutter contre une certaine mort, ce qui se rejouait pas les séances d'hémodialyse, afin, dans ces deux situations précises, de sur-vivre*. « J'étais une vraie crevure » m'avait-il dit à propos de lui-même à sa naissance. Je retenais ainsi l'aspect de *crever,* au sens de mourir, ainsi que le sens de « s'ouvrir en éclatant, en se répandant » (Larousse, 2011), en lien à la cruauté, comme si quelque chose de lui avait crevé effectivement, ce qui me rappelait ses angoisses de vidage, son transfert dans un lien narcissique à son beau-frère dont les organes internes avaient « éclatés » m'avait-il dit. Je faisais un lien à sa naissance prématurée comme si sa mère avait pu le vivre et/ou comme si lui avait pu se vivre comme quelque chose qui éclate, notamment l'amnios dite « poche des eaux », par l'accouchement prématuré. Cette naissance prématurée aurait pu faire crever également, au sens de mourir, tant sa mère que lui, voire les deux. L'amnios fait ici figure d'enveloppe maternelle qui n'a pas tenu, qui ne l'a pas retenu, témoignant pour Bernard de vœux fécalisants : lâcher, évacuer la merde-crevure-bébé. Relevons qu'il est vrai que les nourrissons nés prématurément sont souvent qualifiés de « crevettes », ce qui pouvait avoir un lien ici à ce que m'avait dit Bernard. La question de l'investissement maternel du nourrisson prématuré qu'il a été se pose : comment investir une crevette, une crevure ? Quelles relations ont-ils entretenus ? Jamais Bernard ne me parlera de sa mère, de ses relations à celle-ci, comme si, finalement, elles n'avaient pas existé.

Un matin avant notre entretien, en s'éveillant, il avait vu de grands cercles noirs « d'au moins trois mètres » avec une tâche blanche au centre également. En ouvrant ses volets, les fleurs du jardin d'en bas, des fleurs bleues, ont été ensuite « hallucinées » par lui. Le néphrologue lui avait alors prescrit des investigations médicales sur le plan neurologique. « Je dois devenir fou ! », m'avait-il dit alors pour enfin se demander s'il s'agissait d'« un cancer du

cerveau peut être, comme ça, *enfin*, ce serait la fin ». Alors il se demandait à nouveau si le fait d'être né prématurément à la maison à huit mois ou encore des bains de vin rouge ont eu des conséquences sur ses hallucinations. Remettant tout en cause dans sa vie, il dira : « je dois avoir un problème dans le cerveau », comme si cela ne pouvait être que médical, physique. Bernard interprétait ses dysfonctionnements comme somatiques, dans un système de causalité en lien à son hypocondrie. Enfin, il me dira : « J'ai peur de tomber », « Moi : Peur de tomber ? », « Lui : Oui de tomber, de m'évanouir, de tomber, mort. ».

Quel bébé monstrueux ? « Personne ne m'a jamais aimé ! »

À mon départ d'un entretien, après la deuxième année de suivi, lorsque je l'inviterai à chercher ce qui pourrait le rendre plus calme, apaiser sa tension intérieure, il me parlera de sa femme, qu'ils ne se sont pas touchés depuis plus de dix ans, qu'il n'a pas pu la voir nue depuis. Il enchaînera alors : « Bernard : Je suis un monstre ! », « Moi (étonné) : Un monstre ? ! », « Bernard : Oui, un monstre ! Personne ne m'a jamais aimé, ni ma femme ni quand j'étais enfant ! Et c'était pareil quand je suis sorti de l'armée ». Cette figure du monstre est celle du sujet nourrisson prématuré en manque de sensualité. D. Cupa à propos de la pulsion de tendresse relève : « *La peau me paraît alors la source de la pulsion de tendresse qui capte sur toute la surface l'investissement tendre*. Il faut y adjoindre la pulsion sexuelle qui dessine avec elle une enveloppe sexuelle. À elle deux, elles tissent *une enveloppe de sensualité*. (p. 114, 2007a). »[65] Le monstre nourrisson qu'il avait été n'avait pas été touché, sensualisé, ce qui était convoqué à nouveau depuis par la rupture de tout rapport sexuel ou/et tendre avec sa femme et par les dialyses. Il allait ainsi jusqu'à se mettre dans le chemin de sa femme à la maison, pour provoquer des rencontres corporelles entrechoquées, à l'image de leur derniers rapports sexuels, de sa scène primitive. Cela était en lien aux claques reçues par sa maîtresse à l'école, qualifiée de « tyrannique » par Bernard, auxquelles il s'efforçait de ne pas pleurer, ce qui la mettait en rage. S'il ne me parlait jamais de sa mère, il m'avait laissé entendre que leurs rapports étaient plutôt sur ce mode des entrechocs, des claques que celui des caresses. Avec moi aussi, Bernard recherchait le contact à mon corps : ma main, mon avant-bras, ma cuisse. Découragé par lui en entretien, je pouvais ressentir le désir de l'entrechoquer, de le claquer afin qu'il se taise, jusqu'au désir qu'il crève afin de n'avoir plus à me soumettre à son contact. Inévitablement, la naissance à sa chair par caresse(s), pour reprendre J.-P. Sartre (1942), était conviée par son manquement, ce qui originait son auto-investissement corporel, de l'énumération aux plaintes, de quelque nature que ce soit. Bernard me parlait de cloques aux mains, de peau trop fine selon son dermatologue : je me questionnerai alors sur les enjeux de la rencontre sensuelle quant à ces troubles de peau. Cela était en lien avec mon impression qu'il était trop collant, par les mots.

[65] Les italiques le sont dans le texte.

En devenant le seul interprète et éventuel soignant de lui-même, Bernard était à la recherche du désir de l'Un, ne faire qu'Un (Green, 1982), le bébé devient la mère, sont un. Je me dirai que cela était peut-être trop lourd pour sa mère, sa naissance prématurée, ses bains, peut-être avait-elle fait vœu de mort à son égard, se sentant détruite par ce prématuré dont elle ne savait que faire, ce que je pensais d'autant plus pris dans la relation transféro-contre-transférentielle. Ainsi, elle aurait bien pu penser, et/ou Bernard le penser pour elle, comme j'ai pu le faire à son égard : « il n'y a rien à faire, comment lutter ? ».

Re-pêché de la noyade par son père au début de son adolescence

Le début de son adolescence l'a amené à rejouer sa naissance prématurée : mourir/naître avant l'heure, prématurément lâché dans un trou noir. Ce sont justement des « trous noirs » qu'il aura à huit mois de notre suivi *et* de dialyse après chacune de ses séances de dialyse, en lien selon mon hypothèse avec le fait qu'il est né à huit mois. Il était angoissé, et ne sortait ainsi plus. À douze ans, Bernard était tombé à l'eau, alors qu'il était avec son père à la pêche. Celui-ci avait plongé afin de le repêcher, pourtant légèrement handicapé à sa jambe depuis la guerre. Je penserai à l'expression « tomber à l'eau », lorsque, tout comme son père, pour ma part au crépuscule de sa vie, j'avais plongé dans le bain de ses séances d'hémodialyse afin d'essayer de le ramener sur la berge, de ne pas le laisser couler, alors qu'il essayait pourtant de nous faire aller à contre-courant, rejouant le corps à corps avec son père tant re-cherché. À de nombreuses reprises, Bernard reprochera ce repêchage à son père auprès de moi en entretien : « Il aurait mieux fait de me laisser couler » m'avait-il dit. Bernard ne pensait pas qu'il avait essayé de se suicider. Selon lui, il avait eu un « trou noir » puis s'était retrouvé dans l'eau. Je pensais qu'il avait de cette façon implicitement interrogé son père sur son désir à lui que son fils existe et soit en vie. Aussi, en lien aux questions quant à la sexualité naissante de l'adolescent, peut-être avait-il eu envie d'en finir par désespoir de ce sexe douloureux, pas comme les autres, qui menaçaient de potentielles rencontres de partenaires sexuels. En lien à la noyade, à Douaumont, lorsque Bernard me parlera de suicide, c'était la plupart du temps par le moyen de se jeter à l'eau, dans un fleuve où il allait pêcher. Je me demandais : se sentait-il noyé dans le flux de ses excitations ? Cherchait-il à être repêché à nouveau par son père voire ses fils, ses infirmiers ou encore moi ? Après un an et demi de suivi, lorsqu'il m'en parlera en entretien, une ambiance étrange envahira sa chambre d'isolement lors d'un silence. Le temps était à l'extérieur changeant, il faisait ainsi de plus en plus sombre. Ses yeux m'ont apparu alors noirs, comme s'il s'agissait des yeux d'un noyé, dans une inquiétante étrangeté. C'était ici comme s'il me mimait différentes scènes de noyades, lesquelles lui auraient évité de vivre, d'exister : un père noyé dans un canal, dans des os à Verdun, une mère noyée par son liquide amniotique lors de

la naissance de son fils, sa femme qui voulait se noyer afin d'expier ses péchés sexuels et lui-même noyé à l'adolescence puis par son sang en hémodialyse.

Scène primitive vampirique homo-transgénérationnelle : honte primaire

Survivant de différentes noyades, les traces de ce qui aurait pu/dû s'accomplir restaient en lui et faisaient de lui un mort-vivant. Déjà mort, s'éprouvait-il né psychiquement selon lui et pour lui-même ? J'évoquerai ici les figures du vampire telles que Bernard les faisait apparaître en filigrane, tout en précisant ici que, « Comme le vampire qui cherche le sang (et dont le miroir ne réfléchit aucune image de lui-même) ne peut-on pas dire que les addictés » et les dialysés « sont des sujets dépendants d'un liquide (« eau-de-vie) » ici des séances d'hémodialyse et de médicaments « qui, comme le lait, réanime l'autoconservation d'enveloppes psychiques en état de non-différenciation Soi/non-Soi ? ». (Pirlot, 2013)

Prendre la place du mort, dans le cercueil, dans le caveau

Son désir d'être mort l'amènera à me parler à deux reprises de fantasmes en lien au monstre – ce que j'ai déjà évoqué plus haut à propos de Bernard –, au mort-vivant, au vampire. Après un enterrement d'un conscrit de l'Algérie, il me racontera qu'il aurait préféré *être mort*, qu'il aurait aimé ainsi *prendre la place du mort, dans son cercueil*. Aussi, après m'avoir dit que sa vie n'avait pas de sens, à mon départ lors d'un de nos derniers entretiens, il me parlera du caveau, pour sa femme et lui, qui était en train d'être refait. Comme il n'y avait qu'une plaque de plastique, me disait-il en souriant, il pourrait bien se mettre en dessous et mourir ainsi, seul, sans que personne ne le sache. Ces fantasmes dont il me témoignait ne pouvaient que me faire penser au vampire, ici innommable par et pour Bernard.

Son insuffisance rénale chronique : « c'est du poison en moi ! »

Les figures du vampire étaient ainsi évoquées avec moi en entretien et me rappelaient ses jeux de flux, de liquides, terrassants tels que je pouvais les ressentir en sa présence. Relevons qu'il suçait mon sang, mon sperme, mon énergie vitale, s'en nourrissait, tout en ouvrant les vannes par lesquelles j'étais ainsi noyé, moi, de son sang et de son sperme contaminés/contaminants, empoisonnés/empoisonnants. Bernard me disait à propos de son insuffisance rénale : *« c'est du poison en moi ! »*. Par nos séances, c'était comme si Bernard avait cherché à me contraindre, moi aussi, à boire son sang et son sperme empoisonnés, m'en gaver, avidement, afin d'en guérir, ce que sa machine d'hémodialyse faisait réellement, le vidant et le remplissant machiniquement de son sang par sa fistule.

Sa fistule artério-veineuse : la trace du baiser mortel du père-vampire

À ce propos, Sa fistule lui était parfois très douloureuse, jusqu'à trois jours plus tard, quand il y avait un week-end, et donc deux jours sans dialyse. Un infirmier me disait ne pas comprendre cela : Bernard n'aurait pas dû avoir mal avec la fistule qu'il avait. Pourtant, Bernard argumentait ses douleurs par le fait que certains nerfs avaient été selon lui touchés lorsqu'on

l'avait piqué. D'ailleurs, il était souvent très inquiet quand de nouveaux ou inexpérimentés infirmiers le piquaient, avec raison argumentait-il, cela étant allé jusqu'à un énorme hématome, ce qu'il avait bien pu vivre comme un cruel plaisir de faire mal, de rater ses ponctions. Je m'interrogeais sur son désir d'être sexuellement pénétré, désir qui ne pouvait être que douloureux, rappelant son phimosis. J'associerai sur la trace du père, trace-héritage. La fistule était comparée par moi à la morsure du vampire et des traces que celui-ci laisse, sous la forme d'un baiser dans le cou. Enfin, il devait appuyer fortement au moment de la compression, si bien que cela lui faisait mal, notamment par ses angoisses de vidage. En lien à cela, il pourra dire à plusieurs reprises qu'il pourrait se suicider par un coup de canif dans sa fistule, afin de se déverser de son sang, de s'en vider, quand ce coup de canif pourra être une menace concernant deux infirmiers hommes du service, comme s'il voulait tuer les deux infirmiers qui avaient protégé le corps de son père de se vider de son sang à Verdun.

Scène primitive incestueuse et homosexuelle : héritage réel

La honte d'être issue de ses parents, que sa maladie soit issue tant de son grand-père paternel que de son père, faisant figure de scène primitive incestueuse et homosexuelle. Cela m'expliquait ses vœux parricides, ses regrets que son père lui ait transmis simultanément la vie et la mort. *Les hommes (se) reproduisent entre eux, (se) contaminant d'une sexualité honteuse.* En effet, il est question par la figure du vampire de figures transgénérationnelles : le grand-père paternel et le père qui transmettent vampiriquement la maladie, sa maladie, son hypertension artérielle à l'origine d'une crise d'urémie qui le fait mourir à quatre-vingt ans, ce qui avait conduit Bernard en hémodialyse.

b) Les plaintes corporelles de Bernard : « Changez le rein ! »

Pour Bernard, l'héritage issu de son corps familial, l'héritage somatique, avait été bien trop lourd : dans ce contexte, comment pouvait-il s'écouter corporellement ? Ses plaintes hypocondriaques s'inscrivaient dans un transfert maternel, quand ses plaintes hystériques s'inscrivaient, elles, dans un transfert homosexuel.

L'écoute hypocondriaque chez Bernard

Bien que je tentais au mieux de le comprendre, mon repérage nosologique de ses plaintes m'était difficile. Bernard me semblait lui-même perdu avec ses différentes plaintes. Des infirmiers m'avaient témoigné leurs craintes que Bernard ne soit pris à son propre jeu de « crier au loup » et que cela ne les entraîne à négliger de graves symptômes somatiques quand trop de plaintes bénignes avaient été prises au sérieux. Aussi, il était arrivé au cours de la même séance qu'un symptôme somatique disparu depuis peu selon lui réapparaisse mystérieusement en fin d'entretien par exemple, si bien que je me demandais si j'avais bien compris, bien entendu ce qu'il m'avait dit alors, comme s'il avait s'agit d'une hallucination. Le quitter à la fin de sa

séance pouvait le conduire à exprimer la résurgence d'un symptôme corporel, ce qui était un moyen d'attirer l'attention, afin qu'il ne soit pas trop rapidement laissé seul. J'observerai une évolution en fin de suivi par laquelle des maux de ventre manifestés en début de séance se verront atténués jusqu'à « aller mieux » en fin de séance lors de mon départ, ce qu'il pouvait me manifester de lui-même.

Bernard remettait en cause sa maladie rénale et la nécessité vitale de ses séances d'hémodialyse, en déclarant, dans des moments de sursaut de sa part en séance avec moi : « je n'aurais pas dû écouter le Professeur de néphrologie ! ». Il pensait que son traitement antihypertenseur, prescrit par son néphrologue, avait *créé* son insuffisance rénale chronique : Bernard était donc convaincu qu'il n'aurait pas dû prendre son traitement pour son hypertension artérielle afin de ne pas se retrouver en dialyse. De cette façon, il mettait de côté qu'il avait pourtant fallu soigner son hypertension artérielle, afin de protéger son cœur, son cerveau, ses reins et donc un recours plus précoce à la dialyse. Sans doute pensait-il, en lien à ses fantasmes de belle-mort, que ces traitements l'avaient empêché de mourir, vœu-désir de vie et de mort difficilement avouable. J'associais pour lui le fait de ne pas écouter son médecin, lequel entend quelque chose de son corps pour le protéger, à ses imagos parentaux. Ces derniers avaient-ils été en mesure de l'écouter de façon suffisamment hypocondriaque ? Avaient-ils été sourds car débordés par ce petit prématuré qu'il avait été et qu'il continuait d'être pour eux, pris dans des désirs conflictuels de vie et de mort à son égard ? Bernard avait-il été noyé de ces vœux conflictuels ? S'en était-il rendu malade ? Et cela d'autant plus lorsque ses parents auraient préféré pour lui une autre femme que la sienne, une femme faisant figure de sainte, ce qui contribuait à le rendre malade lors de ses séances et à remettre continuellement en question son choix affectif. Par ces interrogations, je tentais de comprendre ce que Bernard se demandera lors d'un de nos derniers entretiens, sur un ton à deux teintes, celle de l'affirmative et celle de l'interrogative, « je suis un malade imaginaire ?! », sans avoir été en mesure d'approfondir. Je reliais cela aux vécus des soignants, ce par quoi Bernard devenait parfois en staff la risée de toute l'équipe infirmière. On se moquait de lui, avec peu de recul et cruel plaisir, ce qui me faisait penser au malade imaginaire de Molière, déjà évoqué. C'était finalement comme si toute l'équipe savait de façon latente ce que Bernard tentait de cacher de son phimosis, de sa prostate, de son homosexualité latente, par honte, sans pourtant que l'équipe ne le sache manifestement. Aussi, j'entendais ces railleries comme besoins vitaux de la part des soignants d'*expulser sur un mode anal la merde de son reflux hypocondriaque*, duquel Bernard était lui-même envahit, quand ses désirs ambivalents de vie et de mort étaient des désirs difficilement supportables pour des soignants, moi y compris.

Notamment, il demandera à ce que le rein artificiel de la machine d'hémodialyse soit changé pour un autre, convaincu que cela arrêterait ses grattages. Il avait tellement insisté auprès de son néphrologue, qui avait lui la conviction médicale que rien ne changerait, qu'il avait fini par céder. De façon magique, et sans aucune incidence médicale selon son néphrologue, ses grattages s'étaient totalement arrêtés. Je me demanderai : n'était-ce pas son rein à lui qui aurait dû être changé pour ne plus avoir à recourir au traitement palliatif qu'est la dialyse ? Était-ce là une greffe de rein artificiel symbolique ? Aussi, notons qu'il prendra des anxiolytiques prescrits par son médecin à plus forte dose, acceptant la prescription et rejetant ainsi la posologie. Aussi, il avait eu recours à une barreuse qui s'était rendue compte qu'elle ne pouvait rien faire pour lui, que cela était trop lourd pour elle. Elle avait cessé de le voir. Ainsi, il apparaissait inguérissable, aux yeux de tous mais surtout aux yeux de lui-même, et était lâché par une femme, encore une. Lâché d'être vécu trop lourd, au fil de ses expériences, depuis sa naissance, il était devenu son propre médecin, convaincu de lui-même que personne, moi y compris, ne pouvait le soigner.

Angoisse de vidage et flux tendu

Cela l'apaisait et l'angoissait simultanément, ce qui nourrissait son flux tendu par lequel son entourage comme l'équipe soignante pouvaient être submergés, flux teinté d'angoisses de différentes natures, pêle-mêle, de castration, de mort, d'anéantissement. « Oui je suis angoissé des fois comme ça et je sais pas pourquoi ! », me disait-il, ne cherchant plus les raisons par de trop coûteuses représentations et angoisses qui s'entremêlaient et ainsi se dénaturaient. Lorsque par exemple pendant le suivi il me parlait de remontées gastriques, je ne pouvais que les entendre comme résultantes de ses angoisses. Quant à lui, il avait été nerveux « comme [son] père », ce qui, selon lui, expliquait son hypertension. Notamment, comme je l'ai déjà évoqué, j'ai pu observer chez Bernard des angoisses de vidage, par sa fistule, confiées par lui huit mois après le début de notre suivi. Bernard était angoissé au moment de la compression à la fin de ses séances de dialyse. Il craignait que le sang ne s'arrête pas de couler, qu'il y ait une hémorragie. Un peu plus loin dans le même entretien, il me dira qu'un de ses amis était en dialyse, en cathéter jugulaire. Cela s'était mal passé pour lui : dans un premier temps bouché, il y avait ensuite eu une hémorragie. On lui aurait dit qu'il aurait pu mourir en une minute, ce qui n'avait donc pas été le cas. Cependant, cette angoisse confiée à Bernard avait rejailli sur lui, à nouveau par un processus identificatoire à un sujet masculin malade somatiquement. Bernard était notamment inquiet de se faire réopérer de sa fistule artério-veineuse, « ce n'est pas agréable », me disait-il seulement. Il me confiera ensuite que depuis deux semaines, lorsqu'il quitte la dialyse, il se sent comme dans un « trou noir ». Plus tard, il me dira avoir des idées noires, ce que je mettais en lien à ses angoisses de vidage. Je ferai à nouveau le lien à son père,

à sa jambe éclatée, garrottée grâce aux deux infirmiers qui, éclatés par des obus, en avaient laissé leur vie, protégeant le corps de son père. Ses angoisses de vidage étaient liées à des angoisses d'anéantissement par lesquelles il pouvait appréhender d'être terrassé, par hémorragie ou chute de tension, de ne pas pouvoir contrôler le moment de sa fin, ce qui était à la fois redouté et recherché, afin d'en finir avec cet état de tension permanent. Son flux terrassant ses interlocuteurs était en lien à ses angoisses de vidage : il n'y avait pas d'autre issue que celle de faire barrière, tant pour son entourage et ses soignants que de lui-même, afin d'éviter sa merde.

Angoisse d'un intérieur viscéral menaçant : identifications effroyables

Certaines plaintes corporelles étaient conséquentes d'un transfert en miroir. J'ai retrouvé ce mécanisme plus particulièrement en lien à son beau-frère. En effet, celui-ci avait rencontré, lors du suivi de Bernard, de graves troubles somatiques. Sur la fin de la seconde année de notre suivi, Bernard commençait un entretien en me disant avoir mal au colon : « il doit y avoir quelque chose, peut être un cancer ». Il me précisera à ce sujet, après lui avoir demandé s'il serait inquiet, soucieux d'avoir un cancer, qu'il aurait plutôt le désir d'en avoir un. Comme association latente, il avait à la suite de cela évoqué longuement son beau-frère. Depuis cinq ans, c'était la débâcle : on lui avait retiré le colon, dès lors, il avait une poche. Son cancer devait ainsi être traité par rayons, il ne le savait pas encore, personne ne lui en avait parlé. En séance avec lui, j'avais imaginé que son beau-frère sortait d'un champ de bataille, sans bien comprendre pourquoi en entretien, représentation pourtant associée au père de Bernard – ce que je serai en mesure d'associer après-coup. L'intérieur viscéral de son beau-frère s'atrophiait, Bernard me disait, sans en être pour autant horrifié : « c'était tout noir à l'opération, comme si ça avait déjà *éclaté* ! », représentation crue et anale. *Outre celle de la reviviscence de l'éclatement prématuré de sa poche d'amnios, une de mes hypothèses est qu'il s'agissait d'un vécu d'éclatement auquel il s'identifiait, sans pour autant que ce vécu soit pour autant de même nature chez son beau-frère. Cet éclatement, sur un mode anal, était au-delà de ses angoisses hypocondriaques. Pour Bernard, cela était en lien à la cadavérisation du corps.*

La femme de Bernard le plaignait et avait de la compassion pour son beau-frère, contrairement à son mari. Je pensais qu'il pouvait bien, en se déclarant l'éventualité d'un cancer du côlon, chercher non pas un cancer mais l'attention de sa femme, car cette dernière savait l'accorder à son beau-frère. D'autant plus quand il me rappelait à propos de sa femme qu'elle lui demandait de se taire dès qu'il recommençait à parler de la dialyse. Quelques mois plus tard, son beau-frère était dans un état très sérieux. Bernard me dira à ce moment que la femme de son beau-frère, donc la sœur de sa femme, lui faisait toujours beaucoup trop à manger, laissant ainsi entendre qu'elle pourrait bien être la responsable de son cancer du côlon, de cette ablation

de l'intestin. Dans un conflit ambivalentiel, j'entendais ses allusions comme s'il me disait indirectement que c'était sa femme qui l'avait rendu malade, déjà, toutes ces années de vie commune, ce qui était en lien à sa mère à lui, à sa naissance prématurée : *c'était elles qui avaient fait éclater*.

Le beau-frère de Bernard avait subi plusieurs opérations dont une par laquelle on lui a retiré trente centimètres d'intestins, puis une autre où il a fallu retirer le colon, d'où sa poche. Les prémisses ont été une opération au niveau du cœur, pour une artère semble-t-il, sans qu'il ne sache bien m'expliquer. Ce qui à vrai dire m'était apparu très étonnant pour quelqu'un d'aussi tourné vers ce qu'il vivait de/dans son corps… À chaque séance, comme ici à propos de son beau-frère, comme dans un cours de médecine, sur une planche d'anatomie, Bernard exposait devant nous, entre nous, l'intérieur viscéral menaçant. Menaçant d'autant plus, lorsque, dernièrement, la poche de son beau-frère avait éclaté alors qu'il était en compagnie de ses petits-enfants. Cela m'était apparu pour Bernard une scène d'horreur, une scène d'effroi, ce que j'avais pu penser malgré la répression de ses affects à ce propos. À noter, j'aurai pendant cet échange un moment de confusion, confondant une tubulure tendue de part en part par un infirmier dans la chambre d'à côté avec un colon justement (les vitres entre les chambres sont transparentes afin de surveiller l'état des patients). Je ferai à ce propos le lien aux travaux de C. Janin à propos du collapsus de la topique interne (1996). Cette porosité des limites entre fantasme et réalité révélait bien son fonctionnement psychique à propos de son corps, rêve(il)lé par les séances d'hémodialyse. Son intérieur viscéral était devenu transparent de façon latente, sans l'être toutefois manifestement. Bernard assistait ainsi à chaque séance à la mise à l'extérieur de ce qui aurait dû rester à l'intérieur, expérience traumatisante continuellement répétée, au moins trois fois par semaine. Comment alors ne pourrait-il pas s'identifier à son beau-frère alors ? Aussi, il m'avait parlé longuement de sa belle-fille, la femme d'un de ses fils, en dépression depuis la mort de son père, père dont elle avait vu les organes à l'extérieur de son ventre avant de mourir. Autre image convoquée, celle d'un de ses beaux-frères, alors à l'hôpital, dont la tête gonflait de plus en plus, quelques temps avant sa mort, ce qui était « horrible » selon Bernard.

Différentes attaques corporelles dans la famille de Bernard se retrouvaient selon lui, où les ouvertures des corps alors vidés ou coupés de quelque chose de leur intérieur rendaient compte de vécus d'éclatements, d'explosions, jeux de relations en miroir, d'autant plus par sa prématurité et la figure de son père garrotté sous les obus à Verdun, protégés sous les corps explosés d'infirmiers-cadavres d'avoir voulu soigner.

Angoisse de mort : du désir de mourir à la recherche du Nirvâna

Ses angoisses de mort étaient teintées d'envie de mourir, par espoir d'en finir un jour avec tout ce qui pouvait créer des tensions en lui. Il s'agissait de supprimer toute tension interne, c'est le principe de Nirvâna, dont parle S. Freud (1920b). S'il me parlait de suicide, sa propension à un passage à l'acte me paraissait très mince : je pense que l'idée même de suicide, ou plutôt l'idée d'en finir avec la vie, avait sur Bernard un effet calmant.

3. Perspectives : faire éclater l'intérieur viscéral menaçant rempli de merde?

Bernard me dira, lors d'un de nos derniers entretiens, que sa femme voulait donner son corps à la science puis être incinérée avant d'être déposée au sein de leur caveau familial, ce qui l'avait amené à des vœux similaires. Il s'imaginait qu'on lui ouvrirait le ventre afin de voir ce qui dysfonctionnait à l'intérieur. Encore et toujours, il s'agissait de l'intérieur viscéral menaçant, comme si des experts ne trouveraient des explications sur son compte qu'après sa mort : « comme ça, *enfin*, ils trouveront ce que j'ai », m'avait-il dit. Selon Bernard, c'était bien seulement par sa mort, que la vérité, *sa* vérité, *éclaterait*, par retour dans l'amnios qui avait éclaté prématurément, ce qu'avait été primairement l'intérieur viscéral menaçant de sa mère, tout comme la jambe éclatée à la guerre de son père. Les figures féminines, fantasmatiquement cruelles et menaçantes, mais qui n'avaient pas réellement empoisonné somatiquement, avaient été mises de côté psychiquement par Bernard au profit des figures masculines, tendres et rassurantes, néanmoins empoisonnantes/empoisonnées et contaminantes/contaminées, figures de corps entamés dans leurs chairs, voire morts, ce à quoi Bernard pouvait s'identifier.

4. Synthèse des résultats

Dans sa recherche de tendresse paternelle, Bernard nous a amené à nous interroger quant au poison des liens du sang, d'un corps familial qui a contaminé rétroactivement en chair et en pensée sa psyché et son corps, dont son sexe et ses reins, jusqu'à l'os, par le recours à des scènes primitives mortifère, sadique, fécale et vampirique, issues de périodes bascules tant de vie que de mort, bases fantasmatiques de sa chair, lesquelles l'ont conduit en hémodialyse et en psychothérapie, bientôt à sa mort physique. Dans ses désirs de vie et de mort, flux dépressifs et mortifères, Bernard s'identifiait à des corps castrés, malades, morts et des corps devenus cadavres : les figures tendres et cruelles de ses grand-père paternel, père et fils, et sa propre figure crevure née prématurément qui aurait pu ne pas survivre à sa naissance noyé dans la chair d'un corps maternel. Pour Bernard, les hommes le guérissaient de leur tendresse mais l'empoisonnaient de leur héritage biologique, quand les femmes l'empoisonnaient de leur dureté. Cela s'échoïsait à sa fin de vie en hémodialyse, où il survivait trois fois par semaine rattaché à un cordon et un placenta machinique pour une transfusion de vie et de mort, comme dans un service de néonatologie, rappelant que son corps pouvait à tout moment lâcher, éclater, crever de cet intérieur viscéral inquiétant, pour *enfin* être étudié sous toutes ses coutures, en chair et en os, par des scientifiques, comme cela était déjà le cas en néphrologie et en centre de dialyse par des médecins-néphrologues. À l'aide de plaintes corporelles à visée auto-conservatrice, similairement à sa recherche de tendresse, Bernard pensait de façon obsédante aux corps *crevés*, procédé calmant, défense obsessionnelle et processus d'identification. Cette écoute hypocondriaque était en jeu au sein de la psychothérapie de Bernard, laquelle représentait pour lui un dernier espoir-désespoir de re-liaison par infusion, transfusion et hémodialyse somato-psychiques, tentatives de transmissions de vie *et* de mort afin de se décontaminer psychiquement et corporellement de ce qui avait pourri sa chair, son esprit et ses relations, de ce qui l'avait empoisonné et continuait à l'empoisonner.

B) Lucette. *Morts et mélancolie : « Mon père est mort de ma maladie ! »*

1. Présentation préliminaire

a) Descriptions médicale et familiale

Veuve depuis une vingtaine d'années, Lucette avait soixante et onze ans aux débuts de nos rencontres en séances d'hémodialyse. Atteinte d'une polykystose rénale, une forme génétique de la maladie rénale, elle dialysait depuis trois années, sans perspective de transplantation du fait de son état médical et de son âge. D'origine espagnole de mère et de père, l'origine génétique et héréditaire de sa maladie était issue de sa lignée paternelle. Son père était mort d'une crise d'urémie lorsqu'elle avait cinq ans, en Algérie alors française, où elle était née, alors qu'elle vivait avec sa mère et sa fratrie. Fratrie dont elle ne me parlera jamais, Lucette était, lors de nos rencontres, la seule survivante. Seuls éléments portés à ma connaissance, sa sœur était morte d'un cancer quand l'un de ses deux frères était mort des suites d'une insuffisance rénale. Sa famille connaîtra une période de précarité matérielle après le décès de son père puis sa mère refera sa vie avec un homme décrit par Lucette comme maltraitant. Lucette quittera l'Algérie en compagnie de son mari pour le Maroc, où elle vivra quelques années, puis pour la France, elle avait alors une vingtaine d'années. Lucette avait été la mère de quatre enfants, deux filles et deux fils. Ses deux filles avaient la polykystose, sans recours palliatif à ce moment de la prise en charge. Lucette avait soixante-trois ans lorsque l'un de ses fils était mort des suites d'une rupture d'anévrisme après un coma dans un service de réanimation médicale, probablement des suites d'une polykystose non diagnostiquée, huit ans après le décès brutal de son mari. Grand-mère à plusieurs reprises, une de ses petites-filles de onze ans avait été diagnostiqué polykystique.



Le paléontologue P. Sereno et l'archéologue E. Garcea exhumant des squelettes du plus grand cimetière découvert à ce jour dans le Sahara. M. Hettwer (2008). National Geographic.

b) Cadre des rencontres

Je propose ici le matériel clinique d'un travail de plus de deux ans avec Lucette, en chambre isolée de dialyse. Compte tenu de la demande de Lucette, qui s'avérait être essentiellement une demande de soutien, ses capacités associatives et à supporter la présence de quelqu'un auprès d'elle pendant les séances, et de mes disponibilités dans ce centre d'hémodialyse, j'ai proposé à Lucette une séance d'une demi-heure toutes les quatre semaines, ce qu'elle a accepté. Cette régularité a été menacée lorsque, selon elle, elle ne se sentait « pas assez bien », que, « physiquement », disait-elle, cela n'était « pas tenable ». Quatre entretiens n'auront ainsi pas lieu. Il m'était dans ces moments difficiles de penser clairement s'il s'agissait de véritables troubles somatiques ou bien d'excuses données afin d'éviter ses séances.

L'agressivité qu'elle déchargeait non-verbalement, lorsqu'elle me présentait ses excuses, ne me laissait envisager aucune autre hypothèse que la seconde. Dans ce second cas, il était toutefois intéressant de relever que ses excuses ne semblaient pouvoir revêtir que la forme des plaintes corporelles.

Par son impossibilité, réelle ou fantasmée, à me dire qu'elle ne souhaitait pas s'entretenir ce jour-là, je pensais de sa part un double jeu mêlé de désir et d'appréhension de ruptures. De mon côté, cela a pu m'irriter et me décourager. Lucette cherchait de cette façon à me faire vivre par retournement ce qu'elle subissait *et* du cadre contraignant de ses séances d'hémodialyse *et* du rejet, réel et/ou fantasmé, de ses enfants et petits-enfants. Je m'interrogerai sans pouvoir en connaître la réponse : était-elle mise de côté, voire rejetée par ces derniers ou projetait-elle elle-même ce rejet, ce qui y conduisait conséquemment ? Par cette agressivité déchargée sans mot, j'avais alors ce sentiment qui était le sien, d'être seul et abandonné, inutile, de ne servir à rien, d'être nul et à éliminer. Cela était très éprouvant à ressentir, désespérant et *plombant*. Se sentant ainsi, mais ne pouvant pas l'exprimer, Lucette s'isolait de nos séances et en dialyse, comme chez elle. Lucette souhaitait en effet « dialyser seule », sans contact avec les autres, hormis une autre patiente avec qui elle était « amie », et qui, elle aussi, aimait être en chambre isolée, seule, pendant ses séances de dialyse. Une majeure partie de la famille de cette autre patiente lui avait « tourné le dos ». Lucette s'identifiait en cette amie, figurant son double, car la plupart de ses enfants ne venaient que très peu lui rendre visite.

Son suivi avec moi était déjà installé lorsqu'un suivi avec son double se mettra en place, en raison d'une découverte d'un cancer chez ce dernier. Cette prise en charge psychique du double féminin favorisera et maintiendra le lien à Lucette. Je prenais ainsi en charge, en soin, son double féminin d'autant plus menacé par une échéance de la mort apparaissant pour elles, par la découverte de ce cancer, bien plus proche, ce qui avait une valeur toute particulière pour Lucette. Je tentais psychiquement de soigner, d'envelopper les corps féminins malades somatiquement, afin de les maintenir vivants psychiquement, au sein d'un jeu oscillatoire du pas encore mort mais déjà mort et du pas encore mort car encore vivant.

Différents jeux oscillatoires ont été observés par moi chez Lucette, comme un mouvement entre vie et mort, inhérent à celui de ses séances d'hémodialyse, par lequel elle semblait se demander : « Je meurs ? » ; « je ne meurs pas ! » ; « je meurs ? » ; …, ce qu'était son besoin de faire osciller présence et absence, ou encore ses plaintes concernant son corps. Ces jeux oscillatoires étaient la résultante de ses désir et répulsion tant de la vie que de la mort, la mort apparaissant comme la dernière bascule de vie, lors de laquelle l'oscillation n'est alors plus possible. Me questionnant à propos de son fonctionnement auto-érotique, je pensais les plaintes de Lucette équivalentes à des tétées-néo-besoin (Braunschweig, Fain, 1975).

Le cadre de nos rencontres était appuyé par l'équipe soignante qui éprouvait beaucoup de difficultés à entendre les plaintes continuelles de Lucette à propos de son corps. Parfois, les soignants étaient perdus entre ses plaintes envisagées par eux comme somatiques et celles dites "hypocondriaques". Ils redoutaient de prendre pour plainte "hypocondriaque" une menace somatique réelle : lassés de la récurrence de ses plaintes corporelles, ces dernières risquaient bien d'être prises pour des leurres, un jeu, *une théâtralisation*, d'autant plus lorsqu'elle s'exprimait de façon agressive à ses interlocuteurs, précisément à propos de ses maux corporels. Dans mon repérage nosologique, je devais laisser à ses plaintes corporelles le bénéfice du doute : je ne vivais en effet pas son corps et ne pouvais pas reprendre toutes ses plaintes aux fins d'évaluer, avec un infirmier ou un néphrologue, celles somatiques de celles hypocondriaques voire hystériques, entre autres, lesquelles étaient entremêlées de façon très complexe, donc peu différenciables. Je partais du principe que chacune de ses plaintes avaient la même importance pour elle.

c) Premières séances et entretien suite à une hospitalisation

Premières séances : enjeux de ruptures familiales

J'ai tout d'abord rencontré Lucette pendant ses séances d'hémodialyse suite à des difficultés relationnelles avec son petit-fils d'une vingtaine d'années, lors de trois entretiens. Cet aspect conflictuel intrafamilial m'a situé dans le transfert dans une place laissée vacante par ce petit-fils, lequel ne venait plus la voir, ne prenait plus de nouvelles, place vacante qui rappelait celle d'un de ses fils qui, lui aussi, ne venait plus la voir, alors que le second était mort. Nos entretiens étaient alors tournés vers les difficultés relationnelles de sa fille avec son propre fils, lesquelles menaçaient de conduire vers une rupture franche. Ces difficultés étaient, pour Lucette, les miroirs de ses relations avec ses propres enfants et petits-enfants, en particulier celles mère-fils. Lorsque certaines difficultés seront quelque peu apaisées, mère et fils se retrouvant, il n'y aura plus de demande de sa part à me rencontrer à nouveau. Lucette réalisait ainsi, par procuration, un désir inconscient.

Ce qui nous a amené à nous rencontrer à nouveau a été une hospitalisation. Nos entretiens ont dès lors pris une toute autre tournure, plus profonde, tournés régulièrement à propos de son corps, oscillant, sans toutefois me permettre d'en juger, entre de réelles plaintes somatiques et des plaintes paraissant, au premier abord, hystériques, mises en scène, comme cela avait pu être le cas lorsqu'elle ne souhaitait pas s'entretenir.

Entretien suite à une hospitalisation

Je reprendrai ici à partir d'un entretien suite à l'hospitalisation dont je viens de parler, entretien important au sein de nos rencontres puisqu'il a permis un rapprochement au sein de la relation thérapeutique.

Mouvement transférentiel d'introjection pulsionnelle

De par mon écoute attentive de ses maux corporels, je passerai progressivement au sein du transfert, des absents vivants, petit-fils et fils, aux absents morts, son autre fils, son mari et son père. Chez Lucette, cette place des absents morts était celle de ceux qui écoutaient, prenaient en eux, prenaient soin, au sens de *care*. Elle était moins menaçante pour Lucette car, de cette façon, elle ne se risquait pas à souffrir de mes absences. Ainsi, son rejet pouvait être perçu par moi comme l'expression de son désir de protection tant narcissique qu'objectal : ne pas faire souffrir corporellement et psychiquement, ne pas faire mourir, pris dans son fantasme de potentielle contamination. Comme les hommes morts de Lucette, j'étais moi aussi introjecté par elle, mis à *l'intérieur*, processus permis par l'écoute de ses plaintes à propos de *l'intérieur* de son corps. Je penserai à l'incorporation orale cannibalique de l'objet dans le moi d'A. Torok et N. Abraham. Ce processus était en lien au jeu oscillatoire présence/absence déjà évoqué. Les enjeux psychiques de ma présence et de mon absence étaient en quelque sorte annihilés, puisque j'étais pour Lucette toujours à l'intérieur, avec, plus qu'un refoulement, une répression du lien érotique à mon égard.

Contexte de l'entretien et aspects non-verbaux

Á mon passage habituel à sa séance de dialyse, Lucette m'avait dit avoir « été malade et hospitalisée pendant deux semaines ». Ressentant un appel de sa part à s'entretenir avec moi – cet entretien n'était pas prévu –, je lui avais alors proposé de s'entretenir, disposant de temps à lui consacrer. Ses cheveux clairs, mi-courts, son attitude, la laissaient paraître robuste, *tel un vrai roc*. Rien ne semblait pouvoir l'atteindre, la déstabiliser, mais cela n'était qu'une lourde façade. Son visage semblait immobile, sans expression. Il ne paraissait qu'en mesure d'exprimer sa colère, laquelle pouvait surgir à tout propos.

Les plaintes corporelles

L'entretien débutera à propos de sa récente hospitalisation, ce dont elle me parlera longuement. J'écouterai alors attentivement ses différentes plaintes corporelles et celles liées à sa prise en charge. Elles seront exprimées longuement, sans pour autant que je ne relève d'élément particulièrement significatif. Je penserai, sans être en mesure de pouvoir l'affirmer, que ce n'était pas les maux à propos de son corps en tant que tels qui étaient importants. Au sein de ses plaintes, leurs contenants étaient plus importants que leurs contenus. Les plaintes faisaient contenances et apparaissaient défensives. Ce que j'entendais de Lucette était sa demande à l'écouter sans association : sans la relancer, sans la faire penser, sans l'évaluer, par l'écoute attentive de ses plaintes corporelles, écoute apaisante pour elle. Cela m'a interrogé sur l'écoute de son entourage proche et de l'équipe de dialyse à propos de ses plaintes. Ici, l'écoute que j'ai proposé, attentive, semblait aller dans un autre sens. Je cherchais qu'elle se sente entendue, que ce qu'elle exprimait derrière ses plaintes corporelles soit entendu. Lucette ne

pouvait, selon moi, faire part de sa tristesse et de sa profonde solitude qu'au travers de ce qu'elle exprimait de ses plaintes corporelles, masquant le vrai message de sa dépression. Cela semblait pour elle la seule voie d'échappée trouvée, par un fonctionnement opératoire, ce qui m'amenait à ne pas pouvoir reprendre son verbatim, comme si la chair de ses messages n'existaient pas/plus. Lucette était en effet vidée de sa chair, de sa vitalité, somatiquement et psychiquement. Ses plaintes corporelles étaient une tentative de re-mise en forme de l'intérieur de son corps qui lui échappait.

Qui (s')isole, de qui, de quoi ? – Protéger le corps familial ?

« De la solitude, du silence et de l'obscurité, nous ne pouvons dire que ceci : ce sont réellement les éléments auxquels est liée l'angoisse enfantine qui, chez la plupart des gens, ne s'éteint jamais totalement. La recherche psychanalytique s'est confrontée au même problème en un autre lieu. » (Freud, 1919, p. 88-89)

Après l'expression de ses plaintes corporelles, j'avais ressenti un creux dans l'entretien, comme s'il avait fallu l'arrêter là, comme si cette expression lui avait été suffisante, car vitale, psychiquement. Celle-ci ne pouvait pas et ne devait pas être associée à une autre représentation, encore moins à un affect. Afin de déjouer ce mécanisme, pris dans un mouvement défensif de ma part, je l'avais relancé sur son petit-fils. Rappelant ce qui avait inauguré nos premières rencontres, j'avais cherché ici à lui faire associer le peu de relation aux autres de par sa dépression, laquelle s'exprimait à travers ce qu'elle disait de son corps. Sans entendre, du moins consciemment, la suggestion de ce lien, Lucette m'avait dit ne pas comprendre pourquoi son petit-fils de dix-huit ans avait « autant changé ». En effet, avant, « il venait souvent voir sa grand-mère ». Mais, depuis, il semblait « poser problème en particulier à son père, avec qui il ne [parlait] plus, ou en tout cas très peu ». Cela la peinait beaucoup. D'autant plus, me disait-elle, qu'elle se sentait « seule » et que cette solitude était « très pesante » pour elle. Ici ce que j'ai entendu et lui ai rappelé était son impression d'être mise de côté, quittée, abandonnée. Pour autant, elle ne semblait pas chercher de compagnie, comme cela était le cas en dialyse où elle s'isolait, s'enfermait, dans ce qui était devenu *sa* chambre d'isolement, véritable chambre *stérile*. Lucette avait recherché en dialyse cet isolement puis se l'était approprié. De la même façon, Lucette s'était isolée en s'enfermant aux autres, à elle-même et en elle-même. Sa pensée s'était opératoirisée, ce qui s'alimentait rétroactivement par ses vécus traumatiques actuels et anciens. Elle ne mangeait ainsi que « très peu », car les repas n'étaient pas pris, partagés avec d'autres, ce qui ne lui donnait « plus envie de faire ». Enfermée en elle-même, Lucette ne pouvait plus se remplir, se nourrir, de la vie, d'aliments, de ses relations avec les autres.

Morts et maladie génétique

Par association à ces difficultés relationnelles intrafamiliales, elle me dira ne pas aller bien « depuis la mort de mon mari », dix-huit ans plus tôt, alors qu'« il était proche de l'âge de la retraite ». Aussi, un de ses deux fils était mort, huit ans plus tôt, d'une rupture d'anévrisme.

Lucette ne me détaillait pas ces événements, mais me les livrait, de façon brute et brutale, crûment, de la façon dont elle semblait les avoir vécus et dont ils restaient inscrits psychiquement en elle. Je ferai alors le lien entre sa dépression et ses morts, son mari, son fils. J'associerai dans l'après-coup aux faits que ces deux décès étaient les conséquences de défaillances corporelles, aux caractères soudain et imprévisible, défaillance corporelle qu'était son insuffisance rénale chronique d'alors. Cela l'avait amené à veiller la soudaineté de ses maux, par la crainte de mourir brutalement, elle aussi, comme eux. Elle cherchait ainsi à se préparer à une mort à laquelle son fils et son mari n'avaient pas pu se préparer, morts auxquelles elle ne s'était pas préparée, lesquelles l'avaient terrassée affectivement, ce qui avait bien pu l'amener à s'isoler de sa famille, afin de les préserver, par identification à eux et soucis de protection. Toujours après-coup, reprenant cet entretien, j'avais l'impression qu'il fallait écouter sa dépression, cachée, dissimulée derrière les maux de son corps – non pas les maux de son corps en eux-mêmes, j'insiste –, puis relancer sur son petit-fils afin qu'elle s'autorise à se livrer de façon plus confiante à propos ici de son sentiment de solitude, d'abandon, lequel était en lien aux décès dont elle m'avait parlé ici.

Son retrait narcissique avait été la seule réponse à ses pertes, mais également à la maladie et à la vieillesse. Par cette réduction du champ perceptif sur elle-même, et les conséquences de la maladie, des traitements et de sa vieillesse, une écoute attentive du corps, des maux de son corps, s'était conséquemment mise en place, comme si elle surveillait, scrutait l'instant de sa mort, seule, vouée à elle-même. Lucette m'évoquait sa maladie : elle avait une polykystose rénale, dont, je le rappelle, la particularité était la transmission génétique. Comme deux de ses filles avaient héritée de la maladie, Lucette s'interrogeait : peut-être que son fils décédé avait cette même maladie. Une de ses petites filles de onze ans avait également la maladie, ce qu'elle commentera plus précisément : « elle est si jeune ! », « vous vous rendez compte ? ! À son âge ! ». Je m'interrogerai alors, comme c'est souvent le cas dans les formes génétiques, à propos de la honte et de la culpabilité d'avoir transmis, donné la maladie rénale. D'autant plus quand une de ses petites filles, à onze ans, en connaissait les premiers signes. Tout en m'y interrogeant, je ressentais ses récits d'atteintes familiales de la maladie comme *désertés affectivement*, me donnant l'étrange sentiment que la maladie de l'un ou de l'autre de la famille n'existait pas tout en étant connu. Il faut remarquer ici qu'elle ne veillait ainsi pas seulement tous *ses* maux à elle, mais tous ceux d'une famille, sa famille, qui étaient aussi *ses* maux, dont elle se sentait responsable, coupable, ce qui pouvait être à effacer par désertion affective.

Comme pour en revenir à l'essence de sa famille, son origine à elle, dont l'origine de sa maladie rénale, Lucette abordera ensuite ses origines espagnoles, sans approfondir, en me disant que ses parents étaient « nés là-bas puis ils sont venus en France ». Elle n'était « allée qu'une

fois là-bas mais y a plus de famille », à sa connaissance. La vérité était ici détournée afin de ne pas dire, approfondir – ce qui se re-trouvera répétitivement chez Lucette –, ce qui suivra lors de son suivi, sa naissance et ses vingt premières années en Algérie. Je pensais hypothétiquement à la fuite du régime franquiste, de la guerre civile d'Espagne avant la seconde guerre mondiale vers l'Algérie. Cet entretien se terminera alors ici.

Trame de l'entretien : plaintes corporelles, deuils sans fin et origines

La trame de ce premier entretien était tout à fait révélatrice de ses différentes relations objectales. Dans un premier temps, ses *plaintes corporelles* lui permettaient de verser, déverser son trop plein d'excitation dans un mouvement de désexualisation, de désintrication pulsionnelle me confrontant à son agressivité désorganisante. Cette décharge brute et brutale par laquelle je ne pouvais plus penser – ni pendant ni après l'entretien lors de mes reprises de notes – renvoyait intrapsychiquement Lucette à plusieurs *deuils inachevés, infinis*, problématique de deuils dans laquelle l'inter et le trans-transgénérationnel étaient très pesants, au sein du second temps de l'entretien ici. Ses deuils inachevés étaient avant tout celui de son père, se rejouant, se renforçant au travers de ceux de deux autres de ses hommes morts, mari et fils, ce qui avait amené chez elle à la stratégie d'un retrait familial. Elle s'isolait, se sacrifiait du groupe familial dont elle s'amputait, se préparant à sa mort. Se rendant hermétique, cela renforçait ses sentiments de solitude et d'abandon. Cela nous amènera dans un dernier temps à clore notre entretien à propos des *origines*, celles de la maladie rénale, d'où elle était venue et jusqu'où elle s'était disséminée au sein de la famille. La maladie rénale questionnait l'objet interne et le deuil à faire à ce propos, deuil du rein tout en questionnant également les objets externes morts ou pas encore, où deuil de l'objet interne renvoyait aux deuils des objets externes. Pendant tout l'entretien, Lucette s'était délogée d'approfondir ce qu'elle révélait, ne livrant ces nombreux événements de vie sans leur donner de substance, de chair. Relevons à ce sujet que la réalité corporelle est omniprésente en hémodialyse, trop sans doute, ce qui avait rendu Lucette absente psychiquement, économiquement, par clivage.

d) Dynamique transféro-contre-transférentielle

Auto-agressivité et surinvestissement de mon contre-transfert : devoir de survie psychique

À l'entretien suivant celui que je viens de reprendre, Lucette annihilera notre rencontre en étant rejetante, en exprimant d'un ton très agressif : « ah non ! Je ne peux pas vous voir aujourd'hui ! *Ça ne va pas !* ». L'agressivité tenait Lucette, tout en étant non-symbolisable. Ses mouvements agressifs étaient liés à sa dépression, à son hypersensibilité au contact, sur un mode persécutif. Je retrouverai cela dans les premiers temps de son suivi. Ce mouvement d'agressivité particulier n'était pas adressé à moi en tant qu'objet extérieur, mais à elle-même. De façon indécise, elle cherchait à éjecter, jeter, faire disparaître d'elle-même, violemment, sans toutefois

se rendre compte de ce mouvement autoagresssif qui l'habitait par lequel l'autre – son entourage proche, l'équipe soignante, moi – pouvait ainsi, sans prendre en compte cette dimension *auto*, se sentir attaqué, détruit. Je ne pouvais que penser à la pulsion de cruauté, telle que définie par D. Cupa (2002b). Lucette cherchait psychiquement à se sauver, aux sens de fuir et de se préserver. Cela pouvait amener l'observateur extérieur à la juger, l'évaluer, la rejeter à propos de ses plaintes, ne la comprenant plus, ne cherchant plus à la comprendre. Je penserai au « stade de la pré-inquiétude *(pre-concern)* qui se caractérise par la cruauté » (Cupa, 2007a, p. 32-33). Lucette était impitoyable au sein de la relation clinique. Tel un vampire ou un « bébé affamé », elle attaquait dans un mouvement *auto*, ne pouvant plus/pas se nourrir, nourrir le lien, restant dans l'attente d'être nourrie, par une fonction *auto*-conservatrice perdue. « Impitoyable », je pensais également que Lucette ne pouvait rechercher qu'une relation ***hermétique*** dans laquelle s'inscrire, afin de *ne pas être contaminée* par l'objet et de *ne pas contaminer* l'objet. De mon côté, cela me contraindra à surinvestir mon contre-transfert afin de penser ce qui se passait et se pensait en moi à son contact n'ayant pas complètement accès à ce qu'elle pensait en ma présence par ce qu'elle en verrouillait. Cela me permettra de dépasser l'hermétisme[66] que j'éprouvais à son propos : *plus je pensais mon contre-transfert, plus je pouvais la penser, me sentant plus initié à son fonctionnement intrapsychique et intersubjectif*. Malgré cette agressivité qui s'exprimait toujours non-verbalement ou utilisait des détours, sans pitié à mon égard, je me sentais mis par elle à l'intérieur d'elle. Lucette levait parfois les yeux au ciel à mon arrivée, par ce que je représentais pour elle : j'étais perçu par elle comme un objet persécuteur, qui exerçait sur elle son emprise psychique, emprise par laquelle elle se sentait contrainte à penser, à parler. Il était pour elle impossible de me dire directement quelque chose comme « laissez-moi tranquille aujourd'hui, c'est trop dur pour moi de vous parler, de penser ». En entretien, elle s'adressait à moi sèchement, comme si je la dérangeais. Devenu un objet persécuteur, elle me persécutait, au sens commun, « tourmenter sans relâche par des traitements injustes et cruels » (*Le Robert*, 2014). Dans ce jeu, je remarquais que, lorsqu'elle m'attaquait, ma survie à ses attaques lui permettait de continuer à me parler sereinement, à se confier plus intimement. Je pensais au travail de R. Roussillon à propos de la survivance (2009). Ainsi, je sur-vivais à ses attaques afin de la ré-animer psychiquement, afin de la rendre plus vivante.

Se rendre hermétique

Cette agressivité semblait au service du moi afin de lui assurer son retrait narcissique, afin de ne plus entrer en relation avec quiconque. Lucette vivait les relations avec les autres comme intrusives, car affectant de par leurs présences et leurs absences, présences et absences

[66] Le Larousse rappelle cette définition de l'hermétisme : « qualité de ce qui est difficile à comprendre pour ceux qui ne sont pas initiés (ex : L'hermétisme de la poésie Mallarméenne) ».

tantôt fuies, tantôt recherchées, comme avec moi. À ce propos, concernant une de ses filles, elle me dira : « quand je la vois, ça me fait de la peine, et quand je la vois pas, ça me fait de la peine aussi ! Alors !... je voudrais l'aider mais il faut que je pense à moi !! (Silence) Enfin… *Ça me rend malade* quoi !! ». L'objet n'était pas visé : il s'agissait de se protéger elle-même de ce qu'elle avait vécu, de ce qu'elle vivait, afin de ne pas être *plus malade* que ce qu'elle ne l'était déjà, aussi bien psychiquement que somatiquement. Elle m'apparaissait ainsi dans une dimension auto-agressive et non hétéro-agressive où ce qui était présent et absent, ce qui était vivant et mort faisaient mal, *rendaient malade*, émotionnellement, psychiquement, tout autant. Bien évidemment, je lui apparaissais alors comme menaçant, risquant de remettre en cause sa cohésion interne déjà bien précaire et précarisée notamment par ses séances d'hémodialyses. À ce propos, je dois rappeler ici que son fils habitant dans le sud de la France lui dira une fois, qu'il ne pouvait pas venir la voir alors que cela était prévu, « prétextant la grippe A ». Ils ne s'étaient donc pas vus risquant de la rendre malade somatiquement. Ici, le fils qui n'était pas insuffisant rénal ne voulait pas contaminer la mère, et l'en protégeait pour se protéger lui de la voir elle, peut-être angoissé d'être contaminé par elle, d'en tomber malade... Il avait été ici lui hermétique à la rencontre mère-fils, jeu auquel j'avais accepté un temps de jouer moi aussi.

Silences et annulations

Particulièrement, à la fin de la première année de ce suivi, malgré le fait qu'elle m'avait manifesté sa satisfaction de me voir arriver auprès d'elle, ce qui était récent, elle aura parfois des mots plus hauts que d'autres dans l'intonation employée par elle, comme si elle était en colère, ce qui allait bien au-delà de ses difficultés liées à son audition. Alors, le fait de ne pas réagir en laissant intentionnellement un silence lui avait permis qu'elle puisse se rendre compte elle-même de son intonation agressive, par l'écho du silence. Elle s'était reprise et avait annulé son agressivité en rigolant alors. Je pense qu'elle pouvait ainsi de cette façon se rendre compte qu'il y avait un autre existant, vivant en face d'elle, un autre dont elle pouvait s'inquiéter. Au bout d'un an et demi de suivi, je relèverai à nouveau le même mécanisme d'annulation rétroactive. En entretien avec moi, elle dira violemment : « mais comment voulez-vous que ça aille !! Je suis comme Jésus sur sa croix !! Clouée ici !! ». Laissant à nouveau un silence, l'écho des contenus verbaux et non-verbaux lui revenant comme un boomerang, elle se mettra à rire, afin de contrer, d'annuler la charge affective de ses mots, ce dont elle se rendait compte par le silence échoïsant. À nouveau, je ressentais qu'elle pouvait se sentir concernée par ce qu'elle faisait vivre en moi. De significatifs silences se retrouvaient à des moments clefs. Ils favorisaient, permettaient l'émergence de paroles très importantes, nous le verrons. Aussi, ces silences figuraient aussi bien la mort que la recherche à ne pas mourir.

Évolution de la relation : accuser réception et érotiser la relation

Je ne pouvais que difficilement, ici seulement par des silences, « accuser réception » de sa destructivité, sans quoi elle se serait sentie attaquée, violemment, irrémédiablement. Quant à Lucette, elle ne pouvait « accuser réception » de la destructivité des dialyses et de la maladie qu'à travers l'expression de sa fatigue et de ses diverses plaintes corporelles. Peu à peu, sachant prendre en moi cette agressivité, m'accrochant, survivant à sa destructivité, ne fuyant pas ainsi, tenant bon, elle se laissera être rencontrée par moi, et m'accueillera d'une autre façon, allant parfois jusqu'à être souriante à mon arrivée auprès d'elle, ou jusqu'à me remercier « pour tout », évolution dans la relation qui m'a à plusieurs reprises étonné, tout particulièrement lors de mes relectures de notes et de reconstructions pour ce travail. Lucette semblait là constater qu'il y a avait des objets auto-conservateurs et à visée auto-calmante.

Aussi, afin qu'elle ne reste pas à l'intérieur d'elle-même avec sa déprime, je recherchais à érotiser la relation notamment par mon inquiétude quant à sa santé, dans le souci que j'avais de prendre soin d'elle, notamment en acceptant ses refus. Érotisation qui pouvait être tenté par moi par une recherche de proximité de son corps, de son visage en séance, ce qui était contenant *et* sexualisant. Ces différents processus l'amèneront en fins d'entretiens à ne plus vouloir me lâcher. Je pensais cela comme étant le signe d'un lien pour elle suffisamment contenant, vivant et sexualisant. J'avais réussi à la pénétrer au moins un peu, malgré son hermétisme, et ce, sans en tomber malade.

Rencontres après suivi : du stade de pré-inquiétude au stade de l'inquiétude

Lorsque le suivi s'arrêtera, je continuerai à me présenter à elle, toutes les quatre semaines. Elle s'excusera, avec souci, de ne « plus pouvoir » s'entretenir avec moi, me disant qu'il s'agissait pour elle d'un problème d'audition : « je ne vous entends pas, et ça me rend triste ». Elle était passée au sein de la relation transféro-contre-transférentielle du stade de pré-inquiétude à celui de l'inquiétude ou du souci, selon D. W. Winnicott, de par mon investissement et ce que j'avais pu insuffler libidinalement en elle, quand insuffler est faire pénétrer par le souffle, tout en douceur donc, tout en tendresse…

Travail de reconstruction après-coup : dépasser ses mouvements hermétiques

Reprenant mes notes pour ce travail, je me dirai : « je n'arrive pas à rentrer dans ce cas », ce qui était en lien avec nos rencontres mensuelles, comme s'il fallait rester en surface, ne pas pénétrer à l'intérieur, ce qui aurait pu lui paraître trop violent, effractant, à l'encontre de ses besoins hermétiques. Lucette s'en protégeait avec moi au sein de son suivi, par la régularité mensuelle et la durée de nos entretiens d'une demi-heure mises en place avec elle. Il a fallu ainsi contenir son agressivité lors de nos rencontres. Sans doute pouvais-je, moi, chercher un sens à cette agressivité plutôt que de la prendre pour moi comme cela pouvait être le cas de son entourage familial et de l'équipe soignante. Cette agressivité exprimait ce qui ne pouvait l'être,

comme si ses pensées oscillaient entre « Pourquoi ne venez-vous plus me voir ? Pourquoi me laissez-vous tomber ? Suis-je déjà morte pour vous ? » et « Je vais mourir ! Laissez-moi tranquille ! », dans un mouvement auto- par lequel elle ne pouvait être reliée qu'à elle-même, protégeant sa descendance *de son lien toxique*, de la maladie, de la vieillesse et de la mort.

2. Le « travail de l'hypocondrie » chez Lucette

« Au fond, l'homme ne peut aimer que lui-même ; aime-t-il un objet, il l'absorbe. » (Ferenczi, 1912)
« Un dire enterré d'un parent devient chez l'enfant un mort sans sépulture. » (Abraham, Torok, 1975, p. 297)

Cette longue présentation préliminaire de Lucette rend à mon sens bien compte de toute la difficulté qu'a été pour moi d'approcher sa vie psychique.

a) Scènes primitives mélancoliques

Lors de mes arrivées auprès d'elle, au début de notre suivi, je l'ai déjà évoqué, il y avait chez elle une forme d'agacement, qu'elle témoignait en levant les yeux au ciel. Je m'interrogerai après-coup sur le sens de cela. Je l'avais pensé comme étant aussi une façon d'être exaspérée de ses morts, là-haut, auxquels elle ne pouvait que penser, ne *devait* que penser, d'autant plus avec ses projections de sa mort réelle à venir.

Scène primitive d'introjection orale-cannibalique

« (…) et si le cadavre du père est au cœur des pensées latentes, ce cadavre reste pourvu d'un pénis érotique » (Ksensée, 2003, p. 946)

Á propos des pertes affectives de Lucette, je dois ici reprendre avant toute autre la première et non des moindres, celle de son père, alors qu'elle n'avait que cinq ans. En effet, son père deviendra, dès son évocation en entretien, après un an de suivi, un objet pour moi auquel penser compulsivement, et ce, à chacun de nos entretiens ou de mes reprises de ces derniers. Je pensais dès lors non pas au père de Lucette en tant que personne mais au cadavre de celui-ci, son corps mort décomposé, auquel je m'accrochais psychiquement, tel un fétiche. Cela était en lien aux fétiches qu'étaient l'expression de ses plaintes corporelles ainsi que les jeux identificatoires de ce qui était mort du corps familial ou de ce qui allait le devenir de par la maladie. Dès lors, j'aurai ces questions de Lucette revenant de façon compulsive, en arrière-plan de chaque entretien : « *mais qu'a-t-on fait du corps mort de mon père ? Que lui est-il arrivé d'être resté là-bas ?* » Le père de Lucette devenait pour moi un mort-vivant : son spectre était ainsi inconsciemment fantasmé par moi en la machine d'hémodialyse, car en ses tubulures circulait à chaque séance, leur sang, les liens de leur sang, duquel la maladie somatique chronique et génétique avait été hérédité et transmise. *Il s'agissait là du fantasme de Lucette d'être dévorée par l'animal totem-père issue de l'organisation orale primitive.* Je fantasmais des pillages de cimetière, par lesquels les algériens auraient pu ne pas laisser le corps mort de son père tranquille, comme si quelque chose de lui continuait à vivre et, *surtout*, à (res)sentir.

Ne pouvant pas rester dans le fantasme, faisant quelques recherches à propos des tombes de français en Algérie, j'apprendrai que cela a pu être effectivement le cas : des cimetières avaient été pillés, des tombes ouvertes, pour voler tout ce qui pouvait avoir de la valeur, jusqu'aux plombages. Cette impossibilité à rester dans le fantasme était remarquable : le fait pour elle d'être coincée, enfermée dans ce fantasme provoquait, selon moi, une compulsive pensée inconsciente quant au corps-cadavre de son père, et cela, sans doute bien avant l'apparition de ses séances d'hémodialyse.

J'ai déjà parlé de cannibalisme et me questionnais chez Lucette quant à un fantasme sous-jacent de même nature : le cadavre de son père aurait pu être déterré, mangé par les algériens dans un fantasme d'orgie orale. Puis, je penserai qu'en l'expulsant, en l'exilant de leur pays qui avait été avant cela (aussi) le sien, la pillant de son propre berceau, c'était comme si les algériens lui avait mangé le cadavre de son père, les restes de celui-ci, la pillant du cercueil de son père, la désaffiliant de celui-ci. La matérialité du corps de son père pouvait avoir une valeur particulière pour Lucette, notamment par son peu de souvenirs à son propos, mais surtout par les caractères génétique et héréditaire de la maladie rénale. Á propos de cela, j'ai bien après-coup pensé son envieuse colère contre un patient hémodialysé d'origine marocaine qui venait d'être greffé. Elle m'avait dit à son propos : « Il a eu un rein ! Ça me met en colère !! (Silence) Pas que lui ait eu un rein hein ! Non ! Du fait que je n'ai pas pu en avoir et que lui oui ! ». Cette colère contre un Maghrébin qui "mangeait" un organe fantasmé français était similaire à celle d'une Algérie qui avait "mangé", dépouillé, pillé, le corps de son père. *Encore une fois, un Maghrébin lui engloutissait, lui "mangeait" le mort qui aurait pu, aurait dû lui revenir. Bien plus que de la rivalité, j'entendais là un fantasme de désappartenance.* Lucette a pu, en partant en France de façon contrainte, se sentir responsable et impuissante de laisser le corps de son père en proie à d'éventuelles menaces, à être dépouillé, pillé, notamment du bon pénis devenu bon rein. Cela était reconvoqué, réactivé par les séances d'hémodialyse : impuissante, elle laissait son corps à elle en proie aux mêmes éventualités. Parallèlement, cela était également le cas pour ses enfants et petits-enfants atteints de ce qu'elle disait être *sa* maladie.

Scène primitive et filiation de mort

Peu d'affects étaient livrés par Lucette au cours de son suivi. Seulement, lors de notre avant-dernier entretien, elle me livrera non-verbalement un affect tout à fait vif et massif, lorsqu'elle me dira : *« je vois mon père partout ! »*. Elle ne s'autorisera pas à en pleurer, laissant ses larmes aux yeux, tout comme moi, bouleversés par la charge affective de cet aveu, charge par laquelle j'ai pu comprendre, après-coup, toute l'ampleur du déni de la mort (du corps) de son père. Afin de ne pas se séparer de lui, et, ainsi, de le rendre encore et, précisément, *en corps*, présent, Lucette avait continuellement halluciné la présence corporelle de son père, père devenu

un *objet d'arrière-plan-cadavre* (Grotstein, 1981a ; Haag, 1991). Évoquant avec moi son exil, lorsqu'elle me parlera de ses acouphènes, par lesquels elle « entend du vent », j'aurai l'impression d'un vent de désert, comme si, finalement, elle hallucinait la perte, et ne voulait en même temps pas que cette perte s'entende, toujours prise dans un mouvement auto. Ces acouphènes s'imposaient à elle comme cette association s'imposait à moi, processus identique à ses différentes plaintes corporelles. Lorsque pour la première fois elle me confiera, après un an et demi de suivi, être née et avoir vécu longtemps en Algérie, dans le même entretien, elle me reparlera des dialyses, du fait que cela était pour elle « difficile à vivre mais que, quand même, aujourd'hui, grâce aux progrès de la médecine », elle pouvait « continuer à vivre », être « bien suivie ». *« Sinon, je serai là-bas… »* J'associerai à propos de l'Algérie, il s'agissait pourtant « du cimetière ». Je pensais effectivement qu'il y avait une association entre le berceau de sa naissance et le cercueil de sa mort, m'amenant à me questionner : pour Lucette, *quelle « Algérie-cimetière » ?* Aussi, peut-être fantasmait-elle qu'elle serait déjà morte avec sa maladie si elle était restée en Algérie. La perte de l'Algérie rappelait la perte du père pour elle, Algérie et père dont elle avait été éloignés définitivement réellement, ce qui l'avait conduit à la stratégie psychique de les mettre tout près, à l'intérieur, afin d'effacer ses fantasmes de désaffiliation, de désappartenance : « La mélancolie toujours escortera les tendances au retrait, à l'exil. Elle double toute séparation d'un exil intérieur, presqu'infini. » (Douville, 2010, p. 146) Peut-être s'agissait-il là d'un exil rendant hermétique ?

À partir du moment où le décès de son père a été évoqué avec moi en entretien, je comprendrai que les morts dont elle ne se remettait pas, celle de son mari, celle de son fils, étaient un "jeu" d'emboitement, *une série de cadavres. Prise dans un véritable complexe du survivant du fait d'une filiation de mort, Lucette éprouvait des sentiments tant de répulsion que de désir, avec la culpabilité et la honte d'être la sur-vivante en sursis de ce corps familial qui est mort et qui meurt, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur d'elle. Aussi pouvait-elle se penser à la source de ces désirs meurtriers, se fantasmant meurtrière récidiviste, meurtrière en série*. La mort de son fils rappelait la mort de son mari qui rappelait celle de son père : insurmontables absences mettant en échec toute entreprise de travail de deuil, ici de deuils infinis, « caveau[x] secret[s] » (Abraham, Torok, 1972). Penser cela me permettait de penser ses identifications endocryptiques, « Ce mécanisme qui consiste à échanger sa propre identité contre une identification fantasmatique à la « vie » d'outre-tombe de l'objet, perdu par effet d'un traumatisme métapsychologique (…). » (Abraham, Torok, 1975, p. 298)

Les morts de ses trois hommes avaient été insurmontables pour/par elle. Elle ne m'avait cependant jamais précisément parlé de sa mère dont elle m'avait seulement dit s'être « occupée à la fin de sa vie », ni du corps fraternel, seulement de leur morts, étant, lors de nos rencontres,

seule survivante de ce dernier. Ils avaient été mangés par elle, incorporés, eux aussi, tel que j'avais pu le (res)sentir au sein de la relation transféro-contre-transférentielle. Plus/pas besoin d'en parler, ils n'étaient ainsi pas perdus. En lien à cela, elle me dira à notre dernier entretien avoir « oublié l'arabe que je comprenais pourtant, sans pouvoir le parler ». « C'est pareil pour l'espagnol, je le parlais avec ma mère mais depuis qu'elle est morte, j'ai oublié… ». J'associerai en moi langues et mères mortes : la langue de la Mère patrie, fuie par la guerre, qu'était l'arabe, la langue de sa mère et de son père oubliée à la mort de sa mère, comme perdues, enterrées dans des tombeaux. Lucette avait connu de nombreux déracinements, celui de ses parents de l'Espagne vers l'Algérie, le sien de l'Algérie vers le Maroc puis vers la France métropolitaine. Elle m'avait dit de son retour en France avoir emménagé dans une grande ville du Sud-Ouest puis avoir dû déménager dans l'Est de la France puisque l'intégration sociale sur place ne s'était pas bien passée. Aussi, sa famille élargie ne résistera pas à cet exil en France métropolitaine. Sa famille maternelle unie jusque-là ne le sera plus, le corps familial se désunira par le *rejet* d'un peuple où ce corps familial avait pourtant trouvé *refuge*. Sans doute ses exils avaient participé à ses mouvements de désintrication pulsionnelle, d'un rejet du refuge, d'un refuge dans le rejet.

Scène œdipienne de remplacement : paraître impénétrable

Ce qu'elle dégageait au premier abord par sa posture et son attitude non-verbale était en lien à ces pertes. Trop heurtée, elle en devenait impitoyable. Aussi, suite au décès de son père alors qu'elle n'avait que cinq ans, Lucette a été élevé par un beau-père avec qui les relations ont été vécue par elle comme difficiles. Elle me dira : « mon père ne m'a jamais frappé ! Il était très gentil. Ça ne se remplace pas… » Ses mots me suggèreront ainsi que les rapports avec son beau-père n'étaient que des corps à corps violents, agressifs, brutaux. Cette agressivité pouvait dès lors être associée par moi à son beau-père, beau-père qui ne pouvait que lui rappeler l'impossibilité à ce que l'on « remplace » son père. Je repérai deux épaisseurs œdipiennes avec ce père et ce beau-père, si bien que la recherche du bon pénis, du bon rein, pouvait être tant celle du père que du beau-père. *On n'échange pas un père, ni un mari, ni un fils (même avec un psychologue), ni un rein !* L'imago paternel apparaissait chez Lucette idéalisé, par la mort de son père, par sa mortelle absence et ses conséquences. Pour Lucette, non seulement son beau-père remplaçait l'irremplaçable père, mais, plus important, il ne pouvait pas le remplacer affectivement, même pas un peu. Lucette avait eu comme stratégie défensive de paraître robuste, tel un roc inatteignable affectivement. Lucette ne parlait jamais de la réaction émotionnelle de sa mère suite à la mort de son père, seulement qu'elle avait « connu la misère », que, notamment, « [sa] mère a dû travailler seule… ». Paraître tel un roc afin de se protéger des affects ressentis à propos de son père avait été renforcé par ses contacts à son beau-père,

cherchant à lui apparaître impénétrable, inatteignable. De par la maltraitance de son beau-père telle qu'elle m'en avait parlé, restant toujours vague à ce propos, Lucette semblait fantasmer les rapports sexuels entre sa mère et son beau-père comme violents, lui faisant violence à elle de cette place prise par un beau-père auprès de sa mère. *Je pensais qu'il pouvait s'agir ici d'une scène primitive de remplacement, excluant son père biologique et par conséquent son sperme éjaculé contenant le matériel génétique de Lucette qui, tout comme sa mort, l'avait empoisonné elle ainsi que le reste de sa descendance. La relation de sa mère à son beau-père avait originé une scène primitive de remplacement qui apparaissait rejetée en bloc et pourtant acceptée psychiquement par Lucette car décontaminante, désaffiliante, tant d'une certaine dépression de sa mère que de la maladie génétique.* Le père dont elle était issue l'avait empoisonnée, tout comme le pays où elle était née, pays duquel elle m'avait dit n'avoir « connu que la guerre là-bas… », sans jamais approfondir. Par cette guerre, je pensais qu'elle avait vécu des expériences traumatisantes, lesquelles ont été enkystées, car non élaborables et donc non évocables, non partageables, expériences dont elle n'avait pas été protégée par la mortelle absence de son père, mais sans doute par l'hallucination de la présence corporelle de celui-ci auprès d'elle. L'angoisse d'être anéantie était inévocable pour elle, tant par ce qu'elle avait vécu en Algérie que par ce qu'elle vivait du fait de sa vieillesse, son insuffisance rénale chronique génétique et héréditaire ainsi que ses séances d'hémodialyse. Aussi, je me demandais en quoi la seule mort de son père et ses conséquences n'avaient pas été une façon pour elle de considérer qu'elle n'avait « connu que la guerre là-bas ».

Scène primitive mélancolique

Les traumatismes constitués par les différentes pertes soudaines et inattendues subies par Lucette m'ont apparu pour elle aux origines de sa dépression. Tout le monde semblait mort de par sa faute : elle s'en auto-accusait en prenant l'adjectif possessif « ma » pour parler de la maladie génétique et héréditaire. Ainsi, elle me disait « mon père est mort de ma maladie », « mon mari est mort, comme mon père », « mort accidentellement hein, pas de maladie », saura-t-elle pourtant me dire en cherchant à s'en rassurer, discours identique à propos de son fils, ses filles et petits-enfants. Se sentant honteuse et coupable, elle ne pouvait que s'en auto-accuser. Sans cela, elle aurait dû alors accuser l'inaccusable père, père rendu inaccusable de par sa mort et le vide, le manque qui n'a jamais pu être comblé pour elle, en elle, et donc par toute la honte et la culpabilité que cela avait pu générer chez elle de l'accuser, de le rendre responsable non seulement de sa mort mais également de la maladie somatique chronique génétique et héréditaire. Ainsi, il fallait devenir « végét*é*rienne », afin de refuser de se nourrir des vivants et des morts, de la vie et de la mort, comme un sujet qui refuse de se nourrir après la mort d'un proche. Lucette ne pensait qu'à ses corps morts ainsi que ceux qui allaient mourir,

respectivement ses corps-cadavres des père, mari et fils, et ses enfants et petits-enfants par la maladie, sans omettre le sien tel qu'elle le projetait. Par héritage biologique, elle pensait qu'elle les avait "tués" et qu'elle les "tuerait" somatiquement. Lucette évoquera dans son suivi le regret des Noël passés en famille, « quand on faisait le sapin… Les *cadeaux* ». Elle ne pouvait plus *recevoir* sa famille chez elle : « en plus de cela, le fait d'être malade m'empêche d'avoir la force de tout préparer pour ma famille, je vais alors chez ma fille ». Elle ne pouvait ici plus donner (« cadeaux »), se donner (« préparer pour ma famille »), elle recevait passivement. Nous pensions au don et à la dette, au sens analytique d'*avoir* dans tous ses échos liés à sa maladie rénale génétique et héréditaire, mettant à l'épreuve l'enveloppe familiale. *Je la pensais ainsi dans une culpabilité du survivant prise dans une névrose de destinée.* Cette dépression mélancolique ne pouvait être surmontée car l'avenir était réellement bouché par sa maladie somatique chronique héréditaire et génétique irréversible. Il n'y avait pas d'espoir, seule une issue illusoire : attendre la mort afin de trouver ou retrouver un retour au calme, un apaisement de ses tensions, autant psychiquement que corporellement. Je pensais ainsi l'expression de ses plaintes corporelles comme une façon de mettre en forme, de figurer sa dépression mélancolique, sous une forme hystérique, voire cruelle, comme cela avait pu être le cas au début du suivi. Cette intrication complexe amenait l'observateur à être perdu, se pensant destinataire de sa cruauté pourtant *auto* chez Lucette. Enfin, après ce travail en pensées, je pouvais associer à sa mère, à sa dépression à elle, en elle, ce qui avait pu paraître cruelle aux yeux de Lucette, la rendant orpheline d'un père disparu physiquement et d'une mère disparue psychiquement :

> « Dans un tel contexte, lorsque la figure maternelle est absorbée par l'obsession dépressive de ses angoisses, comment se constitue une aire d'illusion permettant de faire jouer présence et absence, vie et mort ? Comment s'approprier les sensations du corps dans le miroir terne des yeux maternels ? (Estellon, 2013, p. 72)

Je m'interrogeais sur la façon dont le miroir corporel de son père pouvait être halluciné par Lucette quand celui de sa mère pouvait être halluciné négativement, car devenu « terne », sans désir. La maladie rénale d'origine paternelle convoquait le deuil d'un objet interne, ce qui rappelait le deuil d'un objet d'amour externe, dans un jeu où dedans et dehors se mélangent, se renvoient, sans fin, l'un à l'autre lorsque, cependant, il semble n'y avoir personne au dehors et seules des prothèses (rein artificiel, fistule artério-veineuse, appareils auditifs) en dedans, un dedans ici autant extérieur qu'intérieur.

b) Les plaintes corporelles de Lucette

Sa mère, objet maternel et maternant, s'était très certainement rendue absente psychiquement tout en étant présente physiquement de par la mort de son mari, d'autant plus dans un contexte qui avait engendré une grande précarité matérielle. La stratégie de Lucette de se protéger des autres, afin de se protéger de les perdre, était ainsi très ancienne. Les retraits de

ses investissements intersubjectifs l'avaient conduite à son hyperinvestissement corporel, d'autant plus accentué lors de nos rencontres de par son vieillissement et sa maladie laquelle était celle de ses filles et petite-fille, aux risques réellement mortels. J'associais ici à l'investissement du corps tel qu'en parle A. Green :

> « Le corps a pris la place du monde extérieur (…). L'organe hypocondriaque représente le négatif de l'auto-érotisme, le point de rupture de l'hallucination négative de la mère, où le corps, qui avait pris la place que celle-ci occupait primitivement, défaisait l'intériorisation de cette extériorité, rétablit sa présence ou plutôt celle de l'objet dont l'absence était le signe de sa localisation hors de l'enfant. » (Green, 1966-67, p. 129)

Comme j'ai déjà pu le dire, ce n'était pas ses plaintes corporelles que Lucette semblait chercher à faire entendre, mais ce qu'elle cachait derrière ses plaintes. Plus que sa dépression mélancolique, il s'agissait de son désespoir et de son impuissance d'un immaîtrisable corps somatique et familial qui se désagrégeait.

À chaque séance, Lucette m'exprimait longuement ses plaintes corporelles. Cependant, jamais elle ne se plaignait moralement, ni n'évoquait son état psychique. Selon les entretiens, elle me parlait de douleurs physiques, ici et là, d'incapacités à marcher longuement (aller vers le monde extérieur), de problèmes d'audition (entendre, s'entendre avec le monde extérieur) sans pouvoir envisager d'appareils auditifs (refus de la prothèse, prothèse rappelant la dialyse), d'acouphènes (entendre le monde extérieur), du fait que ses yeux ne supportent plus la clarté (voir le monde extérieur), de « sa peur de tomber à cause du verglas » et d' «être en fauteuil » (peur du monde extérieur devenu inaccessible, dangereux, paralysant), d'un mal de bras notamment des suites d'un vaccin (piqûre qui protège mais fait mal, comme les ponctions aux débuts des séances de dialyse), de son nez qui coulait en permanence à l'intérieur de sa gorge (court-circuitage et système de réentrée : ce qui devait sortir du corps reste à l'intérieur), de diarrhées, de douleurs au colon, d'un mal de hanche et d'une prothèse envisagée (prothèse rappelant comme je l'ai déjà évoqué la dialyse, le corps défaillant, ici jusqu'à l'os), de ses filles qui fumaient (refus/envie de leur libidinalité et de leur mise en danger délibérée de leur santé), entre autres. Il s'agissait là de tout ce dont elle se sentait démunie, ce qui la diminuait, la vidait, l'empoisonnait, la rendait malade, la tuait.

Attentivement, j'écoutais.

Déni d'altérité et déni de la fonction de soignant

Parfois, me sentant découragé et impuissant, du fait de ses projections brutes et brutales, je me questionnais notamment sur le fait qu'elle faisait peut-être une indistinction médecin/psychologue, par sa recherche à être apaisée plutôt sur un versant somatique que psychique. À ce propos, il était arrivé que son agressivité se soit tournée vers ma fonction. « "Alcoolique" à l'eau fraîche » (« j'ai envie de boire un litre d'eau là ! »), elle me demandera des solutions : « et oui vous qui êtes je sais pas quoi là !! ». Observateur extérieur tant de son

fonctionnement psychique que de son fonctionnement corporel, impuissant, elle me plaçait contre-transférentiellement dans son sentiment de désespoir : rien ne pouvait changer, elle ne pouvait (se) soigner elle-même, ce qui l'amenait ici à dénier mon altérité et ma fonction de soignant. Ainsi, Lucette cherchait sans chercher des solutions, jeu oscillatoire qui aurait pu paraître paradoxal, mettant à mal les éventuelles prises en charge et solutions que différents spécialistes lui proposaient. De cette façon, elle cherchait à s'illusionner de l'impossibilité de changements, changements lui apparaissant ensuite insatisfaisants. En effet, les solutions aux défaillances de son corps ne pouvaient lui apparaître qu'insatisfaisantes, car le plus souvent palliatives, très rarement curatives. Aucun soignant ne pouvait la soigner, tous les soignants étaient pour elle « je sais pas quoi là ! ». Cette impossibilité à être soignée était en lien direct à trois aspects. Le premier aspect était son père qui l'avait tuée par sa mort, en mourant lui-même. (Dés)affiliée, la contamination de son insuffisance rénale chronique l'avait réaffiliée à un père-corps-cadavre faisant figure d'agresseur. Le second était que son corps ne guérirait jamais atteint de cette maladie somatique chronique, tout comme le corps familial du fait des caractères héréditaire et génétique. Enfin, dernier aspect, celui du vieillissement, de l'âge de son corps, par lequel elle se dirigeait inévitablement, irréfutablement vers la mort. Notons que neuf mois après m'avoir dit « et oui vous qui êtes je sais pas quoi là !! », Lucette me demandera : « dites-moi ce qu'il faut que je fasse », évoquant avec moi sa fatigue morale. J'étais alors à ce moment reconnu dans mon altérité, dans ma fonction de soignant, de par l'évolution de la relation transféro-contre-transférentielle. Elle tolérait ici d'être soignée, sans pour autant *se* soigner.

Ne plus manger

Je viens de l'évoquer, Lucette avait des envies de boire « des litres et des litres d'eau », de sentir « du frais » dans le fond de sa gorge, ce qui l'amenait à dire : « je suis devenue alcoolique ! ». Mangeant peu, c'était toujours l'eau qui faisait pencher la balance à son arrivée en dialyse et qui pouvait bien l'amener à subir une demi-heure ou une heure de plus de dialyse alors que ses apports alimentaires étaient quantitativement peu importants, ce qui contrebalançait le fait peu fréquent en dialyse que ses séances ne duraient que trois heures trente. Lucette, par sa potomanie, jouait avec, déniait son insuffisance rénale chronique, dans une recherche de se faire « pisser » en buvant, sorte de déni du manque au niveau conscient, afin de reprendre le contrôle des échanges entre le dedans et le dehors (eau et urine). Elle avait beaucoup de difficultés à manger. Elle me faisait comprendre, notamment dans l'entretien suivant son hospitalisation repris plus haut, que c'était le cas parce qu'elle mangeait seule. À un an de suivi, elle me racontera avoir bien mangé la veille un plat apporté par une de ses filles, alors en position maternelle avec sa propre mère : un couscous, qui ne pouvait que me faire penser à sa terre natale, l'Algérie, ce qui était d'autant plus nourrissant. Elle n'était plus en

mesure de se nourrir elle-même, et, plus généralement de *se conserver* elle-même, au sens de l'autoconservation. Elle attendait que ses enfants et petits-enfants la nourrissent, que je la nourrisse en séance également. Son retour forcé vers la dépendance l'avait conduit à refuser des soins, refuser la becquée dans mes associations.

Lors de notre avant-dernier entretien, elle me dira vouloir aller « chez les négros » : j'associerai à nouveau sur l'Algérie. Elle avait vu un reportage à la télévision où « les négros » grillaient de la viande : elle voulait ainsi manger la viande comme eux la faisaient cuire. Ne mangeant plus de viande, n'en ayant plus envie, elle me confiait vouloir devenir « végétérienne » au lieu de végétarienne, sans doute parce qu'on "végète" en dialyse. Elle associera ensuite sur un fantasme morbide : elle aurait dû « manger les cafards » comme les « négros », ce qui la « dégoûte ». J'associerai alors : elle aurait dû manger la mort par le retour en Afrique, terre natale, retrouvée fantasmatiquement par sa mort, tantôt appréciée oralement (manger le couscous, manger la bonne viande telle que « les négros » la faisait cuire : manger le bon père qui a donné la vie), tantôt rejetée sur un mode phobique (manger les cafards : manger le mauvais père mort et agresseur, porteur de la maladie dont il avait été le transmetteur, dont il était mort), jeu oscillatoire. Comment envisager son refus de manger du mort, si ce n'est par son identification à la chair morte – d'elle et de ses morts –, mort devenu(e) ainsi inassimilable par/pour elle ? Je pensais ce refus oral d'introjecter l'être vivant, en devenant végét*é*rien, fréquent chez les personnes âgées, comme ne plus manger l'être qui a été vivant, désormais mort et donc consommable, par identification et projection à l'être mort, devenant alors un refus d'une incorporation à valeur cannibalique. Ce mécanisme conscient m'avait permis de mettre à jour son conflit psychique quant à l'avidité inconsciente de ses pulsions orales. Était-ce alors le refus de la mort, de sa mort à venir, rendant impossible l'incorporation orale de chair morte ? Ou considérait-elle que quelque chose d'elle était déjà mort voire qu'elle était déjà morte, rendant impossible l'incorporation orale du vivant, par impossibilité à se régénérer, à s'en nourrir ? Il y avait également ici le refus d'incorporation du cru, quand le cru est à l'œuvre en séance d'hémodialyse, de par le sang conduit par la fistule dans un circuit extracorporel.

En complément au refus d'introjection de la mort de son père qui avait primairement conduit à une incorporation orale-cannibalique, j'en ai déjà parlé, Lucette ne pouvait plus de ces différentes façons *avaler* ni mort(s) ni vie. Nous repérons ici une problématique anorexique dépressive : Lucette ressentait en elle un vide interne, elle se sentait vide, vidée, de son rein notamment, mais aussi de son audition, de sa vision. C'est pourquoi elle se remplissait d'eau, afin de compenser le fait de ne plus uriner. Elle se sentait démunie, diminuée de ces différents vides. Par les séances de son suivi, elle attendait que je la nourrisse : je tentais de la ré-alimenter

pour la ré-animer, alors qu'elle ne savait plus si séances d'hémodialyse la vidait ou la remplissait de vie et/ou de mort.

Plaintes à propos de l'insuffisance rénale et des séances d'hémodialyse

Malgré toutes ses plaintes à propos de son corps, et même si elle m'avait parlé du caractère génétique de sa maladie rénale, Lucette ne m'avait adressé que très rarement des plaintes liées directement à son insuffisance rénale chronique et ses séances d'hémodialyse. Lucette refusait affectivement l'enjeu mortel de l'insuffisance rénale chronique sans ses dialyses, enjeu pourtant intellectuellement admis, puisqu'elle venait toujours à ses séances. Par ce déni, l'investissement de son corps au travers d'une écoute attentive, solitaire, silencieuse, ne semblait alors que la seule solution. Ainsi, l'expression de plaintes à propos de son corps et les jeux identificatoires de ce qui était mort du corps familial ou de ce qui le ferait mourir par la maladie devenaient pour Lucette des fétiches auxquels elle s'était addictée. Il s'agissait d'un mécanisme d'urgence, c'est l'hallucination négative.

La fistule artério-veineuse : douleurs et stigmates

Ce qu'elle tentait de dénier, ici la maladie somatique chronique génétique et héréditaire irréversible, les dialyses, la vieillesse et donc sa mort prochaine, ne pouvait l'être notamment lors de ses confrontations visuelles avec la fistule. Les plaintes concernant ses séances d'hémodialyse s'exprimeront tout d'abord avec moi par la voie des plaintes à propos de sa fistule artério-veineuse. Au deuxième et troisième entretien de ce suivi, elle me parlera de sa fistule, suite à des difficultés rencontrées avec celle-ci. Ses inquiétudes hypocondriaques se fixaient sur cet objet entre l'intérieur et l'extérieur. Lucette m'en parlera plus précisément au troisième entretien, en évoquant avec moi les douleurs ressenties lorsqu'on la pique, lors des branchements à chaque début de ses séances d'hémodialyse : « à chaque fois qu'on me pique, ça fait mal ! ». Elle avait également des hématomes importants ce jour-là et n'aimait pas « les boules sur [son] bras » liées à l'hémodialyse et la fistule. Ainsi, sa fistule artério-veineuse représentait pour elle douleurs et stigmates : elle représentait visuellement ce qu'elle s'efforçait de ne pas voir, le risque mortel de sa maladie somatique chronique héréditaire et génétique.

Au cours de la fin de la première année de son suivi, elle m'avait parlé de sa fistule à nouveau, car on la piquait à ce moment-là « à un autre endroit ». L'écoutant à propos de sa fistule, au cours de cet entretien, je regarderai cette dernière dans un silence, éprouvant toute sa solitude, dans un profond mouvement d'identification de ma part. Par ce silence et mon regard porté sur sa fistule, Lucette me confiera trouver sa fistule « moche », qu'« en plus, il y a des bosses ». Sur une tonalité triste, jusque-là absente chez Lucette, celle-ci continuera : « parfois, quand je regarde mon bras, [sous-entendu la fistule artério-veineuse ici non nommée, innommable] je pleure… (Silence) Je me demande alors à quoi ça sert tout ça ! … ». À ces paroles, la charge

émotionnelle avait été ici importante, moment rare de son suivi et donc remarquable. Ainsi, elle m'avait fait part de sa remise en question de l'hémodialyse, laissant entendre que son impuissance aurait pu la conduire au désir de se laisser mourir dans ces moments-là. L'angoisse d'anéantissement était ici intriquée à l'envie d'un abaissement des tensions somatiques et psychiques liées toutes deux à la maladie somatique. De cette façon, elle craignait et désirait une mort libératrice.

Ponctions et gémissements hystériques

Lucette me parlera des ponctions lors de notre dernier entretien : « Le matin quand elles me piquent, ça me fait mal hein !! Je peux pas regarder quand elles mettent les aiguilles ! Je tourne la tête !! ». Elle gémira une fois après cela. Lucette me disait ce jour-là que « la pression de mon sang qui sort par ma fistule, ça fait mal !! » Ensuite, elle gémira plus fort et plus vivement, comme si elle cherchait à m'impressionner, à me faire sursauter. M'inquiétant pour elle, je lui demanderai si elle désirait que j'appelle une infirmière. Sa réponse sera ferme : « ah non ! Après elles vont toucher les aiguilles et ça fait mal hein ! ». Ses gémissements m'étaient apparus mis en scène, prenant une forme hystérique. Ils m'avaient amené à comprendre un peu plus ce que pouvait ressentir l'équipe infirmière à propos de ses plaintes corporelles. Il s'agissait d'une mise en scène de sa douleur liée à la ponction, avec l'expression sous-jacente d'un plaisir sexuel sur un mode masochique. Sa douleur était ici sexualisée et mise en scène. L'effraction devenait ainsi, à notre dernier entretien, *pénétration*, par l'effet de nos rencontres. Á ce propos, notons qu'elle me parlera du plaisir corporel et érotique pris avec un objet externe la soignant à domicile, un kinésithérapeute : elle laissait alors – à la fin de son suivi – un homme la rencontrer régulièrement, chez elle, afin de s'abandonner à un plaisir libidinal. Les soins au corps devenaient sources de plaisir, ce que je pensais avoir été renforcé par son travail psychothérapeutique.

Les dialyses : « Je suis comme Jésus sur sa croix !! Clouée ici !! »

Avant la fin de la première année de son suivi, Lucette m'avait confié avoir été toujours très angoissée avant chaque dialyse, ce qui était en lien à sa ponction, moment redouté, plus que la séance d'hémodialyse en elle-même. Pourtant, après un an et demi de suivi, Lucette s'exclamera : « Je suis ici comme Jésus sur sa croix !! Clouée ici !! ». Chaque séance d'hémodialyse était pour elle un véritable chemin de croix, chemin de souffrances physiques et psychiques qui avait conduit Jésus, alors condamné, à la mort, par la route du Calvaire, ce à quoi Lucette s'identifiait, de par son insuffisance rénale chronique génétique héréditaire et ses hémodialyses. À ce même entretien, elle m'en dira un peu plus, me disant : « que mon sang sorte de mon corps pour aller dans la machine, c'est fatiguant ! ». À nouveau, elle me parlait ici de la fatigue physique engendrée par ses séances d'hémodialyse, par ses vidages et vidanges

épuisants, sans évoquer les répercussions psychiques de ce qu'elle vivait lors de ses séances d'hémodialyse, comme si elle assistait à ses séances sans les vivre, dans une position d'observatrice extérieure, sans chair ni substance, réfugiée dans une carapace, apparaissant ici telle une coquille vide. Lucette se refusait d'aller plus en profondeur de ses propos afin de se sauvegarder. On peut bien entendu envisager ici une autre dimension de ce qu'elle ne peut qu'appeler « fatigue », liée à une « fatigue » psychique, conséquente des séances d'hémodialyse. Notons, à ce propos, que je relèverai un changement à l'entretien suivant. Elle débutera l'entretien en me disant « je suis fatiguée » puis me dira « je n'ai pas le moral ». Par ma relance, elle me confirmera ensuite que la difficulté était effectivement plutôt qu'elle n'avait pas le moral. Enfin, au dernier entretien, elle fera un lapsus en me disant que « la dialyse là, ça me puise ! » », au lieu d'*é*-puise. Puiser signifiant « prélever un liquide avec un récipient » (*Universalis*), c'est bien le rappel ici de son sang, liquide, qui est prélevé par la machine et qui la fatigue, l'épuise, tant physiquement que psychiquement. Ainsi, elle dormait l'après-midi après les dialyses en général de deux à cinq heures. Toujours, elle était dans l'incapacité de parler plus précisément de son vécu en dialyse, de ce qu'elle ressentait d'être puisée, puis épuisée, de se retirer dans le sommeil les après-midis, car, si elle approfondissait, sans doute en serait-elle venue à penser « à quoi ça sert tout ça ». Lors de ce dernier entretien, elle me dira que « c'est long ces séances », même si elle reste « couchée », pour se reprendre : « enfin... Heureusement qu'il y a la dialyse… ». Son refus de la passivation était toléré par ce que cette passivation lui permettait, ici son désir de continuer à vivre.

Refus d'autre prothèse : « déjà la dialyse, c'est bien assez ! »

Lucette se plaignait souvent de son audition, qu'elle n'entendait pas ce qu'on lui disait, ce que je lui disais. Elle me dira à propos de ses prothèses auditives : « Je les mets peu, car déjà la dialyse, c'est bien assez ! ». La dialyse était pour elle en effet « bien assez » à penser dans ce début de suivi. Cependant, en fin de suivi, elle saura me dire qu'en fait elle n'avait pas été chez un audioprothésiste. Elle n'avait pas d'appareils. Elle m'avait dit alors : « ça ne s'arrange pas », laissant entendre une dégradation. Elle « n'entends rien, chez le médecin, dans la salle d'attente avec les autres patients, en dialyse, avec les autres lorsqu'on attend d'être piqués le matin à leur arrivée ». Cela lui « fait de la peine ». Elle avait « peur de ne pas supporter ses appareils auditifs ». Puis Lucette me parlait « du coût de ces appareils », pour finalement me dire que ce coût « ne sera pas un problème ». Ne pas s'entendre dans ses relations interpersonnelles pouvait bien couper les échanges, accentuer son isolement, ce dans quoi elle s'était retirée hermétiquement. Comme souvent, elle pouvait chercher/trouver des solutions sans par exemple ici se rendre chez l'audioprothésiste, ce qui apparaissait néanmoins à cet entretien un peu plus probable qu'avant. De plus, elle tolèrera d'envisager d'elle-même une autre prothèse

supplémentaire : Lucette pourra penser à « devoir se faire opérer des hanches », il s'agissait d'une opération pour une prothèse de hanche. Elle avait « des examens à faire prochainement » et me dira : « Si il faut opérer, on opère hein ! » car elle avait « trop mal ». Cette recherche des soins apparaissait plus franche chez Lucette, bien que je doutais toujours qu'elle ne passe à l'acte, qu'elle se fasse opérer, restant ainsi dans une ambivalence à propos de ses soins.

Transplantation rénale : envieuse colère et projections pour ses enfants et petits-enfants

Enfin, je dois reprendre ici le fait qu'elle ne pouvait pas être receveuse d'une transplantation rénale, du fait « d'un problème de vessie », vessie qu'il fallait peut-être refaire fonctionner de façon magique en buvant beaucoup d'eau pour être greffée voire guérie, ce qu'elle regrettait, m'avait-elle dit, lors de notre dernier entretien. Il s'agissait là pour Lucette d'un deuil supplémentaire à faire. Lucette avait ce jour-là appris qu'un patient d'origine magrébine venait d'être transplanté rénal : « Il a eu un rein ! Ça me met en colère !! (Silence) Pas que lui ait eu un rein hein ! Non ! Du fait que je n'ai pas pu en avoir et que lui oui ! ». Cela la mettait en colère, par rivalité et par envie d'être à sa place, receveuse potentielle et transplantée. Elle me dira avoir parlé avec ce patient de l'Algérie, sa terre natale, et du Maroc où elle avait vécu quelques années avec son mari. Ce rein réparateur, ce greffon, pillé par un autre, la potentialité de celui-ci, pillé par ses problèmes de vessie, l'aurait pourtant remplie d'un vide mortel, insupportable, quand bientôt d'autres enfants et petits-enfants allaient en être en attente, pensait-elle. Lucette disait d'une de ses deux filles : « Ça lui fait peur ! Enfin… Elle espère trouver un rein ! ». Cet espoir de sa fille se retrouvait chez sa petite-fille : « Ma petite-fille qui a la maladie que *je* lui ai transmise… Enfin ! Elle devrait trouver un rein ! ». Identification par procuration, je trouvais là une projection idéale pour sa petite-fille, ce qui pouvait être déculpabilisant pour Lucette, comme si elle allait être soignée, voire guérie quand elle sera morte, ce qui pourrait être aussi le cas de ses filles. Remarquons ici que ce sera sur ces questions de transplantation rénale que se clôturera notre toute dernière rencontre.

« Quand on est mort, on ne sent plus rien ! » : « [Mon fils] ne s'est pas assez écouté ! »

Trois entretiens avant la fin du suivi, alors qu'elle adressait toutes ses plaintes concernant son corps, Lucette aura cette parole révélatrice : « *quand on est mort, on ne sent plus rien !* », projection d'un retrait ultime, vers la mort, le cadavre. Suite à cet entretien, je noterai : « ses continuelles plaintes corporelles étaient-elles une façon de dire qu'elle n'était pas encore morte ? » Ce message de Lucette, je l'avais pensé à visées narcissique et auto-calmante, tout comme ses plaintes corporelles, toujours dans un mouvement *auto*, mouvement au sein duquel l'autre n'était pas convié. Le lien à ce message se fera lors de notre dernier entretien, au cours duquel elle me dira : « mon fils aussi avait *ma* maladie ! Mais *il ne s'est pas assez écouté*… Il aurait dû avec ses maux de tête… Il avait toujours des maux de tête… Alors il prenait des

Efferalgan… Et il avait de la tension… Mais il a pas voulu voir un médecin quoi. Je lui avais dit à sa femme, mais elle était difficile, *elle ne m'a pas écoutée*. » Puis, elle ajoutera, d'un ton violent, teinté d'une intime évidence : « *Il urinait du sang !! C'est les reins ça ! Hé !* » Á son écoute à ce propos, elle me transmettra, par l'intermédiaire du contre-transfert, son angoisse. J'ai alors pensé contre-transférentiellement que je pourrais bien avoir une maladie, moi aussi, et que, si je n'y fais pas assez attention, ce pourrait être la mort pour moi, comme cela l'avait été pour son fils. Au sein de cette relation vampirique, j'étais alors "contaminé" psychiquement par elle de cette maladie familiale. Pris par son angoisse hypocondriaque, celle-ci avait généré en moi une angoisse d'anéantissement qui m'avait projeté brutalement et fantasmatiquement dans la mort. Alors, peut-être que son fils et sa belle-fille ne pouvaient pas l'entendre et n'avoir pour seule réponse que de refuser sa fonction maternelle hypocondriaque débordante, ce dont je me trouvais ici envahi.

« Suite à ses maux de tête, une veine du cou de mon fils a « pété », la veine jugulaire… » « *Quand je l'ai vu [à l'hôpital]… oh !... Il avait la tête plein de sang, le visage plein de sang. Il avait la machine pour le maintenir dans le coma.* » Son fils n'était dès lors plus qu'un corps, entre vie et mort, vivant-mort, au visage rouge-noir sang, comme cadavérisé avant sa mort, momifié. J'ai par la suite pensé que les maux de tête de son fils, conjugués à sa maladie héritée du fait d'être du même sang qui lui avait ici "pété" au visage, constat réel d'une morsure de vampire dans le cou, avaient renforcé chez elle des mots de tête, par identification(s), ce qu'étaient ses régulières plaintes corporelles. Comme son fils, Lucette était à ce moment attachée à une machine pour la maintenir, entre vie et mort, ce qui l'avait plongée dans un coma psychique où les plaintes à propos de son corps n'étaient plus que les seules alarmes, alarmes d'un corps qui s'empoisonnait, l'empoisonnait, l'a conduisait à la mort, à son cadavre.

3. Dernières observations et remarques

a) Aspects non-verbaux au dernier entretien : main molle

Lors de notre avant-dernier entretien, après avoir évoqué son père, son mari, son fils et ses dialyses, d'importants silences s'imposeront. « Ça me fatigue de parler… », me dira-t-elle, toujours prise par son impossibilité à dire ce qu'elle ressentait psychiquement, ne pouvant l'exprimer qu'à travers l'expression de ses plaintes corporelles. Puis, après un silence important, elle me lâchera, regardant le temps sur sa machine d'hémodialyse : « il me tarde que ça se finisse ». Á ses mots, un flou se fera en entretien, si bien que je ne savais plus si elle parlait de l'entretien, de la séance de dialyse ou encore de sa vie. Lors de notre dernier entretien, elle m'accueillera en me serrant la main d'une façon particulière : elle avait la main molle, ce qui n'avait jamais été le cas jusque-là, figurant le roc auprès de moi. Ce constat au niveau non-verbal me laissera penser après coup que quelque chose d'elle avait lâché : elle n'était en corps

plus hermétique. Je penserai à un tableau de Dali, tableau où le mort à une montre molle sur le front. Le mou représentait pour Dali la putréfaction, la mort. Je pensais ici à une putréfaction psychique liée à son intégration de sa mort prochaine.

b) L'instant de sa mort : scruté et théâtralisé ?

Quelques mois plus tard, Lucette va mourir l'après-midi d'une séance de dialyse, alors qu'elle était au téléphone avec un de ses enfants. Un cri de sa part au téléphone, et elle était morte. Les conditions de sa mort m'ont apparu bien singulières. Je les ai envisagées comme un essai de théâtralisation du moment de sa mort, à l'instar de ses gémissements lors de notre dernier entretien. Alors, deux questions s'imposèrent à moi : aurait-elle pu *sentir* venir l'instant de sa mort, elle qui s'auto-scrutait depuis si longtemps, et aurait-elle pu *organiser* cet instant de sa mort ? Quoiqu'il en soit, les conditions de sa mort signaient la recherche de ne pas/plus être seule psychiquement, reliée à un de ses enfants par le cordon ombilical du téléphone, restant bien seule physiquement. Comme un petit-fils, je serai apaisé qu'elle ait pu enfin trouver l'abaissement recherché de ses tensions psychiques et somatiques de par sa mort, ce qu'elle avait pu chercher à me faire penser.

c) Travail d'écriture : « mais… mes yeux me piquent ! »

La première fois lors de laquelle Lucette me parlera de l'Algérie comme de sa terre natale – nous étions alors engagés dans ce suivi depuis un an et demi –, Lucette me surprendra beaucoup en me disant qu'elle aurait aimé faire un *livre* de toute son histoire, particulièrement de ce qu'elle avait vécu en Algérie (omettant le Maroc) et de son départ d'Afrique. Á cette évocation, elle exprimera son empêchement par une plainte corporelle, en me disant : « mais… mes yeux me piquent ! ». Je penserai à ces mots de R. Barthes : « Celui qui se donne à l'écriture se sent séparé du monde ». Lucette se sentait empêchée de se séparer de son histoire, cette histoire. Lucette ne pouvait se séparer de son histoire, rendue caveau secret afin de ne pas la faire mourir. Par mon travail d'écriture à son propos, je pense ici avoir cherché, tenté de comprendre ce qui l'empêchait de *livre*r, de se *livre*r, de se dé*livre*r, encore habité par cette relation transféro-contre-transférentielle.

d) Les plaintes corporelles : une « voie royale »

L'expression par Lucette de ses plaintes corporelles était une « voie royale », tel le rêve pour Freud. Elle s'économisait ainsi de ressentir les affects reliés à ses souvenirs, de ressentir l'intense douleur morale associée à ses différentes expériences. De façon sous-jacente à sa peur du trou noir de la mort réelle, Lucette avait réprimé son angoisse d'être définitivement séparée, psychiquement (Press, 1995 ; Abraham, Torok, 1975), du corps de son père, le faisant mourir à nouveau, et ce, d'autant plus que Lucette étant alors la dernière survivante au niveau de sa fratrie à pouvoir y penser affectivement. Lucette était ainsi prise au piège d'une double écoute, celle de son corps et celle du corps de son père, père qu'elle avait pensé fantasmatiquement être

toujours à l'écoute de son corps et de sa pensée à elle, tel que je l'avais re-joué par mes tentatives auprès d'elle.

4. Synthèse des résultats

« Ce qui est particulièrement violent dans la mémoire mélancolique c'est que – privée de la perception vivante du temps – elle met en tombeau ce qu'elle cherchait à réanimer. La remémoration obsédante pourrait être cette expression de l'agonie – si l'agonie est bien cette insurrection de la vie que, pourtant, elle cherche à faire mourir. (Fédida, 1998, p. 92) »

Vidée d'un objet interne vivant, prise dans une déliaison pulsionnelle et dans une identification mélancolique aux corps-cadavres agresseurs, déjà morts brutalement ou à venir de par la maladie rénale génétique et héréditaire, Lucette s'était sentie contrainte à s'isoler d'elle-même et des autres *hermétiquement*. Ainsi, elle s'assurait de ne pas les contaminer et de ne pas/plus être contaminée par eux somatiquement et psychiquement, enveloppée par un objet d'arrière-plan-cadavre, son père. Lors de ses séances conjointes d'hémodialyse et de psychothérapie, par la voie royale de ses plaintes corporelles, bercements de vie et de mort comateux, tétées-néo-besoin, Lucette tentait de ré-animer psychiquement son écoute corporelle hypocondriaque afin de res-sentir encore son corps, car « quand on est mort on ne sent plus rien ! », avant et afin de (ne pas) devenir un corps-cadavre agresseur qui se putréfie, fantasmatiquement projeté dans une Algérie berceau (le sien, celui de sa fratrie et de ses enfants) et cimetière (celle de son père), *pillé, désaffilié* par des « Algériens », des « Négros » ou des « cafards », phobie d'une vie intérieure détériorée qui a pris en elle la forme désexualisée d'un corps pourri amputé et décomposé de l'intérieur, *pillé, réaffilié* de par ses morts et la maladie somatique chronique génétique et héréditaire.

C) Blanche. Scène primitive cruelle : neige-dialyse et sang

« Le « Blanche-Neige » des frères Grimm commence ainsi : « Il était une fois, en plein hiver, quand les flocons descendaient du ciel comme des plumes et du duvet, une reine qui était assise et cousait devant une fenêtre qui avait un encadrement de bois d'ébène, noir et profond. Et tandis qu'elle cousait négligemment tout en regardant la belle-neige au dehors, la reine se piqua le doigt avec une aiguille et trois petites gouttes de sang tombèrent sur la neige. C'était si beau, ce *rouge* sur la neige, qu'en la voyant la reine songea : « Oh ! si je pouvais avoir un enfant aussi *blanc* que la neige, aussi vermeil que le sang et aussi *noir* de cheveux que l'ébène de cette fenêtre ! ». (…) Les problèmes que l'histoire se charge de résoudre sont bien posés : l'innocence sexuelle, la blancheur, fait contraste avec le désir sexuel, symbolisé par le sang rouge. (…) Ici donc, le saignement (sexuel) est étroitement relié à un « heureux » évènement ; le jeune auditeur apprend, sans explications superflues, que, sans le saignement, aucun enfant, pas même lui, ne pourrait naître. » (Bettelheim, 1976, p. 255).



Blanche-Neige dans la version de Disney

1. Présentation préliminaire

a) Descriptions médicale et familiale

Blanche était une femme de soixante-neuf ans lorsque je l'ai rencontrée en unité de dialyse médicalisée, recours nécessaire depuis quatre années de par une polykystose hépatorénale. Dès ses quinze ans, elle avait souffert d'hypertension artérielle, du fait de ses kystes. Blanche refusait la néphrectomie, majorant sa tension en dialyse, et l'éventualité d'une transplantation rénale. Tout d'abord en autodialyse, sa polyarthrite rhumatoïde sera par la suite tellement invalidante que cela l'amènera à être prise en charge en unité de dialyse médicalisée. Aucun antécédent familial de la maladie rénale n'était connu. Sa mère était issue de l'assistance publique, ce qui ne permettait pas de connaître d'antécédents familiaux. Son père était mort à cinquante-cinq ans, hypothétiquement d'une crise d'urémie non diagnostiquée selon un de ses néphrologues. Mariée, divorcée puis veuve, elle avait été femme au foyer, puis avait travaillé dans une usine après son divorce afin de subvenir aux besoins de ses deux filles et de ses deux fils, dont l'un était porteur de deux handicaps, mental et visuel. Son autre fils était mort à quarante ans en réanimation médicale suite à de graves problèmes cardiaques, hypothétiquement liés à la maladie rénale selon Blanche. Enfin, elle était grand-mère de huit petits-enfants.

b) Cadre des rencontres

De taille moyenne aux cheveux teintés en blonds, aux yeux bleus clairs, et au visage qui changera peu à peu de forme lors de son suivi, tendant à se ramasser, en particulier au niveau de la bouche ainsi que de ses mains, je suivrai Blanche au sein d'une unité de dialyse médicalisée en salle commune pendant ses séances d'hémodialyse, pendant plus de deux ans, trois quarts d'heures toutes les deux semaines. À priori aucune demande explicite d'elle-même ou d'un médecin n'avait contribué à engager ce suivi, cependant, un néphrologue lui avait suggéré trois années auparavant. Au regard des remous que Blanche provoquait au sein de l'équipe paramédicale et médicale, j'aurai pu penser a priori qu'elle ne se laisserait pas approcher. Le déroulement des entretiens lors de son suivi sera continu, entretiens pour lesquels

elle ne souhaitait « jamais » être isolée, choix que j'ai respecté. Je rappellerai ici que les salles d'isolement en unité de dialyse médicalisée sont en général prévues lorsqu'un patient rencontre de nouvelles difficultés somatiques supplémentaires et/ou des risques de contagion. Aller en salle d'isolement aurait pu être l'équivalent pour Blanche d'aller à l'hôpital (les unités d'autodialyse et de dialyse médicalisée sont à l'extérieur de l'hôpital), ce qui était insupportable pour elle. Dans le déroulement continu de son suivi, il arrivera à deux reprises qu'un néphrologue vienne consulter les patients d'hémodialyse au même moment que celui de notre entretien. Lorsque cela a été le cas, elle avait *exigé* que je repasse plus tard dans sa séance de dialyse. Très préoccupée par son corps et ce que ce dernier lui faisait vivre, il aurait été insupportable pour elle de reporter même de quelques minutes une consultation du néphrologue, vitale et donc prioritaire.

c) Levier du début de suivi : mes préoccupations maternelles quant à la santé de Blanche

Blanche était prise dans un double mouvement de refus et d'acceptation quant aux thérapeutiques proposées par les soignants médicaux et paramédicaux qu'elle auto-évaluait. Je trouverai une place auprès d'elle, notamment en m'inquiétant pour elle de ses problèmes de fistule rencontrés alors. Sa fistule venait au début de nos rencontres d'être refaite parce qu'elle devenait non fonctionnelle pour la dialyse. Notons qu'au tout début de ses séances d'hémodialyse, elle avait rencontré d'importants problèmes avec son abord artério-veineux, amenant les chirurgiens à poser une fistule artério-veineuse huméro-céphalique gauche. Ses problèmes de fistule et mes préoccupations à ce propos constitueront le point d'accès et de départ au suivi de Blanche laquelle ne s'était pas laissée approcher au début de mes passages en hémodialyse auprès d'elle, selon mon dispositif. Si cette patiente dialysait depuis six ans, j'avais alors commencé mon travail dans ce centre d'hémodialyse depuis deux mois. Par mon souci quant à sa fistule et le relais que je lui en proposais, peu à peu, elle se laissera être approchée, apprivoisée puis rencontrée. Je me préoccupais ainsi de sa santé somatique, me plaçant du côté somato-psychique, brouillant mon contre-transfert.

d) Dynamique transféro-contre-transférentielle : cruauté et devoir de survie psychique

En entretien auprès de moi, Blanche était une patiente très vive, cherchant toujours à me faire rire et à se faire rire, afin de passer un bon moment ensemble. Cela était très important pour elle. Sur le ton de l'humour, elle pouvait dire des choses très graves, plus ou moins douloureuses. Cette tonalité des séances était en lien avec le fait que je serai souvent pour elle, auprès d'elle, un objet tendre, un tendre objet, notamment par la possibilité pour elle de déverser en moi toute une série de plaintes corporelles allant de sa fistule, à sa « pile », à sa polyarthrite, à son peu de désir de manger. Ce déversement psychique, corollaire d'une dialyse psychique, avait lieu à chaque entretien, lors d'un premier temps, plus ou moins variable. J'éprouverai des

difficultés à supporter pleinement ses plaintes par l'impuissance dans laquelle Blanche me mettait alors, à la mesure de sa propre impuissance, par retournement, comme cela était le cas chez ses soignants médicaux et paramédicaux. Au tout début du suivi, il est arrivé qu'elle cherche à faire émerger une cruauté de ma part, une agressivité à son égard, ce qui n'arrivera pas, cherchant pour ma part à préserver Blanche, à la confronter à un autre objet qu'à ce qu'elle avait bien pu intérioriser de son père et de son mari. Je pensais qu'elle essayait d'activer ma part de cruauté comme pour voir ce qui pourrait bien se passer et ainsi tester la qualité de notre lien. Il s'agissait là de bien s'assurer que je n'étais ni son père ni son mari, quelqu'un qui s'occupait, se préoccupait d'elle sans lui vouloir de mal. Cela était, selon moi, ce qui amenait les soignants à négocier si longuement avec elle lorsqu'étaient envisagés des soins qu'elle refusait. Au sein de ce jeu transféro-contre-transférentiel, j'aurai la plupart du temps le sentiment d'être le fils disparu de Blanche. Je rappellerai ici qu'au début d'un de mes passages auprès d'elle, lors duquel elle n'avait pas les paupières tout à fait closes, elle me dira, lorsque je la solliciterai, « j'ai cru voir passer une ombre ». Ne pouvant m'en dire plus, je me dirai, à sa place, qu'il pourrait bien s'agir de l'ombre de son fils, comme si nos rencontres étaient pour elle une façon de parler avec un mort affectivement très investi, un revenant dont la mort était déniée. Blanche faisait revivre son fils par moi mais sans doute déposait-elle en moi sa partie morte. Un changement provoqué par notre travail était la possibilité d'aller de façon plus confiante à des examens médicaux, notamment pour un bilan rhumatologique, type d'examen qu'elle aurait, avant nos rencontres, refusé catégoriquement. Cependant, elle continuait à refuser par exemple de consulter un kinésithérapeute alors qu'elle en avait bien besoin à propos de sa polyarthrite, mais moins catégoriquement – « vous croyez ? » disait-elle sans opposition au médecin qui l'envisageait avec elle –. Elle se prenait ainsi difficilement en charge, ce qui m'interrogera quant à sa capacité psychique à se soigner elle-même, tant corporellement que psychiquement. Le travail hypocondriaque à son propre sujet était insuffisant. Se pensant son propre médecin, elle évaluait elle-même a priori les soins et les thérapeutiques qui lui apparaissaient bons ou mauvais, nécessaires ou fortuits.

2. Le « travail de l'hypocondrie » chez Blanche

a) Scènes primitives cruelles

Scène primitive cruelle de tortionnaires actif et passif

J'ai tout d'abord choisi d'orienter les axes du travail du matériel clinique de Blanche à propos de ses imagos parentaux. Ses figures parentales étaient évidemment très éclairantes à propos de son organisation psychique, et donc de son vécu par rapport à la maladie, ses capacités à prendre soin d'elle-même et ses angoisses hypocondriaques.

Objet maternel et machines médicales

Bien qu'aucun antécédent d'insuffisance rénale chronique ne fût connu, Blanche n'était pas la seule à connaître des problèmes de santé au sein de sa famille. Sa mère était diabétique et insulino-dépendante. Le diabète se rencontrait au sein de sa fratrie, composée de trois filles. Une de ses sœurs avait un diabète coronarien et en mourra à la fin de la première année du suivi de Blanche. Quant à sa seconde sœur, elle était « presque » diabétique, selon Blanche, sans plus de précision. Mère et filles étaient très proches les unes des autres et se voyaient régulièrement. Sa mère vivait dans le même immeuble qu'elle. Son second fils vivait juste à côté de chez elle avec sa compagne. La sœur de Blanche passait régulièrement auprès de leur mère, vers qui Blanche se rendait tous les jours. Issue de l'assistance publique, la mère de Blanche avait vécue misérablement, « elle dormait petite dans des granges de paysans » qui l'avaient recueillie. Blanche me décrira l'enfant qu'était sa mère comme étant « de la main d'œuvre à *mâter* », plus qu'un enfant à choyer, avec toutes les zones d'ombres qu'avait pu créer sa mère et les fantasmes que cela pouvait générer chez Blanche et l'ensemble de la famille. Le père de Blanche m'avait été décrit par elle comme « un homme violent et alcoolique », un homme qui *mate* dans mes associations, où mâter et castrer s'équivalaient ici.

Blanche me parlera souvent de sa mère en qui elle puisait des forces vives, afin de se maintenir en vie non pas seulement pour elle-même mais surtout pour sa mère. Je fantasmais à ce propos que le sang qui lui était restitué par la machine de dialyse, afin d'être maintenue en vie somatiquement, lui était permis non pas, seulement, par la machine d'hémodialyse mais aussi et peut-être surtout par sa mère, comme s'il s'agissait d'une dialyse psychique mère-fille. En lien à cela, le décor me sera posé d'emblée lors de notre premier entretien au cours duquel elle me parlera du refus de sa mère « à être réanimée » ou « à être en soins palliatifs » en me disant, appliquant pour elle-même ce discours similaire : « je ne comprends pas pourquoi on s'acharne à maintenir la vie des gens par des tuyaux ou des machines ! ». Lorsque je lui relancerai « qu'en hémodialyse la vie est bien maintenue par des tuyaux et des machines », ce qu'elle n'associait pas ici, elle me dira « oui… mais ici, c'est pas pareil ! », restant dans l'impossibilité à associer, préférant dénier ce recours somatiquement vital à une machine d'hémodialyse. Les refus de soins par l'objet maternel étaient liés à ses propres refus de soins.

Blanche pensait qu'elle ne survivrait pas à sa mère et ne souhaitait pas lui survivre. Elle se persuadait qu'elle « [n'atteindrait] jamais l'âge de [sa] mère » et j'aurai le long de ce suivi la pensée qu'il ne fallait pas qu'elle meure avant sa mère, que cela serait trop éprouvant à vivre pour sa mère, et qu'il valait ainsi mieux que ce soit l'inverse. Blanche pouvait bien s'en faire un devoir, par dette vis-à-vis de sa mère, dette de (sur)vie. Aussi, je fantasmais que si sa mère venait à mourir, elle pourrait bien se dégrader somatiquement beaucoup plus rapidement sans

elle à ses côtés, glisser puis mourir notamment en refusant la dialyse. La présence de sa mère dans la vie et dans sa vie, à ses côtés, était l'équivalent d'une dialyse psychique ce qui encourageait Blanche d'aller dialyser, de se soigner, vitalement, afin de ne pas mourir. C'était alors comme si cette machine d'hémodialyse qu'était l'objet maternel se débrancherait de Blanche de par sa mort, la plaçant elle-même dans une mortelle situation. Aussi, dans cette identification à sa mère, Blanche se punissait de la haine qu'elle pouvait éprouver à l'égard de sa mère. Sans doute y avait-il chez Blanche un manque, une carence de soins au niveau maternel, de façon transgénérationnelle.

Å la fin du suivi, sa mère étant dans un grave état somatique, une de ses sœurs sera à son chevet « vingt-quatre heures sur vingt-quatre », à l'écoute du moindre mal, une écoute corporelle, une sorte d'écoute hypocondriaque, provoquée par l'angoisse de perdre sa propre mère. Je ferai une analogie avec la machine de dialyse, sonnant dès qu'un problème de paramètre intervient. De cette façon, je ne savais plus qui veillait sur qui : la sœur de Blanche sur sa mère, Blanche sur sa mère, la machine de dialyse sur Blanche, jusqu'à me demander comment moi je veillais sur Blanche… D'autant moins lorsque le début du suivi se fera à propos d'inquiétudes vitales à propos de sa fistule artério-veineuse. Quoiqu'il en soit, il était question ici du soin, de prendre soin, prendre soin de soi, de l'autre. Blanche était consciemment convaincue de prendre soin d'elle-même. Pourtant, elle était négligente dans ses soins apportés à elle-même et dans l'impossibilité de s'en rendre consciemment compte. Ainsi, elle ne prennait pas soin d'elle afin qu'on prenne soin d'elle, qu'elle devienne le centre des soins, en rivalité à sa mère ici. Cela m'amènera à m'interroger sur la façon dont l'objet maternel prenait soin d'elle, aux prises avec un objet cruel, comme cela avait été le cas avec son mari, par un besoin passif de cruauté à son égard. Dans ce climat de violence manifeste et très certainement latente de sa prime enfance, je pense qu'il n'avait pas été possible pour Blanche de prendre tout à fait soin d'elle-même, narcissiquement, et donc des autres. Blanche en était venue à me parler du refus d'acharnement thérapeutique de la part de sa mère suite à l'évocation de sa « pile » en entretien, son pacemaker, qui avait été chirurgicalement implanté sept ans auparavant. Concernant sa pile et sa machine d'hémodialyse, je me questionnerai sur son sentiment d'être un objet électrique, un objet machinique, ce qui ne pouvait être que renforcé par la machine d'hémodialyse. Chez Blanche, la pile en dedans et la machine d'hémodialyse au dehors, objets étrange(r)s intérieur et extérieur, interrogent les complexifications des limites du moi. La prolongation de sa vie était ainsi assurée par une sorte de machine intérieure, une pile, ainsi qu'une machine extérieure, sa machine d'hémodialyse, double prolongations machiniques. Relevons qu'au début de la seconde année de son suivi, elle justifiera son comportement auprès de moi par sa pile : « c'est pour ça que je suis *électrique* !! ». Blanche s'identifiait à sa pile. Cela était bien en lien avec ses

descriptions de sa mère qui semblait elle aussi *électrique*, selon Blanche. Aussi, ce pacemaker me faisait penser à la présence enkystée en elle de l'objet paternel, donnant des impulsions électriques, comme un bourreau, ce que je penserai plutôt du côté des douleurs qu'elle pouvait ressentir comme les douleurs ressenties par les soins en hémodialyse et les douleurs paralysantes liées à sa polyarthrite. Rappelons ici que ses douleurs liées à sa polyarthrite étaient devenues paralysantes car elle avait longuement refusé des soins.

Les soignants, médecins, infirmiers et psychologue, étaient chez Blanche des objets persécuteurs : elle projetait à l'extérieur les persécuteurs internes qu'étaient ses organes défaillants. Blanche persécutait afin d'être persécutée. De cette façon, les soignants étaient placés par Blanche dans une situation d'impuissance, celle de Blanche, par laquelle plus ils en faisaient, plus ils étaient considérés comme des incapables.



Veličković, V. (1996). Untitled. Mixed mediums on paper.

Dans l'après-coup, je me questionnerais sur la cruauté recherchée inconsciemment par la mère de Blanche qui pouvait aussi ici donner des impulsions électriques, des douleurs et rendre l'hémodialyse et ses conséquences somato-psychiques comme un supplice imposé à Blanche. Les tortionnaires intériorisés psychiquement chez Blanche étaient donc deux : son père, tortionnaire actif, et sa mère, recherchant malgré elle d'être en proie passive à un objet tortionnaire, ce qui la rendait vivante, en lien probablement avec les fantasmes de sa propre scène primitive et ses fantasmes inconscients d'abandon à sa naissance. Ces tortionnaires actif et passif avaient laissé leurs traces. Dans les deux cas, je relevais une suprématie des enjeux de vie et de mort de la part de la mère de Blanche à propos de Blanche, ainsi qu'une certaine impulsivité. Sa mère la tenait en vie de par son désir, elle aurait pu aussi désirer la faire mourir, cette fille de son père, cette fille qui a un père et une mère connus, identifiables.

Objet paternel et cruauté

Lorsque Blanche avait cinq ans, celle-ci avait été la silencieuse observatrice d'une scène à valeur traumatique, scène qu'elle me racontera au tout début de nos rencontres, lors de notre troisième entretien : *« Après une violente dispute entre mon père et ma mère, ma mère s'était retrouvée le nez en sang, en nuisette, pieds nus dans la neige ».* J'avais dans un premier temps fantasmé que Blanche était auprès d'elle, lui tenant la main, puis, dans un second temps, lorsque le suivi sera terminé, je me demanderai si elle n'était pas plutôt restée à l'intérieur avec son père et sa fratrie, terrorisée par cette cruauté paternelle qui aurait bien pu se retourner contre

elle, lui éclater *la gueule*. Cette image de sang qui coule du nez de l'objet maternel de Blanche, « pieds nus dans la neige », me reviendra pendant tout le suivi. Cela m'éclairera particulièrement à propos des fantasmes de Blanche quant à sa scène primitive. Cependant, je n'avais pas pu en prendre note après l'entretien où elle m'en avait précisément parlé. Comme effacée d'être trop présente, effractante, cette scène sanguinolente ne figurait pas dans mes notes. Bien qu'évidente pour moi, elle en avait disparu revenant pourtant *visuellement* en boucle dans mes associations auprès d'elle. En lien à la pulsion scopique, cet aspect visuel de sang était selon moi à envisager du côté de la cruauté. Je penserai particulièrement au cas de Violaine dans *Tendresse et Cruauté* de D. Cupa ainsi qu'aux tableaux de V. Veličković. Bien entendu, ses séances d'hémodialyse généraient en elle des échos particuliers, par la vue de sang occasionnée, le sien et celui d'autres patients autour d'elle. Ces figures de cruauté étaient (r)attachées pour Blanche à son père, à son mari. Je m'interrogerai sur la nécessité inconsciente de Blanche d'être elle aussi *éclatée* de façon sanguinolente par son père, ce qu'elle, tout comme sa mère, aurait pu redouter, mais paradoxalement re-chercher inconsciemment, notamment chez son mari, le père de ses enfants. Je m'interrogerais.

Quels (dé)goûts du sang, quels plaisirs à le re-trouver alors, appétences de vampire ? Il s'agissait là comme une façon de se dire à elle-même, comme à son père, à son mari, que son sang coule encore, en corps : « Tu n'as pas encore eu ma peau ! », semblait-elle dire. En hémodialyse, Blanche était ainsi éclatée, certes, mais encore bien vivante.

Aussi, il me semble que le fantasme que sa maladie rénale génétique familiale vienne de son père corroborerait cela, comme s'il avait *éclaté* ses reins. Blanche se parlait parfois crument, en se balançant des *éclatants* « je t'emmerde ! », « dans ta gueule ! », « va te foutre ! » sur un mode automatique voire compulsif en entretiens, à propos de ses douleurs physiques, de maladies qu'elle devait continuer à subir, de traitements qu'elle ne voulait pas prendre ou comme elle le souhaitait *elle* mais pas comme les médecins lui prescrivaient. Ces mots éclatants étaient ceux que lui avait adressés son père, qu'elle lui adressait par retournement, en se les adressant à elle-même dans un processus auto-. Ces formules crues n'étaient pas employées verbalement auprès du personnel médical et paramédical, mais c'était ce qui était présenté non-verbalement et de façon latente dans ses échanges avec eux.

Je noterai une progression dans les mouvements transféro-contre-transférentiels, où le redoutable objet cruel, maltraitant que j'aurais pu être et donc craint mais désiré en même temps par elle, a pu se transformer en un objet tendre et sécurisant. De ces désirs paradoxaux, une

pensée bien particulière émergera chez moi en entretien auprès d'elle après plusieurs mois de suivi. Comme si j'avais une cruelle phobie d'impulsion, je me dirai qu'avec un de mes pieds je pourrais bien faire reculer sa machine d'hémodialyse. Cela débrancherait Blanche, il y aurait alors du sang partout, elle s'en indignerait contre moi. Après-coup, je me demanderai si ce n'était pas là ma façon à moi d'*éclater* Blanche. Cette pensée avait été très éprouvante pour moi, culpabilisante dans un premier temps : comment avais-je pu moi, son soignant, son psychologue, penser cela ? Ce fantasme m'avait permis ici de me penser tortionnaire, tortionnaire par les mots, tortionnaire psychique de l'amener à se re-mémorer, consciemment et inconsciemment. J'aurai pendant notre dernier entretien, sans savoir pourtant qu'il s'agissait du dernier entretien, son départ soudain en centre lourd ne nous ayant pas permis de l'envisager, *l'impression de saigner du nez*, impression à valeur hypocondriaque, à une période dans la vie de Blanche où il était question du déclin somatique et de la mort de sa mère. Surtout, *je m'étais dit qu'il ne fallait pas que cela se voit*, comme s'il ne fallait pas qu'elle voit cette autocruauté révélée, en lien à la pulsion scopique dont je parlais plus haut. Sur le moment et même à mes reprises de notes, je ne ferai aucun lien avec cette scène traumatique qui me revenait pourtant en boucle visuellement si souvent, *celle de sa mère nez en sang et pieds nus dans la neige*. J'en étais psychiquement empêché. En mesure d'associer après-coup, je comprendrai alors que je me posais-là plutôt du côté de l'objet maternel, tendre et sécurisant, bien qu'à la recherche de cruauté à son égard, cruauté rendue auto- chez Blanche.

Discours libertaire et recherche de totalitarisme

Je l'ai déjà dit plus haut, Blanche a tenté de faire émerger chez moi une part de cruauté en sa direction. Selon moi, cela était la conséquence de sa recherche en les hommes, et ici en moi, d'un père et d'un mari cruels et tortionnaires. J'étais eux sans les être, tout en restant son tendre fils aîné. Cela se retrouvait dans ses discours libertaires paradoxaux, avec, à d'autres moments ou conjointement, une recherche de totalitarisme, afin que « *ça file droit* », comme avec son père et son mari. Dans un même entretien, elle pouvait aussi bien évoquer avec moi ses envies adolescentes de « devenir religieuse pour aider les pauvres dans le monde », envie qui n'avait pas survécu à ses quinze ans selon elle, mais qui lui serait toutefois restée, pour enfin me dire « qu'il faudrait peut-être bien qu'un Hitler revienne », ou que « Le Pen passe ». Adolescente alors, n'était-ce pas une façon ici de se différencier, de s'opposer à la cruauté paternelle, aider les pauvres avec l'image en matriochka de l'objet maternel dormant dans des granges. De façon identique, elle me dira souhaiter que « les mariages des prêtres soient acceptés » puis se prononcera vivement « contre l'avortement », ce que je comprenais comme une impossibilité psychique à tuer ce qui vit, idée insupportable *surtout* en hémodialyse, d'autant plus avec un fils handicapé et un autre déjà mort. Pour Blanche, il valait mieux vivre

pour être tyrannisée plutôt que de ne pas vivre du tout. Toutefois, à ces propos, elle paraissait admettre, de façon *éclatante* encore une fois : « vous devez vous dire : « elle est folle la vieille ! » hein ?! » ou encore « je vous raconte des conneries ! ». En lien à cela, une néphrologue lui avait renvoyé, ce que Blanche n'avait pas manqué de me rapporter, en souriant, qu'elle était « une vraie tête brûlée, indisciplinée et têtue !! ». Son attitude provocatrice était selon moi un mode d'organisation psychique, mode oscillant entre un pôle cruel-paternel et un pôle tendre-maternel, mère qui avait été en recherche de cruauté bien malgré elle, par son enfance lors de laquelle elle avait été « de la main d'œuvre à mater », puis par le père de ses enfants. Ces deux pôles apparaissaient tous deux internalisés, incorporéisés.

Objet paternel de remplacement inexistant

Blanche me laissera entendre que sa mère avait quitté son père, puis qu'elle serait restée sans nouvelle de ce dernier. Ce n'était pas la version de son néphrologue d'alors, puisque qu'il avait eu connaissance par Blanche du fait que son père était mort noyé lorsque celle-ci avait moins de dix ans, ce Blanche n'évoquera jamais avec moi, comme si cela n'avait pas existé, ni réellement ni fantasmatiquement. Par cette version, je fantasmerai que sa mère et elle l'avaient tué, ce qui avait pu être le fantasme pré-œdipien inconscient de Blanche et de sa mère. Je m'interrogerai sur la véracité de ses dires, notamment quand dans son dossier médical un néphrologue se demandera si son père mort à plus de la cinquantaine ne l'avait pas été des suites d'une insuffisance rénale chronique, par le terrain génétique de celle-ci chez Blanche. Les raisons de la mort de son père resteront ainsi une zone d'ombre. Blanche m'apprendra furtivement que sa mère s'était liée avec un autre homme, lequel ne m'avait jamais été clairement décrit, comme s'il n'avait pas existé dans la vie psychique de Blanche. Je n'aurai connaissance d'aucun élément de la vie de cet homme, je saurai seulement qu'« il est mort à quatre-vingt-dix-neuf ans *rapidement* » suite à une dégradation rapide et progressive de son état physique. Seule la mort de cet homme apparaissait au sein de sa biographie telle que racontée par Blanche. Chez elle, psychiquement, les hommes semblaient devoir plutôt mourir que vivre.

Blanche : objet conjugal à mater

L'histoire se répétant compulsivement, Blanche rencontra « un homme violent et alcoolique », encore un objet qui *mate* ai-je pensé à nouveau en entretien auprès d'elle. Chef d'entreprise avec lequel Blanche exerça, ils avaient eu ensemble quatre enfants, deux fils et deux filles. Le mari de Blanche la « battait régulièrement », « même quand j'étais enceinte, c'est pour ça que mon fils est handicapé mental et qu'il n'a jamais vu ». Après ce qui était pour elle « une crise de trop », lors de laquelle son mari avait « jeté des affaires par la fenêtre », elle trouvera la force de le quitter, craignant d'être elle et les enfants un jour eux-mêmes « jetés par la fenêtre », au sens propre. Le mari de Blanche refusait le divorce. Il décèdera quelques années

après leur séparation, seul avec et par son alcoolisme. Blanche ne vivra dès lors plus jamais en couple, « Je vivais dans un petit appartement en ville dans le fond d'une cours avec mes enfants ». « J'ai travaillé plus de quinze ans dans une usine pour un salaire de misère », manipulant de petits objets, ce qui avait pu être un facteur important dans l'aggravement de sa polyarthrite. Blanche re-trouvait ainsi selon moi une misère en lien à l'enfance de sa propre mère, je pensais à Cosette.

Scène primitive cruelle : désirs cruels retournés

Son fils aîné jouera un rôle important pour elle et la fratrie de celui-ci : « il est devenu le chef de famille en nous soutenant moralement et financièrement ». Plus tard, « Il est mort en réanimation médicale à quarante ans, de graves problèmes cardiaques ». La mort brutale de ce fils aîné a été pour Blanche la plus douloureuse perte affective. Elle ne s'en était jamais remise, ce qui questionnait son travail de deuil.

Ne pas voir le corps-cadavre de son fils

À contre-courant de tous ces événements psychiquement éprouvants, lourds à porter, je pouvais avoir auprès d'elle l'impression qu'elle se faisait un devoir que nous passions un bon moment ensemble. Elle cherchait notamment à me faire rire, je l'ai déjà précisé. Ce qu'elle me révèlera en fin de suivi me permettra de bien comprendre à quelle faim. En effet, alors que contextuellement sa « mère pourrait bien mourir », et que Blanche ne va pas très bien elle non plus somatiquement, par miroir et en particulier par impossibilité de supporter de la perdre, elle me dira à propos de son fils qu'elle avait « *refusé de le voir mort à la morgue de l'hôpital* ». Elle me dira alors, dans un sanglot : « je ne voulais me souvenir *que* des bons moments passés ensemble ! »… Surpris moi-même tant de ses affects libérés que de sa parole, je serai alors pris d'une vive émotion au sein de ce jeu transféro-contre-transférentiel par lequel elle était la mère et où j'étais le fils aîné revenu des morts, permettant, encore un peu, de dénier la mort de ce fils puisque j'étais là, auprès d'elle, bien vivant, en chair et en os, en corps et en rires. Comme pour son fils handicapé, je me demanderai quelle part de culpabilité inconsciente elle pouvait éprouver à propos de ce fils qui était mort. Fantasmatiquement, le mari de Blanche, le père de son fils, avait éclaté Blanche et ses fils, ce qui avait révélé à Blanche son incapacité à protéger, que ce soit elle-même ou les autres, ici ses deux fils.

S'éloigner de son fils handicapé : qui se protège de qui et de quoi ?

Le deuxième enfant dont Blanche me parlait précisément était son fils handicapé. Notons ici qu'elle ne me parlait jamais de ses filles. Mon hypothèse était que celles-ci ne déclenchaient pas chez leur mère les mêmes fantasmes inconscients de cruauté. Selon Blanche, ce fils était dans une telle dépendance à elle-même, malgré la présence de sa compagne, qu'il aurait été difficile pour lui de supporter la mort de sa propre mère. Ainsi, Blanche envisageait sérieusement « de s'éloigner » psychiquement de son fils handicapé avant sa mort à elle « pour

le protéger ». Pensant dans un premier temps que cela pouvait permettre au fils de Blanche d'être protégé de la mort de celle-ci, je m'interrogerai ensuite à propos de la protection de Blanche à l'égard de son dernier fils ainsi qu'à sa façon d'être à elle avec lui avant sa mort. Cela était en lien avec sa culpabilité inconsciente d'être responsable de son handicap, culpabilité par son besoin inconscient de recevoir des coups, mais aussi peut-être d'un désir inconscient de mort, de faire du mal *elle* à un homme, même s'il s'agissait de son fils. Blanche pouvait aussi se protéger elle de ce qu'elle pourrait ressentir face à ce fils se préparant à la mort de sa mère, mère qu'elle était pour lui, ce qui pourrait être trop insoutenable pour elle, dans son lien à sa propre mère ainsi que dans son lien à ses fils. Encore une fois, il ne fallait plus voir un fils par la mort, dans le premier cas parce qu'elle avait eu lieu pour son fils aîné, dans le second parce qu'elle allait avoir lieu pour Blanche, ce qui pouvait chez elle être vécu fantasmatiquement par retournement. À nouveau, du côté d'un fils pouvait se profiler l'image d'un éclatement de la part de son mari, ici alors qu'elle était enceinte. Je m'interrogeais ainsi : la battant alors qu'elle attendait leur enfant, qu'avait-t-il éclaté ici pour elle ? S'était-elle ainsi, comme dans d'autres scènes de violence de la part de son mari, retrouvée comme sa mère avec son père, contrainte psychiquement à ces manœuvres ? Surtout, je m'interrogerai après-coup de l'envie inconsciente de Blanche de s'éloigner de son fils pour le protéger, afin que celui-ci ne souffre pas, mais surtout qu'*elle* ne souffre pas.

Blanche vivait la perspective de sa propre mort comme un coup fatal fantasmatiquement porté par son père et son mari, comme le coup de poing de son père au visage de sa mère et les traces sanguinolentes laissées en Blanche, tout le long de sa vie, ce avait bien pu la conduire en hémodialyse.

Quels désirs de mort chez Blanche à l'égard des hommes qu'elle a infantés ?

Par ce qu'elle m'avait dit de ses deux fils, je comprendrai bien après-coup, aux derniers moments de l'écriture de ce cas, ses désirs inconscients de retourner la cruauté reçue de son père et de son mari contre des hommes, son fils handicapé et son fils aîné. *Fantasmatiquement, elle avait pu se penser responsable d'avoir rendu handicapé son second fils, d'avoir tué son fils aîné, enjeux de vie et de mort retournés par ce procédé, ce qui la rendait hypocondriaque lorsqu'elle retournait ces enjeux contre elle-même, par autocruauté.* Peut-être alors avais-je eu ce désir cruel de pousser sa machine d'hémodialyse qui la faisait vivre, pour me protéger moi, psychiquement, somatiquement, de la cruauté dont elle était porteuse, laquelle cruauté, empoisonnée et empoisonnante, aurait bien pu me casser les reins, me rendre handicapé. À propos de ces fantasmes de contamination, Blanche m'assurera avoir « huit petits-enfants en

bonne santé », comme pour se rassurer qu'ils étaient eux bien protégés de sa cruauté. Cela pouvait lui servir de paravent afin de ne pas révéler ses désirs inconscients qu'ils soient eux aussi malades, matés par la maladie rénale qui lui avait cassé ses reins.

b) Les plaintes corporelles de Blanche

Refus hypocondriaques d'hospitalisations, de soins

Derrière ces refus catégoriques, concernant par exemple une transplantation rénale ainsi qu'une néphrectomie, se cachait chez Blanche une furieuse aversion de l'hôpital. Certains de ses médecins (néphrologues, rhumatologues…), ceux qu'elle rendait impuissants telle qu'elle se sentait elle-même, affirmaient qu'elle avait la phobie des hôpitaux, en d'autres termes qu'elle était neusocoméphobe. En effet, l'hôpital était une représentation qu'elle associait inconsciemment et consciemment à la mort de son fils aîné, représentation dont elle ne pouvait pas se défaire, et ne cherchait surtout pas à se défaire, par identification et refus conscients et inconscients de ses désirs cruels tant objectalement que narcissiquement. Par cet impossible travail de deuil à l'égard de son fils aîné, elle préférait penser que les médecins de réanimation médicale avaient été négligents dans les soins apportés à son fils en argumentant que « sa mort en plein week-end » se justifiait uniquement par le fait qu'« il n'y avait pas les internes et les médecins nécessaires à ce moment-là ». Elle se protégeait, s'épargnait ainsi de son propre sentiment de culpabilité. Ces négligences qu'elle fantasmait de la part des médecins, l'amèneront, particulièrement en hémodialyse, à des plaintes hypocondriaques, ne sachant plus à qui se fier, en tout cas plus aux médecins, ni aux infirmiers, *seulement à elle-même*. Comme cela avait été le cas pour son fils, selon elle, elle fantasmait inconsciemment que les médecins voulaient plutôt la tuer que la sauver médicalement, rejouant son père et son mari. Ce fantasme était particulièrement vif chez Blanche lorsqu'une hospitalisation était envisagée pour elle.

Le néphrologue la suivant en unité de dialyse médicalisée était très inquiet à propos de Blanche, redoutant ses refus catégoriques. Ces derniers auraient bien pu coûter la vie à Blanche, à plusieurs reprises. Notamment, quelques temps avant le début de ce suivi, elle sera traitée pour une pleuropneumopathie qui aurait pu lui être fatale si elle avait continué à refuser une hospitalisation. Conséquemment, il fallait que les médecins négocient avec elle longuement. Ce même néphrologue dont je parlais plus haut me confiera que par le refus de Blanche d'aller en hémodialyse, il était allé jusqu'à se déplacer chez elle afin de la convaincre de s'y rendre à nouveau, fait étonnant. Cela avait finalement amené Blanche à accepter. Sans cela, elle serait morte, selon lui, le rendant sauveur, se rendant sauveur, réellement et fantasmatiquement. Je m'interrogeais alors sur cette qualité de fils sauveur qu'avait pu endosser ce médecin ici, à l'instar de son fils aîné, de par sa préoccupation particulièrement insistante à propos de Blanche

qu'il réitérait auprès de moi. Avait-il été le premier médecin qui n'avait pas mâté, n'avait pas éclaté, par le souci suffisant qu'il avait eu pour elle ?

En lien à cela, Blanche craignait toujours les examens médicaux que les néphrologues lui faisaient faire, redoutant une ou des découvertes. Elle avait ainsi une peur irraisonnée d'avoir un cancer. Elle en sera persuadée à plusieurs reprises, ce qu'elle témoignera à deux distinctes reprises auprès de moi pendant son suivi, allant jusqu'à penser que la néphrologue – il y avait eu un changement de néphrologue sur ce service – la suivant alors lui « [cachait] la vérité ». En rien elle ne cherchait à être rassurée, elle le savait. Ainsi, si je pouvais à priori la penser nosophobe, spécifiquement ici à propos d'un cancer, je comprendrai, en poussant mes investigations auprès d'elle, qu'elle était surtout hypocondriaque et que sa fuite de séjours en hôpitaux, conjointement à l'association de la représentation de la mort de son fils, en était la conséquence. Il s'agissait là aussi en fuyant l'hôpital et la maladie de fuir un père et un mari mortels. Il en était de même en ce qui concernait la douleur, liée à sa polyarthrite rhumatoïde. Blanche disait la redouter, « vouloir la soigner », mais ne faisait rien pour cela. Notons qu'elle refusera également l'aide d'une ergothérapeute. D'ailleurs, dix années plus tôt, Blanche avait refusé toute prise en charge à propos de cette polyarthrite, ce qui avait eu de désastreuses conséquences. Acceptant une prise en charge à ce propos, lors de son suivi avec moi, le rhumatologue se sentira tout à fait impuissant : « nous arrivons malheureusement bien trop tard » avait-il renvoyé. Encore une fois, un médecin se sentait impuissant par rapport à Blanche, celle-ci cherchant inconsciemment à projeter sur les soignants son sentiment propre. De la même façon, elle se plaignait auprès de moi longuement à propos de son corps, de façon détaillée, où les espoirs de guérison étaient impossibles selon elle, mais surtout pas envisagés, en allant par exemple consulter un spécialiste. Il y avait un investissement de tout ce qu'elle vivait de son corps, de ses douleurs, qui pouvait de prime abord me sembler masochique, mais je me demanderai ensuite en quoi cet investissement n'était pas plutôt une forme d'autosadisme, pour finalement le penser du côté de l'autocruauté. Elle se matait elle-même en étant à la fois sa propre victime et son propre bourreau. Elle a pu de cette façon mettre à mal l'équipe médicale de néphrologues la suivant ainsi que l'équipe paramédicale du centre de dialyse. Au tout début de sa rencontre avec les néphrologues, une femme néphrologue, décrite par Blanche comme ayant « un fort caractère », l'effrayait beaucoup. Je pense que Blanche revoyait son père en cette néphrologue, et que Blanche craignait le mal que cette même néphrologue pouvait lui faire ainsi. Aussi, cela questionnait l'ambivalence de sa mère.

Ce mécanisme inconscient se retrouvait chez Blanche à propos de tous les soignants, de tout ce qui avait trait au soin, autant dans son sens de care que de cure.

Concernant les infirmiers, elle était très exigeante, et ne supportait pas qu'une infirmière qui lui avait fait mal au moment d'une ponction revienne auprès d'elle. Cela était pour elle *impardonnable*. Ainsi, elle ne se faisait piquer en début de dialyse que par certains infirmiers, et tout particulièrement par un jeune homme infirmier. Elle refusait la douleur et pouvait ainsi être une vraie « peau de vache », selon l'équipe paramédicale, avec certains infirmiers ou à leur propos lorsqu'elle en parlait avec d'autres patients en salle d'attente avant sa séance d'hémodialyse. Évidemment, cela concernait les soignants qui lui avaient fait mal, physiquement. Ses angoisses étaient tellement fortes qu'elle en venait à être agressive de peur d'être agressée physiquement ou lorsqu'elle l'avait effectivement été. Elle transposait de cette façon sur un mode sadique ce qu'elle ne pouvait plus tolérer sur un mode masochique. Elle devenait sadique envers celles et ceux qui avaient pu l'être à son égard. Cela était ainsi, selon moi, une façon de s'opposer violemment : « on ne me fera plus de mal à présent, on ne me *mâtera* plus », semblait-elle dire ainsi. Notons que Blanche avait été dans un premier temps en autodialyse, ce que j'associais avec son refus de la passivité, passivité par laquelle l'idée de se vivre à la merci des autres était pour elle intolérable, inacceptable, rappelant père et mari. Ainsi, ne plus subir se rejouait ici avec les équipes médicales, paramédicales, au travers de son agressivité et de ses fuites.

Plaintes corporelles : retournements actif-passif et autocruauté

Prise psychiquement entre un pôle cruel-paternel et un pôle tendre-maternel, comme je l'ai évoqué plus haut, ces deux pôles se retrouvaient dans ses plaintes corporelles et étaient selon moi très éclairants dans la compréhension psychopathologique de celles-ci. Avec Blanche, chaque début d'entretien commençait par toute une série, oscillante entre des plaintes somatiques, hystériques et hypocondriaques. Jamais Blanche ne me parlera longuement de ce que son insuffisance rénale chronique lui faisait vivre, elle ne me parlera jamais non plus de son refus prononcé d'une transplantation rénale. Elle me parlera seulement de ce qu'il y avait autour, de façon superficielle : sa fistule, sa « pile » et sa polyarthrite. De façon générale, tout allait bien psychologiquement, selon elle, déniant ce qu'elle ressentait, puis admettant, par exemple, au bout d'un an de suivi, que même si elle se considérait comme « forte » psychiquement, elle comprenait « que certains [dialysés] se suicident ! ». Sur le ton de l'humour, elle m'avait dit, deux semaines plus tôt, qu'elle ne comprenait « pas le sens d'être en dialyse trois fois par semaines, depuis tout ce temps ». « Pourquoi faire ? » s'était-elle demandée en ma présence, pour ensuite se dire, en ma présence toujours, « qu'il faut bien continuer à vivre, que tout le monde à ma place ferait la même chose… ».

Plaintes somatiques et hystériques

Ses douleurs liées à sa polyarthrite prenaient, lors de crises importantes, une place considérable. Elles me laisseront penser après-coup pour elle : je souffre, en chair et en os, donc je suis, donc mon père et mon mari n'ont pas encore eu ma peau. Si ses tortionnaires n'avaient pas eu sa peau, ils la faisaient bien souffrir somatiquement et psychiquement. En lien à ce que j'ai déjà rappelé plus haut, ses douleurs semblaient des impulsions électriques envoyées fantasmatiquement par son père, son mari et sa mère, afin de la maintenir en vie, douloureusement. Elle avait à propos de ses douleurs, des plaintes théâtralisées, hystériques. « Aïe ! Aïe ! Aïe ! », se plaignait-elle en souriant, avec un plaisir masochique certain, bien que refusé, notamment lorsqu'elle serrait ma main à ma venue, ou lorsqu'elle bougeait pendant l'entretien. Je relevai ainsi une érotisation de la douleur, une intrication pulsionnelle, un masochisme érogène de bonne qualité. Cela avait pour effet de me perdre encore plus dans l'évaluation de ses plaintes. Je me demandais conséquemment si elle avait vraiment mal et/ou si elle n'en rajoutait pas auprès de moi afin qu'elle puisse d'autant plus se plaindre et de cette façon se faire plaindre auprès de moi. Aussi, bien avant ses douleurs liées à sa polyarthrite, elle saura s'offusquer de douleurs subies lors d'une reprise de fistule, en estimant ses douleurs comme « inacceptables », « intolérables ». Pour ne pas les subir, elle aurait aimé que « la science avance plus vite », ou, encore, elle aurait préféré « avoir une anesthésie générale », à hauts risques pour elle. Notons qu'elle me dira cela juste avant de rappeler que « ce qui a sauvé [sa] mère c'est d'avoir un caractère *dur* », *dur* dans son sens opposant, notamment sur le plan des soins médicaux quant elle-même disait à sa fille qu'elle refuserait un placement en institution pour personnes âgées ou en soins palliatifs.

Plaintes hypocondriaques

Lors de certaines plaintes, je pensais Blanche hypocondriaque par un conflit psychique entre une recherche active masochique et son refus, afin d'être à nouveau un objet au prise de la cruauté d'un ou plusieurs tortionnaires.

Au cours de ce suivi, je l'ai déjà dit, Blanche était convaincue d'avoir un cancer et en témoignera auprès de moi à deux reprises. Blanche me dira, au bout d'une année de suivi, sur un ton humoristique, « si j'ai un cancer et bien je le garde ! », « tous ceux qui font de la chimio, ils en ont toujours ! Ça repousse ! ». Notons ici que Blanche disait « *si* j'ai un cancer », en ne pensant ici pas au conditionnel, ce cancer était évident pour elle. En lien à cette évidence pour Blanche, sa néphrologue était assurée que si elle lui prescrivait certains examens médicaux, ceux dont Blanche était convaincue qu'ils révèleraient une autre maladie grave, Blanche les refuserait ou bien ne s'y serait pas présentée. Par exemple, quelques mois plus tard, Blanche ne comprendra pas pourquoi sa néphrologue lui avait imposé « un scanner du tronc ». Elle le

redoutait et voulait ainsi le refuser. Selon Blanche, cet examen lui avait été « imposé sans explication » – ce qui n'avait pas été le cas selon sa néphrologue. À nouveau, elle pensait qu'elle avait un cancer, et que c'était cela « qu'*on* lui cachait ». De façon similaire, il était pour elle « hors de question » de se faire soigner de ce cancer qu'elle s'était elle-même créé. Elle me disait : « je préfère être fataliste plutôt que subir encore ! ».

Si Blanche disait faire attention à toutes les prescriptions de médicaments et d'examens qu'on lui faisait, alors que ce n'était pas le cas, elle ne s'avouait pas prête à tout accepter et avait besoin de garder une certaine maîtrise, sans quoi je pensais qu'elle pouvait se sentir « battue », ce qui était insupportable. Blanche s'en était à présent sortie, il n'était *plus* question de revivre cela. En lien à cela, Blanche ne prenait pas un médicament important chez les patients hémodialysés, son Kayexalate, poudre pour solution buvable, laquelle élimine le potassium et se prend en fin de repas. Cela était loin d'être un cas isolé chez les patients hémodialysés, lesquels parlent souvent du caractère imbuvable de cette solution. Ainsi, elle risquait fortement un arrêt cardiaque, risque dénié par elle, allant jusqu'à dire « tant pis je les emmerde !! », faisant directement et consciemment le lien avec sa mère laquelle menaçait qu'« elle ne boufferait plus », selon Blanche, si on la plaçait en institution, ce que Blanche considérait comme « du chantage affectif ».

À l'entretien suivant celui lors duquel elle s'inquiétait de ce « scanner du tronc » imposé, elle sera moins inquiète de ce dernier et de l'éventualité d'un cancer. Il était pour moi impossible de comprendre, Blanche ne se laissant pas relancer, si elle avait admis qu'il n'y avait pas de cancer, ou si elle l'avait tellement admis qu'elle n'en était plus inquiète. Notons que je peux retrouver ce mécanisme chez certains des patients hémodialysés que je rencontre, comme une façon de déjouer un risque somatique, en se préparant *trop* à celui-ci. Déjouer ce risque était pour moi comme une façon d'appréhender tout ce qui pouvait la faire mourir. Ici, le plus logique était selon elle un cancer, une autre maladie, puisque l'insuffisance rénale chronique ne pouvait pas vraiment la tuer en raison des techniques palliatives d'hémodialyse qu'elle subissait alors. Ainsi, elle déjouait son angoisse hypocondriaque en se mettant fantasmatiquement et réellement en danger. Après ce scanner, elle me présentera la révélation d'un diagnostic par lequel on lui aurait « annoncé qu'il y avait des kystes sur [son] foie ». En fait, il y en avait bien, mais depuis longtemps, de par sa polykystose hépato-rénale. Elle semblait n'avoir aucune représentation de ce que voulait dire les résultats de son examen, comme si on ne lui avait pas « traduit ». Ce n'était ici cependant pas un problème de traduction, de compréhension. Fantasmatiquement, elle pouvait se sentir coincée en hémodialyse, à la merci de, par son père, par son mari. Cela ne pouvait conséquemment pas s'arrêter là. Un cancer aurait alors été et libérateur et marqueur de

la fin de sa vie, ce contre quoi elle ne pouvait pas lutter, ne se sentait pas en mesure de lutter, comme cela avait été le cas avec son mari et son père.

Blanche m'avait parlé de son hypertension lorsque je lui avais demandé si elle était angoissée en dialyse, notamment quand elle s'y rendait, lorsqu'il lui fallait être piquée. Blanche m'avait dit qu'elle refusait que telle ou telle personne la « pique ». Elle avait « trop peur d'être ratée », « d'avoir des hématomes », ou encore « d'avoir mal ». Ainsi, elle n'était pas tranquille le matin lorsqu'elle arrivait. Elle regardait « qui est là », qui elle allait « "autoriser" » à la piquer. Son néphrologue lui avait ainsi dit à ce propos, sur un ton familier, qu'elle était une véritable « tête de pioche ». Reprenant avec elle, je lui avais dit que si elle refusait qu'on la rate, il s'agissait là pour elle d'une façon de refuser d'être maltraitée, ce à quoi elle pouvait aujourd'hui s'opposer. Ne comprenant que trop bien ce que je lui avais relancé ici, l'affect sera très vif, elle aura ainsi les yeux qui se troubleront de larmes, larmes qu'elle ne laissera malgré tout pas couler.

Cela avait d'inévitables conséquences : la cadre infirmière lui avait fait part que cela « stressait » les infirmières, ce que je pensais effectivement inévitable. Lorsque quelqu'un attend physiquement et psychiquement, qu'une faute soit commise dans un climat de tension trop important, le ratage peut devenir inévitable. Ainsi, je me demandais comment Blanche pouvait paradoxalement attendre ses ratages, les provoquer insidieusement pour ensuite s'en offusquer et peut-être même ne plus pouvoir dialyser, ou empirer ses dialyses, en dialysant par un cathéter ou par la création d'une seconde fistule. Auprès des soignants, Blanche *mâtait* pour ne pas être *matée, éclatée*, cela était son désir conscient. Cependant, prise dans son conflit intra-psychique, elle re-cherchait inconsciemment à être *matée, éclatée*. Si cela se ressentait auprès des équipes paramédicale et médicale, il en était également de même auprès des patients. Notamment en autodialyse, Blanche me dira avec un plaisir non dissimulé qu'elle faisait « un peu peur à [ses] voisines d'autodialyse en étant cash » dans ce qu'elle pensait par rapport à la maladie, aux dialyses. Elle m'avait rapporté cela lors de notre premier entretien. Elle leur disait, sur un ton faussement gêné, « *on n'est pas à l'aube de l'agonie ! Quoique…* » ou encore « *on est en sursis ici !* ». Selon Blanche, cela avait pour effet de déprimer particulièrement « les dames » qui dialysaient, ce qui « [l']amusait », m'avouera-t-elle malicieuse et un brin cruelle, comme si elle s'en était délectée.

Notre avant-dernier entretien ne débutera pas par des plaintes corporelles. Elle sera passablement « agacée par une des machines d'hémodialyse » n'arrêtant pas de sonner dans la salle, puis « par des infirmières parlant ensemble », et « par une nouvelle infirmière ne sachant pas – selon elle – piquer ». Son intransigeance ici ne m'étonnera plus. Elle me parlera ensuite de sa mère qui « [venait] de faire un accident vasculaire cérébral ». Je penserai alors que sa

tristesse et son inquiétude ne pouvant pas s'exprimer à propos de l'état somatique de sa mère, cela s'exprimait ici à travers sa colère. Elle devenait ainsi « peau de vache » – selon l'équipe infirmière –, ce que Blanche ne pouvait reconnaître.

Rétrécissement de l'avenir

Si Blanche ne se disait « pas inquiète » à propos de la mort, elle avait pourtant des espoirs quant à la recherche médicale, comme pour refuser d'intégrer psychiquement sa maladie rénale et les soins quotidiens tels qu'ils étaient actuellement, espoirs dont elle me parlera, alors qu'elle rencontrait à nouveau des problèmes de fistule. Elle s'indignait ainsi « que les Hommes dépensent autant d'argent pour aller sur la lune, dans l'espace, et qu'ils feraient mieux de dépenser cet argent pour des recherches médicales », n'évoquant pas ici que celles-ci soient précisément à propos de l'insuffisance rénale chronique, des dialyses ou des fistules en particulier. Plus généralement, je notais chez Blanche une vision catastrophique de « l'environnement actuel » dans lequel, par « les Hommes », selon elle, la « bouffe » était « pourrie », l'air était « pourri », bref, tout était « pourri », à la mesure de son état somatique et donc de son avenir, ce à quoi elle ne pouvait pas faire de lien. Elle me parlera « de bombes atomiques » qui pourraient bien « mettre fin à notre monde, à l'ère humaine », ce qu'encore une fois je mettrai en lien avec ses angoisses catastrophiques. De ces façons, elle généralisait sa disparition en envisageant la disparition de tous les humains, vœux fécalisant. Il s'agissait là aussi d'une façon de rétrécir mon avenir à moi, cruellement et par retournement, afin de me placer moi dans la même situation d'impuissance, situation insupportable et bien trop éprouvante pour elle. Situation d'autant plus intolérable que j'étais un homme auprès d'elle. Il pouvait lui être insupportable que les Hommes au masculin lui survivent, quand les Hommes sont hommes par raccourcis, lesquels lui avaient été tortionnaires et empoisonneurs. Les (H)hommes avaient fait du mal à la Terre et donc courraient à la perte de cette dernière, tout comme les hommes avaient fait du mal à Blanche, à son corps, ce qui courait à sa perte.

3. Perspectives : Blanc, rouge (et noir)

L'importance dans ce suivi de sa scène primitive cruelle, sera pour moi le parallèle de toutes ses séances de dialyses. Dans cette scène, on pourra relever la présence de deux des trois couleurs évoquées par Dorey, notamment repris par Cupa, couleurs que l'on retrouvait avec Blanche-Neige plus haut. Il y avait le *blanc*, celui de la neige, le blanc minéral et immobile de la machine d'hémodialyse, le *rouge* celui du sang de sa mère, coulant du nez éclaté par la cruauté de son père, celui de son sang à elle, mélange de sang maternel et paternel, sang qui coulait dans les tubulures de la machine d'hémodialyse afin de la maintenir en vie. Il en manquait une, le noir, représentant le cadre et la mort. Cette couleur était pour moi déniée et

révélée par ses plaintes corporelles, ses incapacités à prendre soin. Son père et la maladie – donc toutes les représentations associées à cette dernière telle que l'hôpital, les médicaments, les examens – étaient associés de façon latente, inconsciemment, comme un coup de poing au visage pour casser, éclater, mettre à sang, castrer non sexuellement, crûment. Ces associations inconscientes filtraient dans nos échanges, dialyses psychiques d'un sang-lien mère-fils contaminé par la cruauté de son père, cruauté retournée et devenue auto-, ce qui l'empoisonnait, la rendait hypocondriaque mais dont elle tentait de se rendre *dure*, de se *mâter* ne serait-ce que psychiquement, en étant catégorique, « têtue », « tête brûlée », comme le disait ses soignants autour d'elle, quitte à la laisser se faire mourir.

4. Synthèse des résultats

Prise au sein de mouvements de cruauté subis de son père et son mari, ainsi que de la recherche passive de cruauté de sa mère qui était devenue la sienne, Blanche pensait lors de ses séances d'hémodialyse et de psychothérapie à *sa* cruauté laquelle aurait pu être à l'origine de la mort de son fils aîné et des handicaps de son second fils. Dans ce retournement actif-passif, sa cruauté était devenue auto- en hémodialyse. La cruauté et son auto-cruauté intervenait de cette façon dans son hypocondrie. Ses plaintes corporelles rendaient compte de coups de poings dans la gueule, figures fantasmatiques d'une scène primitive cruelle sanguinolente, subies manifestement et de façon latente, ce qui avait contribué à lui faire fuir les soignants, les hôpitaux, de par ses craintes de persécution et son attente terrorisée d'un KO, ultime de coup poing au visage d'une mort et d'une maladie héritée probablement de son père, cruelle dette.

D) Élisabeth. Le *feu-glaçant* de l'urine-sperme

« L'antithèse entre les deux fonctions nous conduit à dire que l'homme éteint son propre feu avec sa propre eau. *L'homme primitif, qui, pour comprendre le monde extérieur devait s'appuyer sur ses propres sensations et états corporels* [je souligne], n'a certainement pas manqué de remarquer et d'utiliser les analogies qui se révélaient à lui d'après le comportement du feu. » (Freud, 1932, p. 193).



Klein, Y. (1961). Sans titre (F 54).

1. Présentation préliminaire

a) Descriptions médicale et familiale

L'année de ses soixante ans, Élisabeth débutait ses séances d'hémodialyse sans jamais avoir été dialysée ou transplantée avant cela. Pendant deux années, elle hémodialysait en soirée, trois fois par semaine, ce qui lui permettait de continuer à travailler. Suite à sa mise en retraite, elle choisira d'être en autodialyse, la journée, puis sera par la suite transplantée rénale. Élisabeth connaissait déjà bien l'insuffisance rénale chronique ainsi que ses traitements puisque l'origine de sa maladie génétique prenait source chez elle du côté maternel. Sa mère avait eu, tout comme elle, une polykystose hépato-rénale. À plus de quatre-vingt ans, elle était morte après avoir subi une transplantation rénale et des séances d'hémodialyse. Sa grand-mère maternelle était morte très tôt d'une « crise d'urémie » liée à la maladie rénale génétique, la mère d'Élisabeth avait alors quatorze ans. Élisabeth appartenait à une fratrie de cinq enfants, six dans les faits, composée d'un frère et de quatre sœurs, dont une qui était morte à la naissance et « enterrée dans le jardin par [son] père », issue de la première grossesse de leur mère, une grossesse gémellaire. Ses sœurs et frère aînés avaient eux aussi la polykystose, sans être dialysés ou transplantés lors de ses suivis. La première « avait fait une psychothérapie » et le second approchait d'une entrée en dialyse péritonéale sans pouvoir subir de transplantation rénale, étant donné son état cardio-vasculaire, ce qui était difficile à soutenir pour Élisabeth, tant lors de son attente de transplantation rénale que lorsqu'elle sera transplantée. Mariée, Élisabeth avait deux filles atteinte de la polykystose. Après celles-ci, Élisabeth avait eu une grossesse extra-utérine. À trente et trente-cinq ans, aucune de ses filles ne vivaient en couple, ni n'avaient d'enfant. Son mari était selon Élisabeth décrit comme hypocondriaque, tout comme ses deux filles et sa sœur aînée. Il mourra d'un cancer du rein quelques temps après sa transplantation.

b) Cadre des rencontres

Notre premier rendez-vous sera pris par Élisabeth suite à la suggestion d'une des néphrologues du centre lourd d'hémodialyse. Cette dernière la pensait déprimée, ce qu'elle mettait en lien avec la mort de sa mère, mère que cette néphrologue avait connu. Élisabeth dialysait alors depuis cinq mois. Nous nous verrons ainsi pendant quatre mois toutes les deux semaines trois-quarts d'heure en consultations externes avant ses séances d'hémodialyse du soir. Élisabeth avait besoin de ce cadre du fait de son fonctionnement psychique ainsi que d'un

emploi du temps alternant entre son travail la journée et ses séances d'hémodialyse de nuit trois fois par semaine, finissant vers minuit. Élisabeth souhaitera arrêter ces rencontres notamment car les conclusions des examens somatiques en attente, lesquels risquaient d'empêcher la potentialité d'une transplantation rénale, s'avéreront nuls, ce qui avait été une de ses motivations à nos consultations. Son suivi reprendra lors d'un second temps, en autodialyse, toutes les deux semaines, un peu plus de deux années, de par mon dispositif et son désir à ce moment-là d'être suivie à nouveau par moi toutes les deux semaines. Cette seconde partie du suivi prendra fin de par sa transplantation rénale.

c) Premières séances en consultations externes : feux et froids - effrois

Première séance

Dès les débuts de sa toute première consultation externe avec moi, je sens la relation s'accorder assez rapidement. Élisabeth est « venue [me] parler de quelque chose qui n'est pas facile à dévoiler », selon elle. Après un court silence, habité par des éprouvés de honte, comme moment préalable de son expulsion anale après rétention, elle se lance et me parle de ses « difficultés sur le plan gynécologique ».

Liaisons extraconjugales et risques cancéreux

Élisabeth est « provisoirement porteuse d'une maladie sexuellement transmissible, au risque cancéreux » non négligeable, « un papillomavirus [qu'elle est] en train de traiter ». Seulement, « [elle] ne [peut] pas en parler à [son] mari ». Et pour cause, cette maladie sexuellement transmissible « viendrait de [son] amant », potentiellement, ce qu'elle met en lien à son « éducation judéo-chrétienne », « comme une punition » liée à sa faute, maladie sexuellement transmissible qui lui fait éprouver de la honte et de la culpabilité. Nous nous demanderons également si cette maladie sexuellement transmissible ne pouvait pas venir de son mari. Cela l'amènera à parler de la liaison extraconjugale de son mari, « quinze ans plus tôt » : « Il m'a trompé pendant toute une année… Quand il me l'a appris, je me suis saoulée le soir même, alors que je n'avais jamais fait ça avant. Mais… C'était trop douloureux… ». Lors de cet entretien, comme tout le long de son suivi, Élisabeth ne saura m'en dire plus quant à cette liaison extraconjugale de son mari, ce sur quoi elle ne reviendra jamais. Dans mes fantasmes à son sujet, après-coup, je penserai que, pour E. Poe, l'alcool est oubli et mort, lorsque, pour G. Bachelard : « L'eau de vie, c'est l'eau de feu. C'est une eau qui brûle la langue et s'enflamme à la moindre étincelle. (1938, p. 139) ». Le *feu* de la nouvelle devait être éteint par un liquide-alcool *brûlant,* comme si elle devait sentir corporellement le *feu* qu'elle (res)sentait psychiquement en elle. Je pensais aussi aux travaux d'Y. Klein. Autre hypothèse, peut-être devait-elle ainsi sentir le feu de cette nouvelle par un recours palliatif, un alcool fort, afin de contrebalancer le feu qu'elle ne ressentait pas psychiquement : dans ce cas de figure, mon hypothèse est que *la glace (le fait de ne pas ressentir) peut brûler de froid*. Élisabeth m'explique

ensuite comment la relation « a évolué » entre « un collègue » et elle, tous deux professeurs d'histoire-géographie : ils se rendaient « à des fouilles archéologiques ensemble, au départ comme des collègues », et deviendront ensuite « amis puis amants ces dernières années ».

Sans aller plus loin, Élisabeth enchaîne à propos de l'« ablation d'un grain de beauté sur [le] nez ». Celui-ci « pourrait aussi être cancéreux ». Ces risques cancéreux liés à son grain de beauté tout comme ceux liés à son papillomavirus sont apparus suite à sa batterie d'examens nécessaires à son bilan pré-greffe. Elle en attend les résultats, « très inquiète », tant par les risques cancéreux que par les risques d'être exclue de la potentialité d'une greffe pendant cinq ans, qui, compte tenu de son âge, pourrait l'exclure définitivement de cette potentialité, la « [clouant] en dialyse jusqu'à la fin de [ses] jours ». Je penserai après-coup que ce papillomavirus et ce risque cancéreux au nez se télescopaient, révélatrices d'une honte et d'une culpabilité empoisonnée et empoisonnante. D'ailleurs, précisons que ma première vision d'elle en salle d'attente, ce que j'occulterai pendant un long moment, se portera sur son pansement sur le nez, mettant de côté son aspect général, celui d'une femme coquette, de taille et de poids moyens, blonde aux yeux clairs. En cours de séance, elle l'enlèvera, de penser la plaie, rendant visible une croûte disgracieuse, plaie équivalente à une brûlure, associée ici par moi à une relation sexuelle interdite, car extraconjugale. J'entendrai ainsi que ce qui se voyait et continuera à se voir sur son nez, nez représentant les parties génitales, ce dont elle se plaignait, pouvait montrer ce qui était caché de ce papillomavirus, de cet amant, aux autres et tout particulièrement à son mari, le rendant d'autant plus honteux. La plaie de cette ablation de son grain de beauté laissera une empreinte indélébile, comme marque symbolique de *sa* liaison extraconjugale, visible comme le nez au milieu de la figure, liaison résultante fantasmatiquement de ce qui l'avait brûlée, à savoir la maladie de sa mère et la liaison extraconjugale *de son propre mari*.

À la fin de ce premier entretien, Élisabeth évoque brièvement sa mère « décédée deux ans auparavant, alors qu'elle [hémo]dialysait ». Brièvement, car c'est la fin de la séance, ce qui lui permettait de ne pas développer à ce propos, de s'en sauvegarder. En cette fin de séance, je lui propose de nous revoir, ce qu'elle accepte « volontiers ». Nous convenons d'un rendez-vous ensemble après mes vacances d'été.

Ressenti de gêne à la seconde séance

Lors de notre seconde rencontre, Élisabeth me dira d'emblée qu'elle va « beaucoup mieux ». Seulement, je ressentirai quelque chose de flou au sein de la relation, un flou de gêne. Élisabeth tentait de ne pas aller plus en avant au sein de ses associations. En effet, il fallait qu'elle se protège d'aller trop loin en pensées quant à sa mère, son mari, son amant, entre autres. Aussi, comme je l'ai précisé plus haut, cette seconde séance aura lieu après mes vacances d'été,

ce qui a pu là accentuer ce flou, par le fait de l'avoir laissée seule avec ses pensées, alors que nous avions commencé à les travailler ensemble, à les déverrouiller, d'autant plus lorsqu'elle n'avait pas le droit à des vacances, à des pauses, au sein du rythme trihebdomadaire de ses séances d'hémodialyse et qu'au courant de cette première année de dialyse, elle n'avait pas souhaité partir en vacances en dialysant ailleurs.

Suite des séances

Au fur et à mesure des rencontres, une dizaine de trois-quarts d'heure dans mon bureau au sein du service de néphrologie, le récit des séances va s'égrainer peu à peu pour concerner tantôt la relation d'avec son amant, tantôt d'avec sa mère. Comme je le disais plus tôt, je ressentais ses rencontres comme si elles se déroulaient sur un fil, celui sur lequel nous cherchions tous les deux un équilibre en séances, afin de ne pas tomber. Tomber ici avait deux sens entremêlés : celui de tomber en s'effondrant psychiquement pour Élisabeth et celui de faire tomber le suivi en associant trop avec Élisabeth de mon côté. *Surtout, je devais la préserver de par son fonctionnement opératoire.*

Mère(s) morte(s) : refus des photographies et des dates d'anniversaires

Au fil des entretiens, je cherchais psychiquement un équilibre pour elle, entre le chaud et le froid, entre le feu et la glace. Dans mes associations, le froid de sa mère, de sa maladie, de ses traitements, de sa mort et de son cadavre, autant de visions oniriques glaciales pour Élisabeth de sa propre mort, apparaissait réchauffé par la brûlante "passion" éprouvée pour son amant, tant dans ses sentiments profonds éprouvés, comparables à des sensations corporelles, qu'au sein de leurs rapports charnels. Ce réchauffement pulsionnel m'apparaissait renforcé d'avoir été trompée par son mari, ce qui pouvait également être pour elle des équivalents de morts symboliques, devenant un objet désexualisé par l'âge, une quarantaine d'années alors, mais aussi par la maladie génétique acquise et transmise à ses deux filles. J'entendais ainsi qu'à soixante ans pour elle, le chaud-régénérant – devenant brûlant à l'excès – tempérait le froid-dégénérant – potentiellement glacial – rétroactivement. Je trouverai en ces mots de R. Rolland un écho à mes hypothèses : « Comme pour d'autres mythes du feu, Freud attribue l'opacité de la légende de Prométhée à l'analogie que faisaient les hommes primitifs entre le feu et la passion amoureuse, le feu comme symbole de la libido : la chaleur qui en irradie donne la même sensation que l'état d'excitation sexuelle et les mouvements de la flamme évoquent le phallus en action. (2010, p. 27) » En effet, lorsqu'Élisabeth me parlait de sa mère, cela était toujours en lien chez moi à une grande luminosité, un feu-lumière. D'ailleurs, cette partie de ce suivi se fera pendant l'été. J'en garderai le souvenir de séances lumineuses, ensoleillées et chaudes, voire régénérantes. Cela n'était pas sans lien pour moi au fait qu'elle avait vécu toute son enfance avec ses parents en Algérie. La mort de sa mère était comme la mort de ses

« souvenirs ensoleillés d'Algérie », chauds, réchauffants, relibidinalisants, à retrouver ainsi. Cela rappelait le continent et le pays perdu, ce que je pensais équivalents symboliquement au corps-cadavre de sa grand-mère maternelle enterré en Algérie, peut-être pillé – tout comme j'ai pu en parler dans le cas de Lucette.

Sa sœur aînée était suivie par un frère aîné, frère avec qui Élisabeth n'avait qu'une année d'écart et duquel elle était très proche. Elle était donc la troisième de sa fratrie. Dix années plus tard, après elle, est née une autre sœur, vivant elle en Espagne. Enfin, Élisabeth avait une dernière sœur, laquelle avait dix-huit ans d'écart avec elle. Décrite par Élisabeth comme très dépendante matériellement ainsi que dans ses prises de décisions, celle-ci vivait « en couple », selon elle, avec son père depuis la mort de leur mère. La première et l'avant-dernière sœur de sa fratrie résidaient toutes les deux à plusieurs centaines de kilomètres du domicile de leurs parents, quand son frère, sa sœur et elle vivaient tout près de celui-ci, tout comme, évidemment, leur sœur logeant avec son père.

J'entendais par le besoin de s'éloigner géographiquement, les difficultés pour les parents d'Élisabeth d'investir ces deux enfants, ce qui pouvait être en lien avec la perte d'une jumelle pour la première, et les événements vécus en Algérie pour l'avant-dernière. Je fantasmais chez sa sœur aînée vivant à l'ouest de la côte méditerranéenne française, tout comme pour la deuxième sœur d'Élisabeth, le désir de se rapprocher de l'Algérie, au moins géographiquement. En effet, les grands-parents maternels, ses parents et l'ensemble de la fratrie d'Élisabeth ont vécu en Algérie – je n'en saurai jamais rien quant à sa lignée paternelle –. Ses parents et sa fratrie ont certainement quitté l'Algérie et l'Afrique suite à ce qu'il s'y passait alors dans les années cinquante. Élisabeth ne m'en parlera jamais malgré plusieurs tentatives de relances de ma part lors de son suivi.

Ces différents événements semblaient verrouillés en elle et non déverrouillable par crainte de ressentir un feu trop brûlant ou/et un froid trop glacial.

J'associais à son travail de professeur d'histoire-géographie l'histoire de l'Algérie, à ses activités archéologiques ses recherches de retrouver un corps-cadavre-origine de la maladie génétique, ainsi qu'à ses besoins de voyager, dès qu'elle le pouvait, le désir par défaut de retrouver et retourner au pays natal. Ce dernier aspect était fortement menacé par ses nécessaires séances de dialyse réduisant sa mobilité, notamment de par certains pays où l'hémodialyse n'existe pas.

Dans l'Après-coup, j'avais besoin de me secourir quant à mes associations à son propos afin de ne pas tomber à nouveau dans l'inertie de son fonctionnement opératoire.

Au fur et à mesure des séances, Élisabeth se rendra compte de sa « dépendance psychique » – reprendra-t-elle comme je lui avais suggéré – qu'elle avait jusque-là à sa mère, morte alors deux années auparavant. Elle se découvrira dans une dépendance à sa mère qui « était jusqu'alors inconsciente », laquelle deviendra de plus en plus consciente par le travail des séances. Élisabeth se remémorera par exemple, au tout début de sa carrière, qu'elle avait « quitté le village familial pour habiter à quelques kilomètres de ses parents, à proximité de son nouveau lieu de travail ». Cela lui avait été « insupportable ». Elle avait « déménagé six mois plus tard », usant de conflits de voisinage comme prétexte, ce qu'elle n'avait pu penser jusque-là. Cela amènera Élisabeth à associer que « lorsqu['elle se rend] au cimetière, sur la pierre tombale de [sa] mère, [elle ne peut se] représenter que le corps-cadavre de [sa] mère est bien là » : « Je me dis que ma mère n'est pas en dessous, que ce n'est pas possible, qu'elle n'est pas morte ». Dans l'après-coup, je mettrai cela en lien à la mère de sa mère, morte alors que cette dernière n'avait que quatorze ans, des suites d'une « crise d'urémie », d'une insuffisance rénale terminale. Je songerai que peut-être il en était de même chez sa mère à propos de sa propre mère, ce qui pouvait bien là en quelque sorte se contaminer, se dénier, rétroactivement, psychiquement. Cela avait pu être psychiquement difficilement déverrouillable, créant une inertie psychique. À ce propos, un des axes de travail clinique en séance sera celui de ses « refus des photographies et des dates d'anniversaires ». Je pensais que ces dernières étaient pour elle en effet bien (trop) mortelles. Ce travail l'amènera à (m')apporter « la photo de [sa] grand-mère » comme attestation de l'acceptation psychique consciente et inconsciente de son refus, témoignant cependant de son incapacité à se la représenter psychiquement en me la présentant de cette façon. Je pensais que peut-être la mère d'Élisabeth n'avait pu lui transmettre qu'une image-photo de sa propre mère, une représentation figée, glacée, figeante et glaçante. Il s'agissait là de la photo que la mère d'Élisabeth avait « accroché au mur de sa chambre », la chambre parentale d'Élisabeth donc. Je dois dire ici que je n'en ai aucun souvenir, pas un seul, comme si cela n'avait pas existé, tant pour moi que pour elle, par effet, selon moi, de l'hallucination négative. Cette photo n'existait plus que dans mes notes : elle avait *brulé* au sein de mes souvenirs. Dans l'après-coup, je me questionnerai : pourquoi rendre visible dans la chambre conjugale et parentale une mère morte ? Quel trou brûlant pour la mère d'Élisabeth que le décès de sa propre mère et insidieusement pour Élisabeth ? Et consécutivement, quel fonctionnement opératoire ?

Refus de son mari

Lors de notre dernier entretien, elle me parlera du fait que, selon elle, « [son] mari est hypocondriaque ». Elle me parlera des rapports particuliers de son mari « avec l'hôpital et les médecins », ce qui l'« angoisse » selon elle, sans pour autant me les décrire plus

particulièrement. De ce fait, toujours selon elle, il ne pouvait « pas [lui] proposer un de ses deux reins ». J'entendrai cela comme une trahison pour elle, une de plus, comme s'il gardait ses reins pour lui, comme s'il gardait son phallus, sa bonne santé pour lui. Je m'interrogerai ainsi des effets que cela pouvait avoir à moyen et long terme au sein de leurs relations, notamment dans le soutien quotidien qu'Élisabeth pouvait recevoir et penser recevoir de sa part à lui quant à la maladie et les traitements de son épouse.

Fin de cette première partie du suivi et perspectives de triple abandon

La continuité de ses séances prendra fin pendant l'automne, ce que nous avions anticipé ensemble. Il apparaissait que par le travail psychique exercé en séances, ses affects et ses représentations étaient pour elle d'un côté moins brûlant, d'un autre moins glacial, plus apaisés. *Surtout, ses risques sur le plan somatique étaient moindres.* En effet, lors de ces différentes séances, j'oublierai de relever, de noter que ces risques cancéreux se sont révélés nuls, qu'ils ne l'empêcheront donc pas d'être dans l'attente d'un potentiel greffon. Ces risques cancéreux liés à ses infidélités conjugales n'étaient donc plus psychiquement brûlants pour elle, pas plus que somatiquement. Cela n'était même plus à noter, à relever, tant par elle que par moi. Cette attente de résultats pouvait rendre Élisabeth hypocondriaque, portée psychiquement par l'angoisse d'avoir une ou deux maladies en plus à traiter, lesquelles auraient bien pu ajourner provisoirement ou définitivement tout espoir, ici toute potentialité de ne plus dialyser en recevant un greffon rénal. Si ses séances lui avaient permis de tranquilliser quelque peu son hypocondrie, ces risques n'étant plus en jeu, elle pouvait mettre fin à ses séances, d'autant plus qu'elles pouvaient la menacer de la faire penser plus profondément, et qu'elles lui renvoyaient à son fonctionnement opératoire. Plus précisément, nos rencontres se termineront à propos de sa mise en retraite prochaine, « redoutée », ses sentiments « d'inutilités sociales », de par la vieillesse, renforcés par la maladie rénale. C'était un peu là comme une « triple peine », pour reprendre Élisabeth : « la *retraite*, la *vieillesse* et la *maladie* » se compilaient en perspectives de morts symboliques, imaginaires et réelles, perspectives refusées affectivement bien que tolérées intellectuellement tout en étant intolérables. Elle me parlera d'« abandons », quant à la retraite, à la maladie, à sa mère, sans parler de son mari, ce que j'associerai dans l'après-coup à la mort, ce qui se compilaient. Aussi, notons ici que, lors de la première partie du suivi, Élisabeth tentera de me faire penser qu'elle était l'aînée des enfants de ses parents, ce qui n'était pourtant pas le cas. Je pensais qu'elle était néanmoins la première dont l'insuffisance rénale chronique nécessitait des traitements palliatifs tels que l'hémodialyse : elle pouvait, par cette tentative de manipulation, tenter là de rappeler qu'elle se sentait en tête de ligne fraternelle, menacée par son âge mais *surtout* fragilisée par la maladie et les traitements dont l'hémodialyse.

Je resterai alors avec la pensée chez Élisabeth d'une sexualité *brûlante*, dangereuse, empoisonnée et empoisonnante, par l'association d'un potentiel papillomavirus et d'un amant. D'autant plus quand la scène primitive d'Élisabeth était bien empreinte fantasmatiquement d'une sexualité empoisonnée, laquelle lui avait transmis la maladie génétique, sa polykystose hépato-rénale, qu'elle avait elle-même transmise et que ses enfants pourraient transmettre. Cette liaison extraconjugale m'apparaissait son phallus pour combler le trou de la mort, de la maladie, de la ménopause, mais aussi comme représailles dépressives inavouées et inavouables quant à son mari volage qui pourtant ne connaîtra jamais les infidélités de sa femme, ce qui pouvait être vécu par elle comme une victoire, une revanche sur lui. Elle avait recueilli un phallus, le sexe d'un homme, son sperme non pour procréer mais pour, toujours selon mes hypothèses, se libidinaliser à nouveau, ce qui pouvait être très excitant psychiquement et corporellement, voire de façon hypocondriaque. Cependant, si elle n'en avait pas recueilli d'enfant malade, elle aurait pu elle être encore plus malade, somatiquement, et ne plus pouvoir potentiellement recevoir de greffon.

De par cette liaison extraconjugale, elle avait tenté d'éprouver encore corporellement des sensations passionnées, déjouant le glacial et le brûlant tant de la mort et de la maladie, celle de sa grand-mère, de sa mère et la sienne, que du fait d'être trompée par son mari, afin de chercher à se sentir, selon mon hypothèse ici, vivante au sein de son corps chaud-brûlant encore désiré et désirable, et ce, sans doute pour la dernière fois de sa vie.

Suivi lors de ses séances d'autodialyse

Un peu plus d'une année plus tard, alors qu'elle débute l'autodialyse, je rencontre à nouveau Élisabeth, cette fois-ci informellement, sans demande précise de sa part, selon mon dispositif. De cette façon, nos rencontres, dès lors anticipées, auront lieu pendant plus de deux ans toutes les deux semaines pour des entretiens de trois quarts d'heure lors de ses séances d'autodialyse, alors qu'elle était isolée. Je préciserai le contenu de ces rencontres après avoir tout d'abord développé la dynamique transféro-contre-transférentielle.

d) Dynamique transféro-contre-transférentielle : funambules au-dessus du trou de la mort

Comme j'ai déjà pu le préciser, *son fonctionnement opératoire pourra me rendre inerte en pensées auprès d'elle. Je pourrai néanmoins associer à nouveau dans l'Après-coup, dégagé de la relation duelle, de l'inertie psychique que je retrouvais chez Élisabeth de par sa recherche à ne pas ressentir ensemble. Cela m'amènera à proposer dans ce travail de nombreuses hypothèses.* À cela, je dois ajouter ici qu'un des sentiments particuliers qui m'habitera pendant ces deux temps de son suivi, était celui d'être avec elle sur un fil, tels deux funambules. Un fil mince prêt à (la) lâcher, celui de sa vie somato-psychique, comme elle pouvait se le représenter

psychiquement auprès de moi, ce qui était pour elle difficilement tolérable. Dans l'après-coup, j'avais l'image d'une araignée (sus)pendue à son fil, fil-tubulure en auto(hémo)dialyse, au-dessus du trou de la mort, une mort ici brûlante, désintégrante.

À plusieurs reprises, pris dans cette dimension transféro-contre-transférentielle, j'aurai le fantasme d'avoir été le fils pas eu, attendu, pas né, désiré et peut-être issu de sa grossesse intra-utérine. Mort-vivant, vampire, je me projetais comme si j'étais là représentant inconsciemment ce fils et tout autant ce jumeau mort à la naissance gémellaire de sa sœur aînée. Ceux-ci avaient lâché le fil somatique de leur vie, ce qui avait pu les rendre, auprès d'Élisabeth, mortellement absents, mortellement présents, d'autant plus en hémodialyse. Par l'idée de les rejoindre par la mort, les identifications étaient selon moi d'autant plus fortes. Idéalisé dans la première partie de son suivi, tel un sauveur-amant-fils substitutif, j'aurai par la suite l'impression auprès d'elle d'être dans un lien d'emprise, de forcer sa prise en charge. Cette impression, présente dès la première partie du suivi, s'accentuera dans la seconde. Souvent, je lui rappelai de façons latente et manifeste la mort, les morts, un amant, un fils, un frère, ce dont elle pouvait m'accuser de façons latente et manifeste, notamment en plaisantant. Pourtant, elle pourra me dire au cours de la seconde partie du suivi, que les séances lui « font beaucoup de bien », qu'elles sont « importantes » pour elle. Je pensais qu'elle (re)trouvait par ses séances l'enveloppe (chaude) de sa mère, tant psychiquement que corporellement. Notons qu'elle recommandera particulièrement à une amie, dont la mère venait de mourir, de s'adresser à un psychologue, ce qui était bien en lien à l'origine de sa demande de suivi à elle. Enfin, dernier point ici sur lequel je reviendrai plus loin, j'ai éprouvé auprès d'elle des angoisses hypocondriaques à deux reprises lors de la seconde partie de son suivi en hémodialyse. Je les penserai comme les conséquences de mes contaminations psychiques par ses angoisses brutes et submergeantes d'alors, non contenues ni transformées tant par son mari que par les enveloppes familiales nucléaire et élargie d'Élisabeth.

2. Le « travail de l'hypocondrie » chez Élisabeth

Suite à sa mise en retraite, Élisabeth prendra « la décision d'entrer en autodialyse afin de [se] prendre en charge [elle-même] », suite aux encouragements des médecins néphrologues. Élisabeth passera ainsi de séances de nuits en centre lourd à des séances matinales en autodialyse, nécessitant ainsi une phase d'apprentissage en hémodialyse d'entraînement, de repli et d'orientation (H.D.E.R.O.). Je retiendrai tout particulièrement dans ce passage de séances d'hémodialyse de nuit à celles d'autodialyse de jour, le changement de lieu. Élisabeth accédait alors à un centre d'autodialyse hors de l'hôpital, quittant ainsi un centre lourd d'hémodialyse à l'hôpital, ce qui était loin d'être anodin puisqu'il s'agissait du seul et unique

lieu au sein duquel sa propre mère avait hémodialysé avant de mourir. Fuie et quelque peu intériorisée, sa propre mère était *laissée* plus que *quittée* – *abandonnée* ? – par Élisabeth avec ce changement de lieu de dialyse. Je ne reprendrai pas ici la deuxième partie du suivi d'Élisabeth chronologiquement, comme j'ai pu le faire précédemment à propos de sa première partie de suivi, mais selon différents axes de travail du matériel clinique, excepté la première partie à propos de son agressivité et de ses sentiments d'« abandons ».

a) Scènes primitives brûlante/glacée, homosexuelle, vampirique et mortifères

Scène primitive brûlante/glacée

Les questions autour des « abandons », comme elle avait pu en parler à notre dernière séance, un an auparavant, reprendront le devant de la scène. En filigrane, apparaissait l'abandon d'Élisabeth de par son difficile travail de deuil quant à sa mère par ce changement de lieu de dialyse. C'est dans l'Après-coup seulement que j'arriverai à me représenter qu'Élisabeth s'était elle-même sentie abandonnée par sa mère lors de son décès. Cette association était psychiquement *anesthésiée* chez moi, par les effets des défenses intrapsychiques d'Élisabeth et ma recherche d'équilibre en séance. Aussi, Élisabeth se vivait, se sentait « comme mise de côté » par « la retraite, la vieillesse, la maladie, l'autodialyse, … ». Il s'agissait pour elle d'autant de rappels à la mort approchante, ce qui lui était « insupportable ». Cela l'amenait à trouver/créer différents conflits avec les soignants, en particulier infirmiers, ce que nous mettrons en lien ensemble en séance. Cela aura pour issues d'apaiser ses conflits intrapsychiques, alors trop vifs. Elle se sentait de la même façon « mise de côté » par eux : elle ne les trouvait « pas assez exigeants vis-à-vis d'eux-mêmes », les trouvant, cependant, « très exigeants quant à [son] apprentissage » à propos de l'autodialyse. Cela était renforcé par son statut de professeur et l'appréhension pour elle d'être perçue telle une « mauvaise élève ». En effet, comment Élisabeth pouvait-elle apprendre tranquillement, « [se] faire apprendre » par des infirmiers, alors que jusque-là elle apprenait par elle-même et apprenait aux autres ? Simultanément, elle devait faire le deuil de son activité professionnelle et subir en autodialyse un retournement actif/passif, où fantasmatiquement le professeur devenait l'élève et les (anciens) élèves devenaient les professeurs, du côté des infirmiers. Élisabeth était ainsi agressive, se sentant agressée pour finalement me dire qu'elle « refuse de lâcher », qu'elle « ne veut pas pleurer », en lien à ses sentiments « d'abandon », de se vivre « comme mise de côté ». Un abandon à venir était tout particulièrement « dur » pour elle : « le départ de sa dernière fille », « la plus jeune des deux », alors qu'elle « a trente ans ». Certains auteurs parlent de syndrome du nid vide : il est vrai ici que de se retrouver face à face à son mari pouvait être très éprouvant par de nombreux aspects précédemment développés et de mortelles perspectives. Elle me parlera « d'angoisses d'abandon », en rapport à sa fille qui s'en allait. En conséquence,

dans ses rapports à son mari, Élisabeth oscillait entre des exigences tantôt d'hyperdépendances, tantôt d'hyperindépendances, comme fluctuations de collages et de rejets. Elle s'en rendra compte auprès de moi, ce qui permettra quelque peu d'en temporiser les effets.

Les premiers mois de nos séances l'amèneront à parler de « [son] amant et de [leur] rupture ». La « passion » était chez elle bien éteinte, seulement je mettrai fortement en doute le caractère passionné de cette relation comme elle en parlait dans ce qu'elle avait pu en ressentir pulsionnellement. À ce sujet, c'est seulement en ce début de seconde partie du suivi qu'Élisabeth me parlera de son impossibilité à éprouver du « plaisir » lors de ses rapports sexuels avec son mari, ce que je pensais être une auto-exclusion d'elle-même, afin de se punir, du fait d'avoir eu « Jean », son amant qu'elle ne me nommera plus que par son prénom, mais peut-être aussi, inconsciemment, de pouvoir éprouver du plaisir avec son mari malgré « Jean ». Elle ne me parlera jamais véritablement de ce qu'elle pouvait éprouver à propos de la fin de la relation avec son amant. Néanmoins, elle me décrivait de fortuites « rencontres au supermarché », ressenties comme « sordides et banales ». J'entendais ces rencontres comme *glacées* d'un sentiment de "passion" chez elle éteint. J'avais Après-coup l'hypothèse de corps rendus chauds par une sexualité passionnée, transformée ici en celle de corps devenus froids, glacés, tels des cadavres, où le supermarché, éclairé artificiellement par des néons, était l'équivalent d'une morgue, celle de leur relation passionnée. *Une scène primitive brûlante d'être "passionnée" s'était mutée en scène primitive glacée d'être abandonnée, éteinte, morte.* Cela aura pour moi bien des échos quant à ses préoccupations corporelles, la "passion" n'étant plus par elle (res)sentie corporellement.

Scène primitive homosexuelle féminine : « Miroir, mon beau miroir… »

À nouveau, j'entendais les échos que cela pouvait avoir quant à sa mère, à la dialyse, à la maladie et la vieillesse. Je ressentais un lien étroit au sein de cette relation passionnée, entre son amant et elle, échouant dans une morgue, et sa propre mère. Cette relation était selon moi teintée d'une homosexualité latente, en lien au corps de sa mère, relation qu'elle pouvait penser retrouver à travers son amant : retrouver le sein maternel, et indirectement aussi, celui de la maîtresse à son mari, cette dernière étant potentiellement saine de corps. Ce sein maternel qui avait fait lien, avait fait corps, était remplacé par un sexe d'homme, au lait-sperme sain, voire sein, sans poison. Bien qu'il ait risqué transmettre une maladie sexuellement transmissible aux conséquences non négligeables, comme nous l'avons vu plus haut, ce corps d'homme – ou « cordum » – ne contenait pas la maladie génétique. Celle-ci était issue chez Élisabeth du corps d'une femme, laquelle maladie génétique provenait également d'une autre femme, construisant ainsi une perspective de femmes qui, entre elles, se transmettent, se donnent la maladie génétique sexuellement, sans fin de façon illimité. Je faisais l'hypothèse de cette façon

qu'Élisabeth retrouvait par cet amant un corps-sexe-sperme vivifiant, régénérant, relibidinalisant comme si elle retrouvait le corps de sa mère, le corps de l'objet primaire, alors que ces corps sont malades et au moment même où sa mère est traitée quant à cette maladie. Je retrouvais ainsi dans l'idée du miroir, en lien à D. W. Winnicott (1975), ses sensations de chauds/froids, brûlants/glacés, d'un miroir maternel reflétant de chaudes images, par une matière froide, voire glaçante. En effet, comme deux miroirs mis face-à-face se renvoient leurs reflets sans fin, les regards ici entre mères et filles se perdaient sur au moins trois générations. À ce propos, Élisabeth m'a rapporté qu'« une infirmière en autodialyse s'était trompée de prénom » en la nommant au profit de celui de sa propre mère, alors que cette infirmière ne connaissait pas cette dernière. Élisabeth en avait « été très étonnée », je dirais même sidérée. Je l'entendais ainsi par ce jeu de miroirs avec sa mère, d'être à sa place, d'avoir sa maladie, *d'être (devenue) sa mère, malade et en dialyse*. Je m'interrogeais : avait-elle pu le suggérer psychiquement à différentes figures soignantes créant ainsi chez elles un lapsus. Être appelée par le prénom de sa mère en séance d'hémodialyse avait pu créer un trouble chez Élisabeth, une inquiétante étrangeté, comme si elle pouvait s'halluciner à la place de sa mère et non pas, non plus, à *sa* propre place. *La personne que vous voyez ici n'est pas moi mais ma mère*, semblait-elle penser et chercher à faire penser, notamment à moi, afin que je ne la vois pas *elle* en hémodialyse comme pour ne pas se voir elle-même en hémodialyse et se convaincre qu'elle n'y est pas. Je pensais que ce sont bien les morts ou les vampires qui n'ont pas de reflet dans le miroir : Élisabeth pouvait ainsi difficilement se vivre comme le reflet de sa mère vivant encore en corps. Cependant, cela pouvait l'amener à se penser disparaître. D'autant plus que derrière le reflet de sa mère se projetait celui de sa grand-mère. Nous trouvons ici un sentiment d'inquiétante étrangeté où Élisabeth est un double, le double mort de sa mère. Si on la prend pour sa mère, elle se prend aussi pour sa mère, ce qui est à questionner quant à la fratrie et au père d'Élisabeth. *Cela me permettra de mieux comprendre son aversion pour les photos et dates d'anniversaire, mortels miroirs* tel que j'en ai parlé plus haut, lors de la première partie de son suivi. Grand-mère, mère et filles se reflétaient ainsi tels des miroirs féminins, des miroirs glacés par la maladie somatique chronique, maladie génétique sans recours palliatif pour la plus ancienne des trois. La photographie dans la chambre de la mère à Élisabeth apparaissait ainsi tel un miroir, une lucarne, un trou de serrure, une scène primitive mortifère homosexuelle, par lequel mère et fille se donnent, s'échangent – *chaudement* dans mes associations – la maladie rénale génétique.

Comme je l'ai dit plus haut, une des difficultés lors de cette seconde partie de suivi était l'impression pour moi auprès d'elle d'être le miroir grossissant de ce qu'elle voulait s'empêcher de voir. En pensées-lumières, je pouvais lui refléter trop "brillamment" la vieillesse, la maladie

et la mort. Dans ce contexte, et lorsque le mort n'a pas de reflet dans le miroir, les préoccupations corporelles redonnaient corps au reflet dans le miroir, un corps existant, un corps en chair et en os. Un corps sans bruit pourrait être un corps mort, un corps sans reflet dans le miroir, comme une fistule qui ne *thrill* plus.

À contrario, elle ne me parlait jamais du miroir paternel, du reflet de son père, lequel m'apparaissait inexistant psychiquement. Peut-être ne lui renvoyait-il pas un reflet de sujet-malade et/ou ne savait-il pas selon les pensées d'Élisabeth ce qu'était la maladie vécue en chair ? Peut-être aussi était-il trop préoccupé par la plus jeune de ses filles, sans mari ni enfant ?

Scène primitive vampirique

Élisabeth me décrira sa relation avec sa sœur aînée comme difficilement soutenable. Elle pouvait avoir l'impression auprès d'elle ou par téléphone d'être vampirisée par elle : « elle me pompe tout mon énergie », me disait-elle. Cette vampirisation psychique d'Élisabeth par sa sœur aînée m'apparaissait la conséquence du bébé-cadavre-jumeau de cette même sœur aînée. Il pouvait y avoir là, pour Élisabeth, l'angoisse d'être tuée psychiquement, vitalement par sa sœur aînée. Je pensais les plaintes corporelles d'Élisabeth comme pouvant être dictées par ce même bébé-cadavre-jumeau. Pour O. Rank, « Le jumeau paraît donc être l'homme qui, en venant au monde, a amené son Double immortel, c'est-à-dire l'âme, et de ce fait il est devenu indépendant de toutes les autres idéologies concernant l'immortalité, y compris la filiation sexuelle avec ses parents. (1932, p. 102) » Fantasmatiquement, je le concevais comme celui qui avait empoisonné la première partie de la fratrie, tout comme cela pouvait être le cas pour leur mère, les rendant tous malades à potentiellement en mourir, en dialyser ou en être transplantés.

Dans ma pensée, et peut-être dans celle d'Élisabeth voire de sa famille, ce bébé-cadavre-jumeau, « enterrée dans le jardin par [son] père », agglutinait, compilait naissance et mort, naître pour mourir, mourir pour naître. J'avais ainsi le fantasme d'une autre scène primitive, ici vampirique et mortifère. Aussi, je penserai à un autre cadavre qui aurait pu fantasmatiquement être pensé par Élisabeth comme ce qui avait empoisonné la famille d'Élisabeth : le cadavre de la grand-mère d'Élisabeth. En effet, par une mort dans l'adolescence de sa propre mère, ce cadavre avait pu gêner une sexualité pubertaire[67], cadavre qui était resté enterré en Algérie, après un départ sans retour en métropole, lié à la guerre d'Algérie d'alors. J'avais alors besoin après-coup de différencier deux scènes primitives : celle de son origine somato-psychique et celle de l'origine de sa maladie. Seulement, elles tendaient à s'indifférencier plus je les pensais. Les hommes étant peu présents dans l'univers psychique d'Élisabeth, je me représentais de la même façon son père, son mari, son amant et moi-même

[67] À ce propos, je me questionnerai quant à la relation extra-conjugale d'Élisabeth comme retour de cette expérience chez elle alors au milieu de sa vie.

comme nécessaires mais néanmoins *de côté* dans mes associations. *Le sein était primordial au pénis. À différents niveaux, il donnait corps aux rapports mère-fille.* Ici, le jumeau mort prend un sens tout particulier pour l'ensemble familial, origine et conséquence de la maladie somatique génétique, contaminant, empoisonnant, vampirisant, il est jumeau présent-absent, miroir-double de mort et donc persécuteur. Tout particulièrement, Élisabeth me confiera que sa sœur, jumelle de ce bébé mort, « a subi longuement un mari maltraitant ». Je l'entendais comme un besoin masochique de réparation d'avoir fantasmatiquement tué ce bébé jumeau. Cette hypothèse que je lui avais formulée créera en elle un grand étonnement, si bien qu'elle y reviendra à plusieurs reprises. Je la sentais ici plus en attente de comprendre des effets sur sa sœur que sur elle-même, bien qu'indirectement cela était ici lié.

b) Les plaintes corporelles d'Élisabeth

Ces différentes scènes primitives, originaires, donnaient corps aux plaintes corporelles et agitaient celles-ci. Au cœur du corps familial d'Élisabeth, tant nucléaire pour Élisabeth qu'élargi, se trouvait la maladie rénale héréditaire et génétique, ce qui pouvait potentiellement favoriser des plaintes corporelles. C'est en autodialyse tout particulièrement que je recueillerai et envelopperai psychiquement ses plaintes corporelles.

Indistinction des fonctions et rôles

Pendant son suivi, Élisabeth remarquera qu'elle me consultait « plus que son propre néphrologue ». Je comprenais ainsi que ses rendez-vous avec son néphrologue, tous les trois mois, ne permettaient pas suffisamment de contenir ses préoccupations corporelles. Cela pouvait se renforcer par la fuite de son mari autour de ces questions, telle qu'Élisabeth pouvait la penser. Il en était de même pour ses deux filles qui étaient aussi atteintes de la maladie. Je devenais ainsi le relais privilégié de ses plaintes corporelles dans une indistinction des rôles et fonctions médecin/néphrologue-psychologue clinicien/psychothérapeute, ce par quoi je soignais au sens de *care* et non pas au sens de *cure*.

Plaintes hypocondriaques

Une des premières plaintes que je relèverai tout particulièrement, à notre quatrième rencontre en autodialyse, sera celle d'un kyste observé au foie. Élisabeth en était « très inquiète », « de par les risques » encourus, et d'autant plus, à nouveau, par les risques que cela pouvait induire quant à la potentialité d'une transplantation rénale. Le risque cancéreux se révèlera ultérieurement nul, mais l'intensité de son angoisse était avant cela très important. Dans la même séance, elle me parlera de son frère qui devait « réfléchir à son choix entre l'hémodialyse et la dialyse péritonéale ». Seulement, « avec ses difficultés cardiaques, il serait plutôt question de la dialyse péritonéale », technique palliative de l'insuffisance rénale chronique « plus douce pour son cœur ». En lien direct, latent au sein de la séance, ce que je

n'arriverai à penser que dans l'après-coup, elle me parlera « d'un incident » qui a eu lieu en autodialyse. Élisabeth avait « mal rentré [son] poids dans la machine », ce qui l'aurait conduit, selon elle, a rencontré des difficultés sur le plan cardiaque. Suite à cette maladresse de sa part, cela l'a amené à nouveau à penser les soignants exigeants à son égard. Son néphrologue l'aurait ainsi « disputée », lui rappelant, selon les mots d'Élisabeth, que son « cœur est soumis à rude épreuve en hémodialyse » – posons ici la question du cœur au sens somatique ou affectif. Elle pensait ainsi qu'il avait « paniqué » et qu'il avait « déversé *ses* inquiétudes ». Ces "réprimandes" du médecin et des infirmiers ont été vécues sur un mode régressif : elle se sentait ainsi, à nouveau, « mauvaise élève ».

Pendant son récit de ses angoisses à propos de son cœur, j'aurai l'angoisse que mon cœur lâche. Je devenais de cette façon hypocondriaque moi-même, par procuration, recevant ses angoisses brutes, non contenues, non transformées alors brutalement projetées en moi. Mon questionnement dans l'après-coup sera le suivant : devions-nous craindre tous les deux de mourir d'un incident cardiaque mortel comme frère et sœur, peut-être jumeaux, ou encore fils et mère, liés à la vie à la mort, et donc ne pas recevoir ainsi de (mortel) greffon rénal ?

Lorsqu'il sera question de sa sœur, en suivi avec un psychologue, Élisabeth me la décrira comme « hypocondriaque », telle qu'elle avait pu le faire à propos de son mari. Si bien que je ne savais plus si sa sœur et son mari l'étaient et/ou si elle projetait ses angoisses hypocondriaques sur eux afin de ne pas les reconnaître en elle. Cette hypothèse se renforcera chez moi lorsque, par la suite, elle me décrira ses deux filles comme hypocondriaques : l'aînée en se soignant trop, la cadette en fuyant tous soins. L'ensemble du corps familial d'Élisabeth m'apparaissait, par ses pensées et ses mots, hypocondriaques. Fantasmée et/ou réelle, était-ce une exigence de la part d'Élisabeth afin que le corps familial ne la lâche pas, en pensées, telle que j'étais alors amené à le faire moi-même ? Le corps familial contraignait-il Élisabeth à éprouver des préoccupations corporelles à son propos ou bien était-ce l'inverse ?

En lien à cela, trois mois après cet épisode hypocondriaque cardiaque, j'observerai chez moi un autre épisode hypocondriaque. Une semaine auparavant, Élisabeth avait rencontré « un problème cardiaque pendant [sa] séance » d'hémodialyse. « Au milieu de la séance », Élisabeth a « eu une forte douleur au milieu de la poitrine et une tachycardie ». Un néphrologue l'a « contrôlée » pour finalement « la faire hospitaliser jusqu'au lendemain en cardiologie ». Elle a ensuite « dialysé au centre lourd » au lieu de l'unité d'autodialyse afin d'être mieux surveillée sur le plan médical. Elle était alors retournée à son premier lieu de dialyse, lequel avait été celui de sa mère. Différentes craintes de sa part se sont ainsi conjuguées : celle « de perdre [sa] place en autodialyse », celle « de ne plus pouvoir être greffée ». Aussi, les cardiologues qu'elle a

rencontrés lui ont dit qu'il n'y avait « rien de grave », sans pour autant préciser « ce qu'il y avait, ce qu'il s'était passé », ce qui « a généré en [elle] des angoisses » toutes particulières. Depuis, les médecins, néphrologues et cardiologues, lui ont dit qu'il y avait « un problème neurologique à surveiller » selon eux et, qu'ainsi, « une IRM était à envisager ». Assis à ses côtés, traversé par son discours, j'ai eu l'impression que mon cerveau allait lâcher, sans aucun contrôle possible de ma part. Je me remémorerai après-coup son angoisse que son cœur lâche en hémodialyse, liée inconsciemment aux problèmes cardiaques de son frère, angoisse qu'elle m'avait transmise. Élisabeth continue en me disant qu'elle aurait ainsi « beaucoup aimé me voir à ce moment-là » car elle avait eu « besoin d'être rassurée ». De cette façon, comme j'ai déjà pu en témoigner plus haut, j'avais l'impression d'avoir pris le relais du médecin-soignant, par accueils de ses différentes angoisses à propos de son corps, tout particulièrement. Ce soin au sens de *care* avait pour effet chez Élisabeth d'être du soin au sens de *cure*.

Élisabeth enchaîne ensuite à propos de son frère qui devait débuter sa dialyse péritonéale en raison de ses problèmes cardiaques notamment, tandis que « sa femme a eu un cancer du sein avec ablation » de celui-ci. Selon Élisabeth, cette dernière « [supportait] mal » les discussions entre frère et sœur à propos de la maladie rénale et de ses traitements. Je ne savais pas bien si la belle-sœur d'Élisabeth se sentait exclue de leurs échanges et/ou si cette source d'information était pour elle source d'anxiétés et d'angoisses, tant par ce qu'elle avait vécu elle-même, lors de son cancer alors en rémission, que par ce qu'elle allait en vivre avec son mari. D'autant plus, lorsque son mari, le frère d'Élisabeth, ne pouvait pas bénéficier d'une greffe en raison de ses problèmes cardiaques puisqu'il ne pouvait, par exemple, « même pas recevoir une opération d'un genou », selon Élisabeth.

Lorsque ses angoisses corporelles cardiaques prenaient sens en lien direct à son frère, l'amenant ici elle à culpabiliser de pouvoir et choisir sa technique de dialyse et surtout être potentiellement greffable, celles neurologiques prenaient ici sens quant aux diagnostics des médecins. Il s'avèrera ensuite que l'hypothèse neurologique était nulle, qu'Élisabeth avait des épisodes de tachycardie. Deux épisodes pendant les séances auront lieu par la suite. Il y aurait eu, selon Élisabeth, « un problème au niveau du potassium ». Néanmoins, plus tard, un néphrologue lui rappellera qu'elle a « eu une embolisation au cerveau », que « ce ressort pouvait partir et que si cela était le cas, [elle pouvait] avoir une rupture d'anévrisme ». Élisabeth me dira qu'elle avait complètement occulté cela. Depuis que le néphrologue le lui avait rappelé, elle ne pouvait plus s'empêcher d'y penser, se disant bien pourtant qu'elle n'a aucune maîtrise dessus, même par la pensée. De plus, sa tachycardie ne faisait qu'accentuer les choses. Je ne pourrai que repenser à cette impression eue auprès d'elle que mon cerveau allait lâcher.

Lorsque Élisabeth fera « des arythmies pendant la dialyse », elle se trouvera beaucoup plus fatiguée dans l'après séance. Elle dormait ainsi « plus les après-midis » après ses séances d'autodialyse. Elle ne l'envisageait que comme une réaction somatique, rien d'autre. Pourtant, ces plaintes et angoisses hypocondriaques étaient liées à des aspects médicaux a priori bien réels, mais parfois erronés, notamment l'hypothèse des médecins d'un problème neurologique lié à ses difficultés cardiaques en séance d'hémodialyse. Plus tard, Élisabeth me dira qu'avec l'apparition de ses tachycardies, son mari aurait plus de préoccupations hypocondriaques, ce qui l'amènera à se renfermer d'autant plus sur lui-même. Il lui avait d'ailleurs dit : « de toutes façons, je mourrai avant toi ». Elle n'arrivera pas à comprendre ce qu'il lui avait dit là. Je lui suggèrerai en séance que peut-être il se sentait dans l'impossibilité d'envisager de vivre sans elle. Alors, à propos de sa mort, Élisabeth me dira : « Je n'y pense jamais. Avec les dialyses, je sais juste que je vivrai moins longtemps… ».

Stratégies d'évitement

Je reprendrai ici des stratégies d'évitement de sa part quant à certaines plaintes en séances : la mort et la maladie de sa mère, la maladie de ses filles et le vieillissement de son corps. Aussi, elle pouvait avec moi rechercher et fuir l'amant potentiel que je pouvais représenter pour elle. La première concernait justement la question de la mort, celle de sa mère. Après une simple relance de ma part à propos de la mort de sa mère, sa machine d'hémodialyse sonnera. Élisabeth me dira « je ne sais pas ce qu'il se passe ». Elle appellera l'infirmière qui lui dira alors qu'elle a fermé *elle-même* un clamp. Elle fera diversion en continuant à propos de son amant, confortant en moi cette hypothèse d'une stratégie d'un amant-bâton-phallus, bâton anal car pris puis jeté par besoin de réconfort narcissique, remplissant le trou de la maladie puis de la mort de sa mère afin d'éviter de le panser. Il s'agissait là de faire diversion dans ses associations, les clamper, par un recours à la tuyauterie de la machine d'hémodialyse, à ses tubulures. Lors d'une autre séance, arrivant auprès d'elle, à l'heure habituelle de notre rendez-vous, elle fera semblant de dormir. *Cherchait-elle à m'éviter, à faire le mort ou à me montrer qu'elle dormait bien dès lors ?* Je pensais ainsi au tableau de P. Picasso *Tête d'une femme morte* (1904), en lien à la photo de sa grand-mère, ainsi qu'à sa mère et ses filles. De cette façon elle disparaît, est manquante, tout en étant là. Quoiqu'il en soit, à cette même séance, lorsque sa machine sonnera, cela semblait lié au fait qu'elle bougeait son bras trop activement en me parlant : cela était justement une façon d'éviter, de résister à se parler, ici des effets psychiques du vieillissement corporel. Il fallait arrêter ces associations à ce propos par l'alarme de la machine, témoignant de ce qui la mettait psychiquement en alarme. Élisabeth me dira à cette séance ne plus avoir ses insomnies du mardi soir, lesquelles étaient liées de façon latente à un

événement lié à la maladie de sa cadette, rappelant néanmoins au corps familial celle de l'aînée, ce à propos de quoi je reprendrai plus bas.

Plaintes urétrales, castration urétrale : le feu et le froid de l'urine

Quatre mois après le début de ses séances en autodialyse, Élisabeth « n'urine plus, » ce à quoi elle « ne [s'attendait] pas ». Très surprise, cela l'a contraignait à accentuer les nécessités de régimes hydrique et alimentaire. « Encore une chose par laquelle je ne suis plus normale… pas comme les autres…. », me dira-t-elle, avant de laisser place à un épais silence. Lors de ce silence, je l'observe sidérée. Elle ne se montre pas bouleversée, mais elle ne peut en dire plus, comme bouche bée. Il s'agissait là d'une plainte, celle d'une perte sur le plan physiologique d'un repère « normal ». Cependant, lorsque la problématique urétrale peut se confondre à la problématique phallique, ou urine et le sperme ne font qu'un, j'associerai et projetterai pour elle dans l'après-coup la fin du feu passionné, de la vie sexuelle : *plus d'urine, plus de sperme, plus de cyprine, plus de feu… bientôt la mort ?* R. Rolland rappelle à ce propos (2010, p. 27) :

> « De même il existe des corrélations entre l'ambition, le feu et l'érotisme urinaire. (…)Le matériel inconscient sous-jacent au mythe de la conquête du feu se rapporte au passage de la problématique urétrale (les enfants naissent de l'urine) à la problématique phallique (les enfants naissent du sperme).
> Donc le mythe enseigne la distinction des deux fonctions du pénis, la miction et l'érection, qui sont physiologiquement incompatibles, ce qui n'est sans doute pas sans influence sur la vie psychique : « l'homme éteint son propre feu avec sa propre eau. » Le rapport eau/feu est analogique de l'opposition jouissance/renonciation. »

Je penserai également à l'acquisition de la propreté du petit enfant, me demandant s'il ne s'agissait pas là pour elle d'un retour en arrière : elle n'était désormais plus autonome sur le plan corporel, étape la conduisant plus en avant de sa propre mort.

Plaintes insomniaques

Comme je l'évoquais plus tôt, Élisabeth me parlera de ses insomnies, « les mardis soirs exclusivement », après son aquagym et d'autres activités. Élisabeth s'« automédique » depuis, ce qui semble « efficace ». Il s'agissait là pour elle d'un médicament que prenait son père. Ainsi, « la présence même de ce médicament dans [son] tiroir [était pour elle] rassurante ». *J'entendais là un effet avant tout placebo : un placebo-doudou ritualisé ?* Après avoir suggéré différentes raisons quant à ses insomnies, elle me dit que « cela est peut-être en lien avec la pyélonéphrite qu'a fait sa cadette, il y a trois semaines », ce dont elle s'était gardée de me parler, deux semaines plus tôt, lors de notre précédent rendez-vous. Élisabeth avait précédemment gelé en elle cette association car trop mortelle pour elle et ses filles. Élisabeth en avait été « très étonnée », pensant que les premières prises en charge médicales de ses filles en néphrologie se feraient avant tout du côté de son aînée. Elle a su que son aînée a « pleuré toute la soirée » suite à cette nouvelle. Elle ne l'a pas su immédiatement, « seulement deux semaines plus tard ». À cette séance, cela l'a amené à parler de « la lourdeur de la maladie » pour elle et ses deux filles. Elles ont « toutes trois le même néphrologue », « ce qui [les] rassure » selon Élisabeth, à défaut,

selon mon hypothèse, d'avoir le même homme – le mari d'Élisabeth, le père de ses deux filles – qui les rassure et les contient quant à la maladie somatique. C'est l'occasion pour Élisabeth de parler de son aînée, laquelle projette « d'avoir un enfant depuis peu », sans avoir dans sa vie de partenaire régulier. « Elle a pour meilleure amie une fille célibataire », laquelle ne veut pas d'enfant mais « préfère s'occuper de son chien, comme d'un enfant ».

Les questions autour des investissements d'objets de ses filles me posaient question, ce que je pensais en lien direct avec la maladie génétique, mettant de côté les qualités d'investissement des filles d'Élisabeth quant à leur père, ainsi que les fantasmes des filles d'Élisabeth liés au couple conjugal de leurs parents. Sa cadette, quant à elle, « ne veut *pas* d'enfant ». Élisabeth ne cherche pas d'explication plus approfondie, ne voulant pas être, selon elle, « intrusive ». J'ai surtout pensé qu'elle ne voulait pas tout savoir, en particulier ce qu'elle savait déjà. Lors de cette séance, j'invite Élisabeth à en reparler avec elles afin de désamorcer certaines craintes, en pensant à certains jeunes patients que j'ai (eu) en suivi qui ne souhaitent pas avoir de conjoint ni d'enfant de par la maladie, et ce, tout particulièrement lorsque la maladie est d'origine génétique. Élisabeth semblait renforcer ses craintes chez ses filles, sans pouvoir les contenir pour elles, ne pouvant que difficilement les contenir chez elle-même. Malgré ces différentes associations, ses insomnies du mardi soir vont perdurer quelques mois. Je m'interrogerai : comment dormir tranquillement en ce jour de la semaine qui a amené sa fille cadette à vivre sa première nuit d'hospitalisation en néphrologie et sa fille aînée à « pleurer toute la nuit » de penser, comme cela avait pu être le cas pour Élisabeth antérieurement, à la maladie rénale et ses conséquences touchant le corps familial en cette fratrie ? Cela pouvait être renforcé chez Élisabeth par ses identifications quant à cette seconde fille d'une fratrie, sa fille, en première ligne de symptômes médicaux liés à son insuffisance rénale génétique, ce qu'Élisabeth était-elle au sein même de sa propre fratrie, comme je l'avais rappelé plus haut lors de son anamnèse.

Plaintes hystériques

À plusieurs reprises lors de nos séances, Élisabeth poussera des gémissements de douleurs liés à des crampes qui seront entendues par moi comme les gémissements d'une relation sexuelle suffisamment hystérisée, en ma compagnie, quand ces gémissements pouvaient s'entendre dans le service d'autodialyse composé à ce moment-là *uniquement d'hommes*, ce qui pouvait lui être très excitant. Elle semblait ainsi prendre un certain plaisir à avoir mal tout en m'en faisant part, punition et désir étaient ici fortement intriqués. Je m'interrogeais sur la possibilité qu'elle puisse prendre du plaisir à avoir mal par ses séances d'hémodialyse en général, ses crampes en particulier, par la culpabilité encore éprouvée d'avoir trompé son mari. Il s'agissait selon moi d'une façon de s'autoflageller, tout en jouissant, ici en ma présence, jeune

homme soignant psychiquement. À plusieurs reprises chez Élisabeth, la douleur corporelle était hystérisée, devenant un plaisir sexualisé, sur un mode masochique, par lequel il était bon d'avoir mal à l'intérieur de son corps. Les douleurs corporelles d'Élisabeth semblaient fantasmées inconsciemment comme la contrepartie issue de sa culpabilité, celle d'avoir possédé en secret un phallus, un amant, afin de "laver son sang de ses pêchés", pensées particulièrement intriquées à la mort et la maladie de sa mère. Je rappellerai ici un épisode lors d'une de nos séances, lors duquel Élisabeth aura une crampe. Elle geindra alors d'une façon hystérique, comme si elle jouissait, comme si elle "tirait sa *crampe*", pour reprendre cette expression populaire ici très appropriée. En effet, juste avant cela, elle m'avait parlé de son amant puis de son mari, de son impossibilité à éprouver du plaisir lors de leurs rapports sexuels depuis que la relation avec « Jean » s'était terminée. Comme je l'ai déjà évoqué plus haut, je pensais cette jouissance liée à sa crampe comme une façon de s'auto-exclure d'elle-même, pour se punir, du fait d'avoir eu un amant, bâton-phallique, mais peut-être aussi, inconsciemment, de pouvoir éprouver du plaisir sans ce dernier avec son mari. Le plaisir prenait corps dans la douleur, en hémodialyse, ici, en ma compagnie et celle d'autres hommes.

Plaintes liées au vieillissement

Aussi, des douleurs liées à une hernie discale me seront particulièrement décrites, à de nombreuses séances, dont, entre autres, d'agréables soins chez un kinésithérapeute, un homme. « Il me fait vraiment du bien » relèvera-t-elle avec moi. « Lors de vacances à la mer », elle me dira être la première « étonnée » quant à la disparition de ses douleurs. Son attention pouvait peut-être lors de ses vacances se porter ailleurs. C'est précisément lors de ces vacances, qu'elle éprouvera pour la première fois « un sentiment de fragilité », à propos de son corps. Elle craignait ainsi « d'aller dans l'océan et de [se] noyer, de prendre la route et d'avoir un accident… », craintes conscientes teintées de désirs inconscients. Je pensais notamment à l'envie de mourir par accident afin de ne pas avoir à attendre de mourir par la maladie, en hémodialyse, du vieillissement de son corps et de mettre fin à ses préoccupations corporelles. Élisabeth se plaindra auprès de moi du vieillissement de son corps qu'elle constatait. « J'ai l'impression d'être une petite vieille » me disait-elle, notamment lorsqu'elle rencontrait une difficulté au niveau du dos qui l'amenait à marcher lentement et en boitant. Le travail psychique que lui demandait le vieillissement, constaté en âge et en corps, était pour elle éprouvant et coûteux. Elle s'en sentait castrée, châtrée. À plusieurs reprises, elle se plaindra de son corps vieillissant, défaillant par ce vieillissement. Élisabeth devait subir une ablation de ses deux dents supérieures du devant, car elles se déchaussaient. Elle en avait honte par avance, et pensait « parler à très peu de personne tant [qu'elle n'aura] pas [son] appareil dentaire ». J'entendrai là, par les dents, la castration, ici celle d'avoir un sourire édenté, édentant ses possibilités de

séduction. Elle se souvient ainsi de son recours à un appareil il y a deux ans. Elle en avait pleuré, se sentait ainsi aller vers la « vieillesse », avec un corps qui se « dégrade ». Aussi, « avec [son] dos, et [sa] hanche », « comme cela était le cas pour [sa] mère », elle a « du mal à marcher ». Elle marche ainsi « en avant », « comme une petite vieille ! », me dit-elle à nouveau, à la fois amusée et horrifiée par cette image qu'elle reflétait. Par ces conséquences sur le plan corporel, elle n'intégrait pas psychiquement son âge réel. Elle se disait qu'elle avait « toujours trente-cinq-quarante ans », âge de son aînée, ce qui lui permettait de dénier son âge réel, rappelant la question de miroirs sans fin.

Espoirs thérapeutiques concernant la polykystose hépato-rénale

Elisabeth me parlera de « l'espoir de traitements », lesquels permettraient à ce que les kystes de la polykystose hépato-rénale ne se développent plus ou très peu, évitant d'arriver en phase terminale, ce dont lui avait parlé son médecin néphrologue. Cela nourrissait pour elle un espoir important non plus pour elle, mais pour ses deux filles, ainsi que leurs éventuels enfants. Ainsi, le corps familial à venir *pourrait* ne plus en mourir, somatiquement, symboliquement, par les hémodialyses et/ou la transplantation rénale, ce qui était source d'espoir et d'apaisement.

Représentations de la maladie rénale : Desperate housewives

À ce propos, des représentations de la maladie rénale et des dialyses viendront, et ce, avant l'hospitalisation de la fille cadette d'Élisabeth, semer le trouble chez les filles d'Élisabeth et conséquemment chez Élisabeth. En effet, celles-ci regardaient la célèbre série américaine *Desperate Housewives*, lorsqu'une des héroïnes sera touchée par une insuffisance rénale chronique. Elle sera alors hémodialysée puis transplantée. Des scènes se passeront ainsi directement en hémodialyse lors desquelles l'héroïne va faire la connaissance d'un partenaire d'hémodialyse qui va mourir brutalement. Cette irruption d'éléments de réalité au sein d'une fiction aura pour ses filles des répercussions importantes. Aussi, je tiens à rappeler que voir l'hémodialyse, en image, n'est pas la même chose que d'en parler. Cela créera un rapprochement de ses filles avec elle, par projections et identifications de ces vécus autour de l'hémodialyse, déjà là ou à venir, potentiellement, tantôt tolérées, tantôt refusées psychiquement. Sur trois générations, les corps féminins étaient contraints à s'observer tels des miroirs, des miroirs glacés, se reflétant, à nouveau, ici au travers de l'écran glacé d'une télévision.

Transplantation rénale

Le cours de nos séances en hémodialyse sera interrompu par la transplantation rénale d'Élisabeth. Je lui proposerai ainsi de nous rencontrer dans le service des soins intensifs de néphrologie, ce qu'elle souhaitera volontiers.

À mon arrivée dans sa chambre d'hospitalisation, je la sentirai ravie de pouvoir se présenter à moi avec un corps de sujet transplanté et non plus de sujet hémodialysé et en hémodialyse. Très rapidement, elle me dira qu'elle a « fait un rêve particulier », « deux jours après [sa] greffe ». Je serai très surpris par le fait qu'elle puisse aborder un rêve d'elle-même, spontanément, alors qu'elle vient d'être transplantée et que cela n'avait *jamais* été le cas pendant tout son suivi en hémodialyse. Élisabeth, très émue, me fera part de son rêve : « J'ai rêvé que je rentrais dans une maison. Et à l'intérieur, il y a avait Maman ! Alors on se parle, mais je ne sais plus de quoi et puis le ton monte. On se dispute. Je n'arrive pas à me souvenir à propos de quoi. Et ensuite, elle me met dehors. Sur le pallier, elle me dit de ne plus jamais revenir ! Je suis bouleversée. Je pars, et elle rentre dans la maison ». Élisabeth ne peut associer à ce propos où elle met en rêve la satisfaction hallucinatoire de son désir, un retour auprès de la bonne mère, au sein du giron maternel, duquel elle ressort vivante, duquel elle renaît. Après un long silence, je lui fais la proposition suivante : « dans votre rêve, c'est comme si votre mère vous chassait de la maison des morts et exigeait de vous d'aller vivre, ce qui, avec la transplantation que vous venez de vivre, peut prendre beaucoup de sens ». Élisabeth se laisse pleurer alors. Elle est bouleversée par ma proposition et ne pourra m'en dire plus.

Se reprenant peu à peu, Elisabeth continue ensuite sur son « impression d'avoir un autre corps » depuis sa transplantation. Les sensations corporelles qu'elle a depuis son intervention chirurgicale se sont profondément modifiées, amenant en moi le fantasme d'un corps quasi intégralement changé, comme si seule sa tête était restée intègre et que tout le reste avait été changé. Ainsi, après-coup, se construira en moi, à propos de la transplantation d'Élisabeth, le fantasme que sa tête avait été tranchée, coupée, décapitée de son corps (dialysé) pour la greffer à un nouveau corps (transplanté), comme si elle était un mannequin en plastique dans une usine (l'hôpital-bloc opératoire) dont le corps-tronc-malade avait été dégondé par une machine (le chirurgien) pour un nouveau corps-tronc-réparé tel un corps bionique, représentant argile et eau prométhéens. Cela créera chez moi, toujours dans l'après-coup, des fantasmes de contamination de changement de tout le corps provenant du greffon. Les sentiments d'étrangetés liés au greffon, dont l'origine inconnue de celui-ci, inquiétante, semblait ainsi se diffuser dans tout le corps d'Élisabeth, ce que les échanges sanguins et urinaires pouvaient contribuer à renforcer. Lorsqu'Élisabeth me disait « j'ai l'impression d'avoir un autre corps », je l'entendrais après-coup comme avoir un corps tout autant sexualisé/désexualisé/resexualisé qui ne gémit plus, qui ne « tire plus sa crampe », un corps devenu phallique d'être "réparé" par sa transplantation rénale. Le phallus manquant, expulsé sans maîtrise, ce qui l'avait conduit en hémodialyse, venait ici par cette transplantation d'être retrouvé, réincorporé, toujours sans maîtrise. La présence en elle de ce même phallus l'avait amenée, en rêve, à être expulsée de l'intérieur de

chez sa mère, de l'intérieur devenu mortel de sa mère. Ce phallus lui permettait de ne plus se vivre malade, il excluait Élisabeth de la maladie, de l'intérieur donc du corps de sa mère, un corps-maison dans son rêve.

Risque mortel d'une hémorragie

Quelques jours après cet entretien, j'apprends dans le service qu'elle a subi un très grave choc hémorragique. Élisabeth a bien pris conscience par les médecins qu'elle aurait pu en mourir. Accusant le coup, elle demandera, trois semaines plus tard, à me rencontrer en hospitalisation, alors que je lui avais proposé de réfléchir à continuer le suivi en consultations externes. Les médecins avaient eu besoin de lui faire part de leurs inquiétudes de mort qu'ils ont ressenti à son égard. Ils semblaient lui avoir dit « vous *nous* avez fait peur », dans l'objectif de livrer leurs angoisses liées à son état somatique. Je les avais pensés là hypocondriaques, dans ce que les médecins m'avaient dit, pas selon le point de vue d'Élisabeth. J'entendrai cela en entretien auprès d'elle, dans son fantasme, mais également dans mes échanges avec les médecins du service. Ces derniers s'étaient finalement plaints d'avoir été inquiétés par son état corporel, peut-être comme mon angoisse auprès d'elle d'un arrêt cardiaque ou que mon cerveau lâche. Je pensais à nouveau à son mari, ses filles et sa sœur aînée décrits comme hypocondriaques par Élisabeth : l'étaient-ils à leur insu contaminés psychiquement par l'angoisse d'Élisabeth, tels que j'avais pu l'être auprès d'elle ? Aussi, concernant ce choc hémorragique, je m'interrogerai quant à la possibilité de recevoir un greffon sereinement, quand l'état cardio-vasculaire de son frère l'en empêchait totalement. Cela aurait pu nourrir inconsciemment chez Élisabeth le besoin d'un tel choc, psychiquement et somatiquement.

Découverte d'un cancer rénal chez son mari

Lors de cet entretien, elle me parlera ensuite de son mari. Il connaissait à son tour des problèmes de santé, ce qui semblait là être le plus préoccupant pour elle. « Le radiologue a observé une tâche sur un de ses reins, ce qui correspondrait à un cancer, selon ce médecin ». Il devait voir un chirurgien, un urologue, afin d'avoir un diagnostic. Son mari pourrait avoir un cancer disséminé jusqu'aux vertèbres, si bien qu'il fantasmait « de se casser en deux », rapportait Élisabeth. Selon elle, il était complètement débordé par ses préoccupations corporelles et les faisait déborder sur elle, alors qu'elle avait pourtant besoin de se remettre de sa transplantation et du choc hémorragique qui en avait suivi, ce qui ne semblait pas la préoccupation de son mari. Je serai bien évidemment très étonné de cette nouvelle pour son mari, alors qu'il était de fait préservé de la maladie génétique rénale et qu'il était décrit par Élisabeth comme hypocondriaque. Bien après-coup, je penserai à son papillomavirus, comme s'il avait existé, contaminé et tué son mari. Ainsi, fantasmatiquement, je me demandais à sa

place si leurs rapports extraconjugaux ne les avaient pas *cassés en deux, tués*. Il s'agissait là d'une situation où elle avait pu être la potentielle contaminatrice, l'empoisonneuse.

Fin du suivi

Il s'agissait là de notre dernier entretien, Élisabeth ne souhaitera plus poursuivre le suivi engagé. Je ressentais dans nos échanges clôturant ce suivi un impératif à la laisser tranquille psychiquement à présent. Par nos rencontres en hémodialyse, je représentais sans doute trop cet univers qu'elle quittait grâce à la transplantation et qu'elle ne souhaitait pas retrouver.

3. Perspectives : Traces archéologiques en négatif de la maladie

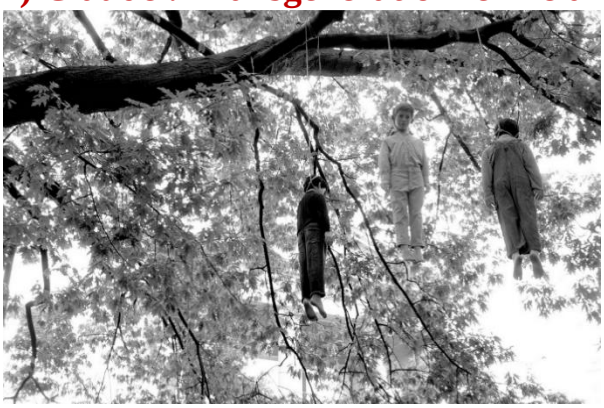
De par son activité professionnelle de professeur d'histoire-géographie et ses activités d'archéologie, je l'entendais à la recherche des traces, que d'autres ont laissé, ce qu'elle ne laissera peut-être pas, d'origines diverses, d'histoires, de son Histoire, notamment celle de la maladie rénale génétique. Ma recherche ici pouvait être une façon pour moi de réaliser son désir inconscient de laisser des traces, une trace : des traces de feu, le feu d'un corps éprouvant la trahison d'un mari puis d'une "passion" pour un amant, le feu d'un corps – notamment familial – malade génétiquement, hémodialysé, auto(hémo)dialysé, transplanté pouvant conduire à la mort, comme cela avait été le cas pour sa mère et la mère de cette dernière. Cela me fait penser aux traces laissées dans les grottes par les Hommes préhistoriques, où la trace de la main est laissée en négatif, puisque l'Homme qui l'a fait a soufflé sur sa main posée sur le mur de la grotte des cendres. *Comme pour la maladie, seules les traces de feu restent visibles, oubliant l'origine du foyer, de ce qui a brûlé.* Ses sentiments passionnés quant à son amant, la trace d'un cancer sur le nez, la photo de la mère de sa mère dans la chambre parentale d'Élisabeth, les cicatrices de sa fistule artério-veineuse et de sa transplantation rénale, m'apparaissaient ainsi autant de traces laissées en creux, en négatif, traces de feux et d'effrois, générant chez elle une multitude de plaintes corporelles.

Nos rêveries auprès d'un feu-dialyse, d'un feu-maladie auront mêlé instincts de vivre et de mourir par peur d'anéantissement dans la gorge d'un volcan brûlant, par la passion sexuelle ou par la mort. Seulement, si « la mort totale et sans trace est la garantie que nous partons tout entier dans l'au-delà » (Bachelard, 1938, p. 41), *les tentatives de traces d'Élisabeth étaient ainsi une façon de rester un pied dans la vie et en pied dans la mort, telle cette image de funambule suspendue à un fil au-dessus d'un volcan.*

4. Synthèse des résultats

Prise entre le chaud-froid brûlant d'une scène primitive et le chaud-froid glaçant d'une pierre tombale, fantasmes vampiriques qui la rendaient inerte et qui la vampirisaient, Élisabeth se plaignait corporellement, s'écoutait de façon hypocondriaque. Abandonnée, empoisonnée et vampirisée de par sa mère à ses séances d'hémodialyse, conséquences de leur maladie rénale d'origine maternelle et grand-maternelle, Élisabeth était devenue malgré elle empoisonnante et vampirisante, de par l'héritage déclaré chez ses deux filles. Châtrée d'un appareil génital et urétral, les risques brûlants, mortellement glaçants, d'un papillomavirus, d'un risque de cancer au nez, d'un kyste au foie, de kystes aux reins, étaient autant de brûlures, de gelures, dont Élisabeth devait se libérer parfois brutalement chez un autre (mari, filles, soignants…), jusqu'à le rendre hypocondriaque.

E) Claude : Transgénérationnel mélancolique, Anti-hypocondrie vampirique



« (…) Messire Belzébuth tire par la cravate
Ses petits pantins noirs grimaçant sur le ciel,
Et, leur claquant au front un revers de savate,
Les fait danser, danser aux sons d'un vieux Noël !

Et les pantins choqués enlacent leurs bras grêles :
Comme des orgues noirs, les poitrines à jour
Que serraient autrefois les gentes damoiselles,
Se heurtent longuement dans un hideux amour. (…) »
Rimbaud, A. (1870). *Bal des pendus*.

Cattelan, M. (2004). *Untitled*. Techniques mixtes. Installation à Milan. Photo : A. Maranzano.

1. Présentation préliminaire

a) Descriptions médicale et familiale

Claude débutera ses séances de dialyse lors de son passage dans la soixantaine du fait d'une polykystose rénale sans jamais avoir été dialysé ou transplanté avant cela. Claude avait subi un quintuple pontage aorto-coronarien deux mois avant ses premières dialyses, puis une néphrectomie droite. Il était dès lors en attente de transplantation rénale.

Médecin anesthésiste réanimateur, Claude était marié avec une infirmière et avait une fille unique de vingt-cinq ans, en fin d'études d'architecture lors de son suivi. Claude était le seul de sa fratrie composée de trois sœurs et un frère à être atteint de la maladie rénale génétique. Je n'avais eu aucune autre connaissance de la famille large de Claude. La mère de Claude avait la polykystose, ce dont elle était morte, à défaut d'accepter des séances d'hémodialyse. Elle avait néanmoins accepté la pose d'une fistule. Après le décès de la mère à Claude, c'est son père qui a lui aussi rencontré la maladie rénale, de par une insuffisance coronarienne et une atteinte glomérulaire diabétique, il a ainsi été dialysé à la fin de sa vie. Ainsi, sa mère et son père sont morts suite à une insuffisance rénale chronique. Ils ont tous les deux été hospitalisés dans le même service de néphrologie que le sera leur fils plus tard.

Pour Claude, l'idée d'un suicide de sa mère derrière l'impossibilité pour celle-ci à hémodialyser et ces conséquences sera tantôt affirmée par lui-même, tantôt rejetée. D'autant plus qu'il existait de très nombreux suicides au sein de sa famille large. Au sein de sa fratrie, *neuf mois* après le décès de sa mère, sa sœur se suicide par pendaison, puis un an après le décès de leur père, c'est son frère qui se suicidera de la même façon. À chaque suicide, c'est précisément Claude qui se chargera de « trouver et décrocher » sa sœur et son frère.

b) Cadre des rencontres

En lien à ces aspects psychopathologiques, Claude me fera part de deux bouffées délirantes aiguës, dont une six ans avant ses premières séances d'hémodialyse, suite à une hospitalisation en néphrologie. Il sera retrouvé, par sa fille, errant sur une pelouse aux abords de l'hôpital. La seconde se fera lors de son hospitalisation qui a duré trois mois, juste avant ses

premières séances d'hémodialyse. Selon Claude, lors de cet épisode, il se « [prenait] pour un rédempteur de l'humanité ». Sa mère avait également fait un épisode de bouffée délirante lors de son hospitalisation pour la pose de sa fistule. Elle avait été trouvé errante, similairement à Claude, dans les sous-sols de l'hôpital. Peut-être s'agissait-il là, tant pour Claude que pour sa mère, de délires urémiques tels qu'en a parlé G. Dieulafoy (1885, 1886)[68], hypothèse soumise par D. Cupa à ses lectures de ce cas.

Claude commencera ses séances d'hémodialyse quatre mois avant notre première rencontre, rencontre qui aura lieu suite à un changement de lieu de dialyse. Ce changement, du centre lourd hospitalier vers une unité d'entraînement au sein duquel il restera quelques mois, toujours au sein de l'hôpital, correspondait à son désir d'être "entraîné" à l'autodialyse, afin qu'il se prenne lui-même en charge dans ses soins au sein d'une unité spécifique, hors de l'hôpital. C'est précisément à cet endroit que je le rencontrerai dans sa chambre individuelle selon mon dispositif, ce qui inaugurera, à sa demande, un suivi de deux ans et demi en séance d'hémodialyse, trois-quarts d'heure toutes les deux semaines, séances lors desquelles il sera toujours isolé. Claude s'est adressé à une psychiatre en libéral à plusieurs reprises, avant nos rencontres, puis conjointement pendant les premiers mois, avant de se concentrer sur cette prise en charge psychothérapeutique avec moi. Je rencontre Claude pour la première fois dans une petite unité d'entraînement à l'hémodialyse. Il venait alors du centre lourd d'hémodialyse au sein duquel je ne suis pas en mesure d'intervenir.

c) « [Ma mère] ne s'est pas assez écoutée », quel(s) reliquat(s) hypocondriaque(s)

Lors de ce premier échange, comme cela sera constamment le cas aux suivants, je constate au niveau non-verbal qu'il a le bras droit appuyé sur son accoudoir, les doigts en tension appuyés sur son torse. À quelques reprises, il se caresse l'épaule, celle du bras de sa fistule, à d'autres, il regarde à sa gauche, vers sa machine d'hémodialyse, où je ne suis pas. Claude me regardera peu. Il me regardera vivement notamment lorsqu'il aura à me dire ce qui a pu le terroriser, afin d'en observer ma bonne réception et le fait que je lui accuse bien cette bonne réception.

Claude fera débuter notre premier entretien à propos de ses différentes épreuves médicales de ces neufs derniers mois. Il me fait part ainsi de ses cinq pontages coronariens, de la création de sa fistule, de la reprise de celle-ci, de sa néphrectomie. Il ne s'en plaint pas mais

[68] « En 1885, Dieulafoy (…) parle d'une étiologie, d'un diagnostic, d'un pronostic, d'un traitement du délire dans le cours du mal de Bright, et fait ressortir l'importance capitale du diagnostic différentiel entre la folie brightique et la véritable folie au point de vue thérapeutique et médico-légal. Dieulafoy combat les idées de Lasègue et de Féré, qui pensaient que les lésions rénales ne jouent aucun rôle dans la production du délire, et que l'origine de ce dernier doit être recherchée dans l'état antérieur du sujet : l'hérédité, l'alcoolisme, le nervosisme, etc. Enfin il revendique une place à part dans le cadre de la folie pour les troubles délirants albuminuriques, au même titre qu'a été créé un groupe spécial des bronchites albuminuriques. » (Spigaglia, 1891, p. 2).

semble plutôt ici faire un relevé médical de tout ce qu'il a subit médicalement, comme il pourrait le faire à un collègue médecin. Il était depuis et jusque-là dialysé en centre lourd, ce qui était éprouvant pour lui, de par la population très âgée du centre. Claude précisera notamment que son voisin de chambrée de quatre-vingt-dix ans ne lui parlait pas. À nouveau, il me fera une description assez précise de ce patient, en termes médicaux, comme s'il était son médecin, son néphrologue. Je penserai qu'il projetait au travers de cet homme âgé qui ne parle pas son père. Il continue : « au fond, je m'intéresse à la philosophie, notamment aux Stoïciens. J'apprécie cette idée d'une absence des passions pour ne pas souffrir ». « Pour ne pas souffrir » ou pour ne pas se suicider, dans mes associations après-coup.

De par sa profession, il se dit conscient des progrès médicaux, notamment en néphrologie, et qu'ainsi il sait bien que cinquante ans plus tôt, il serait mort. Cela le fait associer : « quand j'avais une vingtaine d'années, dans un lac, je me suis noyé ». Quelqu'un a pu le réanimer, ce que je penserai par la suite comme prélude à son choix de spécialité de réanimateur. Dans cette scène relatée très brièvement par lui, comme s'il ne fallait pas se donner le temps de penser plus profondément celle-ci, je me demanderai après-coup s'il ne s'agissait pas d'un suicide quelque peu déguisé, masqué, à l'instar du refus de sa mère de se rendre en hémodialyse. De plus, je ne saurai rien à propos de son "réanimateur", comme s'il n'avait pas existé, comme s'il ne devait pas se trouver là pour le sauver. J'entendais ce réanimateur comme un reliquat de son père, sauveur (d'être ?) absent de son enfance. Potentielle association, Claude me parle de sa femme qui est également soignante, infirmière. À ce propos, il me dit qu'il ne veut « pas d'une machine d'hémodialyse à domicile, chez eux » et que sa femme devienne sa « soignante ». Ces changements de statuts mari-femme, médecin-infirmière à soigné-soignante seraient difficilement supportables selon lui. Claude continue à propos de son désir de travailler à nouveau, afin de reprendre le dessus, si ce n'est sur sa santé, au moins sur son travail. Claude ressent son « état fragile mais stabilisé ». Excepté « si quelque chose de supplémentaire devait à nouveau arriver, comme un diagnostic empêchant la greffe », notamment ici alors que son bilan pré-transplantation est terminé, qu'il est donc inscrit sur la liste d'attente d'un greffon. Je l'entends ensuite tenter de me convaincre qu'il est bien préoccupé par la mort, autre issue possible en hémodialyse, mais je n'y adhère pas. Je ressentirai là chez lui un fantasme d'immortalité, en pensant que c'est bien ce qui pourrait faire qu'il ne se suicide pas. Pourtant, après-coup, je me dirai au contraire que c'est justement tout ce qui pourrait faire qu'il se suicide.

Claude me parle de « secrets de famille », spécifiquement lorsqu'il évoque avec moi la mort de sa mère, laquelle aurait dû hémodialyser. Cependant, selon Claude, « Elle n'a pas voulu entendre certains signes, elle n'a pas voulu les exprimer… ». C'était selon lui comme si elle avait attendu que sa fille et ses deux fils, dont lui, soient bien loin, ici en vacances à la montagne,

pour mourir, seule, sans ces trois enfants à proximité, il restait pourtant ses deux autres filles ainsi que son mari. « Cette nouvelle nous a laissé tous les trois dans un silence », un silence de sidération, commun mutisme. Je rappelle ici que S. Mijolla-Mellor (2002, p.1103) envisage « le départ ou le mutisme, ou encore le fait de rester introuvable », comme « des représentations oniriques de la mort ». Il continue : « Ma sœur a rejoint ma mère neuf mois plus tard », le temps d'une grossesse, ai-je pensé. Leur père était en dialyse également, il avait des problèmes coronariens. À sa mort, son fils, donc le seul frère de Claude, se suicidera également, un an plus tard. Son frère ayant accompagné son père jusqu'à la fin de sa vie, Claude me dira dans un sanglot qu'il a tenté de contenir, que c'était là comme s'il l'avait accompagné « jusqu'au bout… », ce qu'il ne me dira jamais à propos de sa sœur.

À propos de sa mère, à ma relance, il ne sait pas bien me dire comment elle était avec lui : « Je ne sais pas se sent… ressent… ressentais… », bredouillera-t-il alors. En lien à cela, j'ai l'impression auprès de lui, contre-transférentiellement, que je pourrais bien enlacer, faire corps à corps avec une machine de dialyse non consentante, dans un mouvement d'identification à Claude. Après-coup, je penserai à cette expérience d'éthologie concernant l'attachement de Harlow dans laquelle un petit singe est confronté à un singe en fer qui nourrit et à un autre qui ne nourrit pas mais est seulement recouvert d'une douce fourrure. Claude semblait ainsi en hémodialyse lors de nos séances : entre un singe dur, en fer qui le désintoxique et l'intoxique, le nourrit, lui permet de sur-vivre, reliquat maternel, et, avec un tendre singe, reliquat paternel, ce que je représentais pour lui, auprès de lui.

Claude aura le long de cet entretien de nombreux moments de larmes, de sanglots retenus. J'observerai à plusieurs reprises qu'il tousse dès que quelque chose le touche. Ainsi, une réaction physique pouvait couvrir une réaction émotionnelle. Je penserai à des toux mal soignées qui peuvent avoir des conséquences non négligeables sur le plan cardiologique, comme si cela devait m'expliquer l'origine des différents pontages qu'il a subit. Le long de cet entretien, mon impression sera qu'il se vit tout seul dans ses vécus, en détresse, comme il pourra le figurer dans sa scène de noyade. Cependant, je ressentirai qu'il cherche à s'en extirper de toutes ses forces, ce qui lui est très éprouvant et coûteux psychiquement. Cela pouvait m'aider à comprendre ses oscillations d'humeur, tout en relevant une contrainte masochique non-négligeable. Tandis que ce premier entretien arrive à sa fin, je lui parle de nous revoir, ce à quoi il répondra par « avec plaisir ! ».

Ce n'est que bien après-coup, à propos de cet entretien, que je pourrai penser une association essentielle à propos du vécu de l'objet maternel par Claude. Lorsqu'il m'a dit, « elle ne s'est pas assez écoutée » - ce qui était dit là sur un plan physiologique, à propos de l'impossibilité de sa mère à se prendre en charge en se rendant en hémodialyse, puis, plus tard,

lorsqu'il bredouillera à propos de comment était sa mère avec lui, « je ne sais pas se sent… ressent… ressentais… » -, je m'interrogerai alors quant à l'écoute physiologique de sa mère et celle affective de celle-ci à son propre égard ainsi qu'à l'égard de ses enfants dont son fils, ici, Claude. Ces deux écoutes étaient-elles identiques pour elle, pour lui ou selon lui pour elle ? Aussi, qu'est-ce que sa mère a écouté, n'a pas écouté de son propre corps ou de sa propre pensée lorsqu'elle ne voulait pas être hémodialysée ? Dans ses refus de soins vitaux, lesquels pourraient bien faire penser à un suicide, qu'est-ce que cela pouvait (re)jouer des soins vitaux, tant physiologiques que psychologiques, donnés par la mère de Claude à celui-ci ainsi que par la mère de sa mère ? Et ce, d'autant plus lorsque deux personnes dans sa fratrie, une femme et un homme, se suicident suite aux décès, liés à la maladie rénale et des séances de dialyse, de leur mère et de leur père, quand lui-même a la maladie rénale.

d) Dynamique transféro-contre-transférentielle

Au bout de *neuf mois* de suivi régulier, Claude me dira : « je ne peux en parler à personne… je n'ai pas d'ami à qui en parler et je veux préserver ma femme… ». Je me penserai auprès de lui comme un fils tendre, celui qu'il n'a pas eu, notamment peut-être du fait de la maladie rénale génétique. Il m'avait en effet confié qu'il pensait ne jamais avoir d'enfant, ni de femme, lors de la découverte de sa maladie rénale à l'armée, pensée initialement comme cancer du fait de la présence de kystes. Ainsi, ce qu'il apprendra être une maladie rénale génétique et héréditaire aura selon lui comme conséquence de n'avoir qu'un seul enfant. En séance, j'aurai souvent ce sentiment que nos rencontres étaient pour lui des moments de grande tendresse masculine, dans une recherche de peau à peau, en lien ici au concept d'homo*sensualité* primaire de Roussillon, en rapport à l'accordage esthésique. À de très nombreuses reprises lors de nos séances, j'avais le fantasme contre-transférentiel de m'allonger auprès de lui pour le caresser tendrement, tout en l'écoutant patiemment et régulièrement. Cela me fera à nouveau penser à l'expérience de H. Harlow (1958), lorsqu'en état de privation, les petits singes mis ensemble se serrent longuement l'un contre l'autre. Lors d'une séance quelques jours avant Noël, alors que nous sommes à deux années de suivi, à mon arrivée, il s'exclame : « Ah ! Voilà notre *Père* Noël !! ». Deux mois plus tôt, il m'avait accueilli en s'exclamant de la même façon, « Ah ! Voilà le *soleil* ! ». Cela m'inscrivait dans un transfert paternel : avant nos séances, je le pensais dès lors dans mon attente généreuse comme un enfant ainsi que dans une attente d'une tendre chaleur humaine. Par la suite, il évoquera avec moi la difficulté de ces fêtes, qu'elles ont perdu « de leur substance depuis le décès de [ses] parents, de [ses] frère et sœur », se relançant ainsi sur sa sœur et son frère suicidés. En fin de suivi, je sentirai la relation transféro-contre-transférentielle évoluer. Je la sentais plutôt dans un rapport phallique d'homme à homme, en

"bons potes" qui pourraient se congratuler de tapes dans le dos, tels que peuvent le faire certains père et fils voire certains frères entre eux.

2. Le « travail de l'hypocondrie » chez Claude : un médecin hypocondriaque en auto(dia)lyse

Cet entretien inaugurera un suivi de plus de deux ans et demi en autodialyse, séances d'autodialyse desquelles il disait se sortir en se sentant « *vidé* de toute [son] énergie ! ». Un souvenir de Claude après un an et demi de suivi, viendra me faire entendre les fantasmes que pouvaient représenter pour lui l'hémodialyse. Suite à la mort de son frère, négociant en vins, Claude a dû vendre des cuves de vin « à des prix bradés ». Un « camion-cuve » est venu « pompé » ce vin, dont les tonneaux se trouvaient dans la maison familiale. J'entendais là un lien entre la machine d'hémodialyse et ce « camion-cuve » « pompant » du sang-vin familial, telles des machines-vampires. Ses recherches « psychogénéalogiques » en pensées et dans les faits étaient en lien à un sang épuré ou sacrifié, recherches qui seront le prélude à la possibilité pour Claude d'exprimer ses préoccupations corporelles, de la plus somatique à la plus hypocondriaque. Sans doute s'agissait-il de penser ces préoccupations corporelles au travers de ses préoccupations concernant le corps familial élargi.

a) Scènes primitives inces-tueuses

« Même échouée, la tentative serait présente. Ne peut-on aussi inclure dans cette perspective la névrose dite de destinées et l'appétence qu'ont certains sujets à rechercher, voire revivre, des situations traumatiques extrêmement douloureuses ? N'y aurait-il pas, dans cette recherche, une visée inconsciente d'ancrer au principe de plaisir cette expérience douloureuse, comme une question de survie ? » (Bertrand, 2001, p. 753)

C'est avec des mots très choisis en entretien, avec une grande élaboration de sa part, que Claude abordera lors de notre second entretien des notions autour de l'incestualité et ce qui semble s'être répercuté sur la sexualité au niveau familial, sa sexualité à lui, dans un discours cloisonné par sa mère.

« Elle avait honte d'exister, il avait honte de ce qu'il était »

À propos de sa sœur et de son frère, en lien à la sexualité, il me décrira deux types de honte, ce sur quoi il passera assez rapidement. Chez la première, il pensait qu'« elle avait honte d'exister », quand chez le second, Claude a pu ressentir une « honte de ce qu'il était »[69]. Quelles hontes pour cette sœur et ce frère à Claude de voir leurs désirs inconscients de morts à l'égard de leur mère et de leur père se réaliser ? Quelles emprises honteuses que de se sentir contraints à suivre leurs parents dans leur tombe, enchaînés à eux à la vie à la mort, empêchés de leur survivre ? Pour Freud (1916, p. 520), « (…) le mélancolique a retiré de l'objet sa libido, cet objet

[69] Notons ici à propos de son frère que je penserai cette « honte d'exister » en lien à l'homosexualité de celui-ci, ce que Claude réfutera catégoriquement plus tard. Son frère se savait malade, selon Claude, ce qu'il avait fait diagnostiquer à l'étranger. Il ne devait pas s'agir d'une maladie rénale, toujours selon Claude. Je fantasmais, pour ma part, une maladie honteuse, comme le sida, maladie sexuellement transmissible, comme la polykystose rénale. Sans affirmer quoique ce soit ici, différents aspects étaient à cacher, une identité, une maladie et un traitement…

se trouve porté dans le moi, comme projeté sur lui, à la suite d'un processus auquel on peut donner le nom d'identification narcissique. (…). Le moi est alors traité comme l'objet abandonné, et il supporte toutes les agressions et manifestations de vengeance qu'il attribue à l'objet. La tendance au suicide qu'on observe chez le mélancolique s'explique, elle aussi, plus facilement à la lumière de cette conception, le malade s'acharnant à supprimer du même coup et lui-même et l'objet à la fois aimé et haï. »

Répression maternelle de la sexualité : ne pas (pouvoir) faire (trop) d'enfant(s) ?

Aussi, Claude relève beaucoup « d'arrêts » par rapport à la sexualité. Si sa sœur et son frère n'avaient ni conjoint ni enfant, une autre sœur, mariée, a rencontré des difficultés à avoir des enfants. Selon Claude, cette sœur n'a pu avoir d'enfant du fait de cet interdit autour de la sexualité organisé par leur mère respective. J'entendrai là le fantasme d'une répression de la sexualité, donc de la reproduction sexuelle, qui a pu amener selon lui sa sœur à ne pas avoir d'enfant. Cette sœur à Claude a donc ainsi adopté quand médicalement rien ne la laissait apparaître stérile. Après-coup, je me demanderai si sa stérilité n'était pas une façon pour elle de se soigner, comme si elle voulait psychiquement être stérile somatiquement et qu'elle pouvait en penser « ne m'en soignez pas, j'en suis/serai malade », ce que je pouvais penser comme hypocondriaque. L'aînée de ses sœurs, quant à elle, a eu des enfants, lui une.Cette répression de la sexualité s'accompagnait pour Claude d'un reproche vif et amusé quant à sa mère : « Mais elle a pourtant eu *cinq* enfants ! », enfants ainsi témoignant d'une sexualité active.

Claude me dira, à ce propos, qu'il n'a eu qu'un enfant, délibérément selon lui : « justement, je me disais, sans doute inconsciemment, qu'il fallait éviter des transmissions ». Déjà bien avant cela, lorsque sa maladie a été découverte à la fin de son service militaire, lorsqu'il avait une vingtaine d'années, il pensait n'avoir plus qu'une dizaine d'années à vivre, le médecin d'alors ayant pensé à un cancer rénal selon les échographies. Ainsi, Claude pensait ne pas pouvoir avoir de femme ni d'enfant, de par la maladie, de par ce cancer rénal. Le choix d'*un* seul enfant aurait pour origine le désir de Claude de ne pas trop disséminer la maladie génétique.

Ainsi, je penserai bien après-coup aux échanges tant corporels que psychiques entre sa mère et les fruits de ses rapports sexuels d'avec son mari à elle, son père à lui, ses embryons, fœtus et bébés. Quels échanges, notamment tendres, étaient ainsi induits inconsciemment et consciemment du fait de penser à une sexualité prohibée, réprimée, potentiellement inces-tueuse ? Avait-elle ainsi envie de « tuer » ses enfants afin qu'ils ne (se) re-produisent pas, et

cela non pas seulement dans son sens sexuel ? Associativement aux scènes originaires et primitives, je penserai après-coup que cette sexualité interdite mais productrice de cinq enfants pourrait pour Claude être fantasmatiquement et inconsciemment à l'origine autant psychiquement que somatiquement de maladies, de suicides, tant du côté de ses parents qu'au sein de sa fratrie. La « honte » dont il me parlait à propos de sa sœur et de son frère pouvait bien être issue de cet interdit maternel à propos de la sexualité, « honte » dont il me parlera à propos de lui-même, ce que nous verrons par la suite.

La psychogénéalogie : une « hérésie » ?

Notons ici que Claude rencontrera un ascendant éloigné lors de ses recherches généalogiques. Il l'aidera à compléter ses recherches généalogiques mais lui dira que « la psychogénéalogie est une *hérésie* », mot qui résonnera longtemps en lui après cette rencontre qui l'effondrera quelques temps. Au sein de mes associations contre-transférentielles, je pensais à la sexualité réprimée de sa mère, ce par quoi la sexualité devenait une vraie « hérésie ». D'ailleurs, la psychiatre consultée lors de quelques séances lui avait dit qu'il allait « plutôt bien » selon elle – ce que je penserai comme… une « hérésie » ! –, en lien à ce fantasme d'une mère qui n'écoute pas, physiologiquement et psychiquement, ce dont cette psychiatre représentait à bien des titres. Cette psychiatre avait-elle manqué, à l'instar de sa mère, de préoccupation maternelle, de tendresse ? C'est en tout cas bien ce que pensait Claude.

Après un an et demi de suivi, Claude me parlera d'une lecture d'un auteur chirurgien à propos de la religion, de l'interdiction des chirurgies, de tout ce qui était en lien au sang, à l'extracorporel. Cela me faisait relancer à propos de la dialyse et comment cela aurait été interdit, comme les suicides, ce dont il m'avait parlé déjà. Il pouvait ainsi y avoir autant un interdit à se suicider, comme un interdit à dialyser, voire à être transplanté, ce qui allait contre les vœux de Dieu, discours ancré chez sa mère tout particulièrement, laquelle cherchait à être pieuse pour un pêché qu'elle n'avait pas elle-même commise, mais dont elle était hypothétiquement la conséquence, ce qui était bien une « hérésie ».

Médecin anesthésiste-réanimateur

Selon lui, sa « mère n'est pas allée en hémodialyse par *désarroi*, par *désarroi* du secret ». J'entendais ainsi une impasse fantasmatique quant au secret, chez lui. Lors de cet entretien, je comprendrai aussi la culpabilité pour lui de ne pas avoir pu détecter, soigner les maladies de sa mère, sa sœur, son père, son frère… De ne pas avoir su les *ré-animer*, psychiquement et somatiquement, *anesthésiés* par de fortes répressions psychiques bien ancrés au sein du corps familial, ce qui avait été *dés-animant*, *dés-animateur*. Comme si finalement, ce que je penserai bien après-coup, il avait pu se rendre compte qu'être médecin somaticien ne résolvait pas tout, qu'il fallait aussi soigner la psyché, sans quoi il pouvait y avoir des maladies, de l'insuffisance

rénale chronique, à la bouffée délirante aigües, au refus de soins, jusqu'aux pendaisons. Cela m'amènera à nouveau à me questionner sur le lien entre l'écoute affective de l'objet maternel et l'écoute physiologique dont l'écoute hypocondriaque de la mère à Claude quant à celui-ci.

Mes pensées alors se porteront sur une hypocondrie cherchée à être maîtrisée, contrôlée, par son orientation en médecine afin de se comprendre physiologiquement, avant tout, lorsque, dans le cadre de ce suivi, son travail psychique avec moi lui permettait de se comprendre psychiquement. Je serai ainsi amené à le penser comme anti-hypocondriaque.

En lien latent à l'origine de son orientation en médecine, il me parlera en séance de sa grand-mère paternelle de laquelle il était très proche lorsqu'il était jeune enfant. À ses cinq ans, elle meurt d'un arrêt cardiaque sans dégradation physique progressive. Ses parents lui cachent alors sa mort durant plusieurs jours. Il avait été très en colère contre son entourage familial qui n'avait pas su le lui dire, colère qui apparaissait à nouveau lors de cette séance.

Aussi, et avant tout, je pensais que son grand-père maternel qui est revenu amoindri physiquement de la Première Guerre, était un exemple insupportable par les suites induites, ici de tromperies sexuelles qui auraient bien pu être à l'origine tant des secrets de famille, des suicides que de la maladie rénale génétique.

Cet exemple pouvait avoir été insupportable pour la mère à Claude, ce à quoi ce dernier se proposait indirectement de veiller afin que cela n'arrive plu, par ses études et son expérience médicales. Pourtant, cette veille de Claude avait échoué plus d'une fois, n'empêchant pas les maladies et suicides au sein de sa famille, ce qui apparaissait pour Claude un lourd tribut.

« Enquête psychogénéalogique » de « secrets de famille » – Cycle vampirique

Les « secrets de famille » concernent selon Claude uniquement sa lignée maternelle. Ceux-ci auraient provoqué selon lui de nombreux suicides. Il s'intéresse ainsi à la « psychogénéalogie », en lien chez Claude à un transgénérationnel mélancolique (Kaës, 2009a). Claude me raconte que sa grand-mère maternelle et la sœur de celle-ci ont épousés deux frères. Quel(s) interdit(s), lorsque, notamment, comme je l'ai dit plus haut, un des deux frères est revenu de la première guerre très diminué physiquement, ce qui aurait eu pour conséquence un rapprochement de sa femme à lui avec son frère à lui, potentiels géniteurs « hérétiques » et inces-tueux de la mère à Claude.

Ces associations des « secrets de famille » maternels, des suicides, plus ou moins déguisés, et de la maladie génétique n'apparaissaient pas au sein de ses associations en séances. Pour ma part, il était également difficile d'y penser pendant les séances, seulement après celles-ci. J'entendrai dès lors sa recherche d'une « enquête » psychogénéalogique, telle une enquête policière afin de résoudre le crime d'un *cycle vampirique*, celui de la maladie génétique, comme

de ce qui avait transformé sa mère en mère nourricière en fer, en machine de dialyse, aux fins de penser l'origine de ce qui avait amené sœur et frère aux bouts de leurs cordes à devenir des corps-cadavres, et lui à être sus-pendu à sa machine d'auto(dia)lyse. Ce *cycle vampirique* m'évoquait des identifications vampiriques, lesquelles, selon l'hypothèse de P. Wilgowicz (1996), « ne se situent plus tellement au niveau de la différence des sexes et de la bisexualité qu'à celui de la différence des générations, qui est alors peu ou prou déniée, dans un double déni, de la naissance et de la mort. » L'auteur continue : « La subjectivation ne peut advenir… Naître ou ne pas être ! Les « clivages-collages » dont parle G. Bayle prendraient alors une place allant dans le sens d'une non-vie, ou d'une survie. » (p. 1582) La généalogie de Claude tournait fantasmatiquement en rond, annihilant les différences générationnelles, ce qui pouvait bien le rendre potentiel contaminateur à l'origine de toutes les maladies et de tous les suicides familiaux. Aussi, Claude me parlera d'un « ami dont la sœur s'est suicidée », ce qui aurait, selon Claude, amené cet « ami à déclencher une leucémie ». Cela était une source importante de fantasmes pour lui. Ainsi, il me parlera du lien qu'il pouvait faire avec les suicides fraternels au sein de sa fratrie. Pour lui, ces événements avaient précipité la phase terminale de son insuffisance rénale et l'entrée en dialyse. Sans ceux-ci, il pensait qu'il aurait eu recours à des techniques palliatives bien plus tard. C'était ici, selon moi, comme s'il se demandait : « qui a tué qui, qui a tué qui… ? » « qui tuera qui, qui tuera qui… ? » Mais peut-être avant tout « Qui est qui ? » à un niveau vampirique anobjectal, quand l'écoute hypocondriaque ramenait à un niveau objectalisant. Souvent à ce propos, le fantasme m'habitait que pour Claude tout ce qui meurt, fait mourir, vient continuellement et sans autre alternative possible de sa mère, porteuse du ou des secrets de famille, dans une emprise mortifère. Elle n'était pas pour Claude, « l'être-humain-proche », secourant, *Nebenmensch* (Freud, 1895).

En lien à ses recherches psychogénéalogiques, Claude aime particulièrement lire ce qui a été vécu, des histoires opaques, avec des secrets, des énigmes qui finissent par se résoudre. Il aime les livres d'Histoire, et aime particulièrement les protecteurs, tels que « Churchill et De Gaulle ». À ma relance sur qui a été selon lui son protecteur, il répondra sans hésiter : « mon père ». Il se souviendra alors avoir fait un rêve : « à la mort de mon père, j'ai rêvé qu'il était un grand sapin dans une forêt, et moi un petit, à côté, à l'ombre de lui ». Il associe à propos de sa mère, laquelle n'était pas protectrice, au contraire, notamment lorsqu'elle lui a longtemps reproché ses études dans le secondaire quand il aurait dû, selon elle, « retourner à [son] bac à sable ! ». Puis c'est lui qui selon lui a été protecteur dans sa famille, en particulier à recadrer sa mère pour le bien de tous semble-t-il. Il ne fallait plus se laisser faire, ce qui pouvait se rejouer avec des soignants paramédicaux et médicaux au sein de sa prise en charge. Par opposition aux

« secrets de famille » de la lignée maternelle de Claude, la lignée paternelle semblait protectrice et saine, tels son père et sa grand-mère paternelle, à la façon dont il a pu me les décrire.

De la maladie rénale aux bouffées délirantes aigües

Claude a connu deux épisodes de bouffées délirantes aigües, desquelles il se souvenait « de tout ». La première avait eu lieu six ans avant ses premières dialyses, la seconde lors d'une hospitalisation, quelques jours avant ses premières séances d'hémodialyse. À chaque fois, le dénominateur commun était une hospitalisation en néphrologie. Notons ici que je me questionnerai si, à ses vingt ans, sa noyade dans un lac n'en avait pas été également une conséquence réprimée ou refoulée, tout comme des épisodes délirants auraient pu être à l'origine des suicides de ses sœur et frère.

Lors de ses deux bouffées délirantes aigües, Claude se souvenait vouloir être « le rédempteur de l'humanité », « se [prendre] pour le Christ ». La nature de ces délires m'a longuement questionné. Pourquoi cette *rédemption* de l'humanité ? Pour ne pas en arriver à se suicider de façon manifeste ou latente ? Pour ne pas en devenir malade à en dialyser par exemple ? Cette humanité était-elle, psychiquement pour lui, une hérésie de par ses héritages psychiques et somatiques maternels ? La rédemption dans son sens religieux, liée au péché originel, à la sexualité, m'apparaissait plutôt mortelle que salvatrice. Cherchait-il ainsi à penser que quelque chose de lui devait se racheter ? Se racheter de penser d'autres, dont ses parents, pas seulement sa mère ? Chercher à se racheter par les suicides et l'infertilité, voire même la maladie génétique ?

Cela m'amenait à penser un vital besoin de sacrifices au sein familial, impensé et impensable, conduisant à ne pas se soigner, à se suicider, à se châtier, à se castrer, à difficilement envisager une transplantation rénale, entre autres. J'entendais aussi dans le fait de « se [prendre] pour le Christ » que Claude était issu fantasmatiquement de la lignée biologique maternelle, inséminé par Dieu, *immaculée conception*, avec ses héritages maternels de maladie somatique et de suicides, comme s'il n'était porteur psychiquement et somatiquement que d'éléments destructeurs maternels.

Claude reparlera en séance, après deux ans de suivi, de la bouffée délirante aigüe de sa propre mère, lorsque celle-ci avait été hospitalisée pour créer sa fistule. Je le rappelle ici, lors de cet épisode délirant, elle sera retrouvée errante dans les sous-sols de l'hôpital. Une discussion entre lui et son père s'était après cet événement déroulée, « devant la fac de médecine ». « Il faisait nuit, d'un nuit *noir* !! Et cet hôpital juste à côté… Il est *lugubre* cet hôpital !! », me rapportera-t-il amusé, déjouant ainsi les affects de ses représentations. Il ne pourra rien dire de plus quant à ce qu'il ressentait de sa mère avec une insuffisance rénale chronique, hospitalisée, pour la pose d'une fistule artério-veineuse, faisant ici un épisode de bouffée délirante aigüe.

Malgré la pose de sa fistule, comme je l'ai déjà rappelé, elle ne dialysera jamais, cette pose ayant eue lieu quelques semaines avant sa mort. Elle se laissera mourir : ne s'étant « pas assez écoutée », elle n'hémodialysera jamais. C'est dans ce même hôpital et dans ce même service que son père va mourir, bien plus tard, ce sur quoi il reviendra peu. Les représentations de l'hôpital et du service étaient liées à de mortels affects à réprimer.

Encore plus tard, c'est Claude qui a dû y être hospitalisé, une journée dans la chambre dans laquelle avait séjournée son père, celle précisément où il est mort. Cela a été pour lui insupportable et c'est ce qui l'amènera à dire : « Pour moi, ce service, c'est l'*épouvante* ! ». Il demandera alors au plus vite d'être changé de chambre, chambre et service à la mortelle représentation. C'était ici comme s'il prenait la place du mort, *épouvant*able perspective, celle de sa mère et de son père.

Après plus de deux ans et demi de suivi, Claude me parlera lors d'une séance plus précisément de ses troubles de l'humeur, lesquels, à ce moment et selon lui, tendaient à se stabiliser. Il me parle de « troubles bipolaires ». Je lui demande s'il a des délires, chroniques. Ainsi, Claude revient sur ses deux bouffées délirantes aigües. Il revient plus précisément sur l'une des deux, lors de laquelle sa femme était « désemparée ». Je me questionnerai sur ses peurs chez elle, comme chez lui, d'une folie chronique expliquant les suicides familiaux, les potentialisant, les créant. Sa fille également a rencontré beaucoup de difficultés à supporter cela. Notamment, dans son cas, le fait qu'il ait fuit à l'hôpital des brancardiers et qu'elle l'ait retrouvé errant dans la pelouse de l'hôpital. D'ailleurs, quelques semaines avant cette séance, elle lui avait vivement reproché, comme si cela avait été pour elle intentionnel venant de lui, ne pouvant, semble-t-il, pas du tout penser que son propre père ait pu perdre la raison, transitoirement. Cette réaction de sa fille a été vécue difficilement par Claude, comme si elle ne pouvait pas le comprendre, ne cherchait pas à le faire. Comme si elle manquait d'égard à son propos et ne voulait pas que cela se reproduise. Cela renforçait l'éloignement père-fille déjà bien opérant géographiquement, habitant alors à l'étranger. Femme et fille ne semblaient plus le contenir, l'apaiser, notamment lorsqu'il me glissera par ailleurs que sa femme et lui faisait chambre à part depuis plusieurs années.

Je ressentais alors aux moments de ces échanges à ce propos que je pouvais d'autant plus le contenir, l'envelopper, ne pas le juger quant à ces « bda ». Cela ne pouvait que renforcer la relation transféro-contre-transférentielle. Ces « bda » l'auraient selon lui aidé à comprendre ce qu'il peut se passer lors d'un crime, ou lors d'évènements historiques, en liens à des personnages ainsi qualifiés par lui de « psychotiques ». Selon Claude, ses deux épisodes de bouffées délirantes aigües seraient en lien à l'idée de la mort, comme si ils avaient permis psychiquement de boucher l'insupportable idée de la mort. Je pensais ainsi comment un délire

pouvait permettre d'échapper à la réalité, ici celle de la maladie somatique génétique, celle de l'hôpital, de potentielles prises en charges palliatives inévitablement à venir.

« Bda », suicides, maladies… Les retours du réprimé ? De l'occulté ?

Alors à plus de deux ans et demi de suivi, Claude commence l'échange en me disant que je viens toujours au moment où il fait sa fraxiparine. Il me demande ainsi si je suis « visiteur médical », si je touche des « royalties » sur la fraxiparine, mais surtout, ce qui retiendra mon attention sans lui en faire part, si cela fait partie de mes « activités occultes ». Avant tout, je l'entendrai comme s'il me demandait : « Qu'est-ce que tu fous quand tu es pas là ? ! », ce que je pensais en lien à son père très pris par ses activités professionnelles à l'extérieur de la maison. Puis, Claude me parle de ce qui le stimule aujourd'hui, c'est-à-dire la reprise de la maison familiale : « je suis éboueur » me dit-il un peu amusé et en même temps un peu grinçant. Il passe beaucoup de temps à la déchetterie. Il est ainsi très occupé. Il me dit aimer que tout soit propre « je dois être resté bloqué avec mon stade anal ». J'associe « restaurer la maison familial » comme « restaurer l'histoire familiale », en laissant des traces. Après-coup, en lien à ces échanges, j'associerai éboueur et déchetterie avec l'autodialysé qu'il était et l'unité d'autodialyse où il se rendait. Claude compare ensuite sa femme à un glaçon, en lien direct à la rancœur qu'elle a avec la sœur de Claude, grâce à qui ils ont pu reprendre tous deux leur maison familiale. Il continue en me parlant d'un glaçon « qui ne fond jamais ». Cela aura beaucoup de sens en lien à ce qui est « occulté » ensuite, à ce qui faisait glaçon dans le fait de ne pas pouvoir se dire au sein de la fratrie ce que les uns et les autres ressentaient. D'autant plus lorsque sa fille est venue voir la maison familiale avec son conjoint samedi dernier et lui a dit que cela « était un beau projet ». Plus tard, ce qu'« occulte » sa sœur sera au centre de nos échanges, ce que ses frère et sœurs ont pu aussi « occulté », ce qui les a conduits au suicide, ainsi que ce que sa mère leur a transmis. Il me parle d'un secret, je pense aux secrets, en me disant que le secret c'est peut-être plutôt ce mécanisme de gel, de glaçon, de ne pas dire, qui amène à être pendu au bout d'une corde, ou de tubulures d'une machine de dialyse, reliquats d'un mortel ombilic maternel. Aussi, je mettrai longtemps à me questionner dans l'après-coup sur ses fantasmes inconscients de fratricides, matricide et parricide: tuer sœur et frère, insupportables substituts, d'être des rivaux fraternels, d'être des substituts maternel et paternel.

b) Les plaintes corporelles de Claude

Lorsque ces échanges poussés à propos de son « asthénie » liée à ce désir « d'enquête psychogénéalogique » prendront moins de place, ses préoccupations corporelles (ré)apparaîtront. Neuf à dix-huit mois de travail auront ainsi été nécessaires à cela.

« Autolyse » et description du vécu de son corps : détachement "professionnel" ?

Comme cela pouvait être le cas à propos de la description de son voisin de chambrée au centre lourd d'hémodialyse, Claude pouvait décrire son état physiologique comme un soignant, comme un médecin, ce qui l'amenait à être dans un certain détachement "justifié" de par son métier. De cette façon, je ne pouvais que mal faire la part des choses entre ce qui était pour lui son avis médical objectif et ses préoccupations corporelles subjectives. Claude était ainsi son propre médecin, à bien des titres. Cela est loin d'être un détail ici. Car je me demandais ainsi si en (se) donnant son propre avis médical "objectif", il n'y avait pas là la stratégie défensive de mettre à distance ses préoccupations corporelles, de la plus somatiques à la plus hypocondriaques. Ici, ce "détachement professionnel"[70] semblait bien à l'œuvre comme une forme d'intellectualisation du vécu de son corps afin de ne pas éprouver psychiquement ce dernier. Ainsi, il pouvait préférer parler d'« autolyses » à propos de sa sœur et de son frère, plutôt que de suicides, comme si cela lui permettait de s'en distancier, de penser à des autolyses d'un point de vue professionnel, au lieu de suicides d'un point de vue familial[71]. En pensée auprès de lui, sans lui relancer cependant, par soucis pour moi de l'en préserver, j'aurai l'association autolyse-auto(dia)lyse. Je me questionnais à nouveau : comment se vivait-il sus-pendu à sa machine d'hémodialyse comme sa sœur et son frère sus-pendu à leurs cordes ?

Rêveries macabres contre-transférentielles

En lien à cela, après deux ans de suivi, après avoir été accueilli en tant que « Père Noël » de l'autodialyse par Claude, quelques rêveries macabres contre-transférentielles m'habiteront. Des rêveries où je l'imagine pendu, étranglé par des tubulures d'hémodialyse, comme si ces tubulures-cordes étaient là bien vivantes et pouvaient chercher à le piquer, à l'étrangler pour le tuer, le suicider, lui *tordre le cou*.

Désir de « faire une bonne petite hyperkaliémie » : « arrivera ce qui arrivera ! »

À neuf mois de suivi, après (m')avoir décrit son père par rapport à la maladie et ses traitements, Claude fondra en larmes en évoquant l'annonce de la mort de sa sœur à son père et que celui-ci n'a pas sourcillé. Décrit comme « robuste », « un surhomme », il me dira en larmes qu'il n'est pourtant pas lui un « un *surhomme* », notamment par ce qu'il a pu vivre des appels sans réponses suspects de sa sœur, de son frère, suicidés, mais également parce que c'est lui qui les a décroché de leurs cordes. Claude me confiera admirer « l'impassibilité » de son père, une impassibilité stoïcienne dans mes associations quant à notre tout premier entretien, laquelle était

[70] Je penserai de la même façon au patient ou à l'analysant lui-même psychologue en me demandant qui parle alors de la personne propre du professionnel, et comment ce détachement "professionnel" peut induire une distanciation du vécu subjectif au sein de la psychothérapie ou de la cure.

[71] Cela me faisait penser à l'utilisation du terme « décédé » par les soignants en dialyse comme en néphrologie. Dire d'un patient qu'il est « mort » serait psychiquement trop brutal, ce dont les soignants peuvent se préserver.

donc liée à son père. Encore, un autre objet, parent, ici paternel, n'était pas un objet qui écoutait, n'était pas un objet secourable auquel suffisamment s'accorder psychiquement.

Aux débuts de ce même entretien, Claude évoquera avec moi l'inquiétude de sa femme le concernant lorsqu'il n'est pas bien, ce qui agit ici en vase communiquant de par ce que cela rajoute et comment cela le culpabilise malgré lui. Je pensais qu'elle craignait qu'il se suicide, qu'il se laisse mourir, qu'il meurt. Claude associe et aura alors ces paroles sur un ton amusé, déjouant défensivement ses affects : « *Je me disais que faire une bonne petite hyperkaliémie en fin de week-end serait pas mal, histoire d'en finir ! (Rires.) (Silence.)* Parfois, et je suis pas le seul, j'en parlais avec un autre patient l'autre jour, si l'ambulance ne venait pas, je crois que moi aussi, je ne viendrais pas. »

Il énumère des plaintes alors. Celles de douleurs aux épaules en lien au phosphore selon lui, d'un problème digestif calmé par du charbon. Ces difficultés somatiques - dues de façon incertaine à la dialyse mais peut-être pas seulement - aggravent selon lui son état psychique. Il était ici pour moi impossible de différencier la nature psychopathologique de ses plaintes corporelles, celle-ci étant maîtrisée par son discours médical.

Claude reprend à propos des suicides de sa sœur et de son frère, par lesquels j'entends chez lui ce fantasme d'une mère toute puissante dont il dépend "à la vie à la mort". Je fantasmais que le suicide de sa sœur a été généré par sa mère, et de la même façon pour son frère, lequel prenait soin de leur père jusqu'à sa mort depuis la mort de leur mère. Je me demandais ainsi, sans pouvoir penser à une réponse, si le frère de Claude avait fait cela, pour lui, pour sa mère ou pour son père, peut-être les trois voire les quatre, incluant sa sœur. Plus tard, amusé et agacé, Claude me confie que sa mère ne voulait pas qu'il entre en secondaire, ne l'en pensait pas capable. Son « instit » l'en a convaincu « si lui n'a pas le niveau, aucun ne l'a ! ».

Claude me décrit beaucoup son père, notamment comme acceptant « tout », « impassiblement », notamment ses dialyses à la fin de sa vie. Il continue, en larmes, sur l'annonce que Claude a faite de la mort de sa sœur à son père. Ce dernier n'a pas « sourcillé », décrit comme « robuste ». Claude déclare alors qu'il n'est lui « pas un surhomme », car c'est lui qui a répondu aux appels de non réponses suspectes de sa sœur et de son frère, car c'est lui qui les a décrochés de leurs cordes.

À la fin de cette séance, j'observe sur sa tablette un livre au titre éloquent : debout les morts ! Cela prenait ici de multiples sens. En effet, qui de ses sœur et frère, mère et père, déjà morts, devenaient à nouveau vivants, debouts, au moins lors de ces séances ? Et quant à lui, se considérait-il déjà mort et cherchait-il ainsi, par les séances, à se remettre debout ?

Par ses différentes associations, j'entends qu'il ne pouvait se penser comme un « surhomme » mais qu'il avait la sensation de l'être en tolérant toutes ses séances

d'hémodialyse et les autres traitements et régimes liés à son insuffisance rénale chronique. Penser à « faire une bonne petite hyperkaliémie » et que si « l'ambulance ne venait pas [il ne viendrait] pas non plus » était ici une façon de penser à une échappatoire aux dialyses, si radicale soit-elle.

C'est à cette séance qu'il me parlera de cet ami qui a déclenché une leucémie après le suicide de sa sœur. J'entendais ainsi qu'il n'était pas un « surhomme » dans les répercussions psychiques qu'ont eu pour lui le fait de décrocher sa sœur et son frère de leurs cordes, d'assimiler leurs suicides et leurs décès, d'autant plus alors qu'il venait de perdre, respectivement, mère et père. Vivre tout cela pouvait psychiquement avoir de fortes répercussions, notamment sur son insuffisance rénale et ainsi la déclencher plus tôt, comme si cela avait prématurément suicidé son corps, sans qu'il puisse maîtriser cela. La maladie des autres peut rendre soi-même malade, *empoisonner*, sans que Claude ne sache plus ici de quelle(s) maladie(s) il est question ici.

Trois mois plus tard, Claude m'informera que son potassium est toujours élevé, mais qu'il ne fait « plus rien pour ça », « arrivera ce qui arrivera », dans des propos me faisant penser à des conduites ordaliques, au jeu du foulard, une mise en danger faite con-sciemment.

Angoisse d'un accident vasculaire cérébral ou d'une corde qui serre le cou ?

Lors d'une séance, à un an et demi de suivi, Claude me confiera qu'il a un problème médical au niveau du cou, ce qui pourrait bien être un accident vasculaire cérébral, ce qui va être évalué par un examen médical l'après-midi même de la séance. Ainsi, il angoisse et se demande ce qu'il va se passer. L'angoisse est tellement forte lorsqu'il évoque cela avec moi qu'il me la contamine psychiquement. J'en viens moi-même à avoir cette angoisse de faire un accident vasculaire cérébral (avc). J'avais ici la crainte d'un avc, comme d'une maladie transmissible entre lui et moi, ce que je mettais en lien à l'insuffisance rénale génétique et l'affect anesthésié, réprimé de l'angoisse d'anéantissement qu'il me projetait ici brutalement, comme éléments bêtas. Avant cet entretien, les infirmiers m'avaient averti que Claude pensait faire un avc dans le week-end à venir, cette séance se déroulant un vendredi. Il me parle alors de ses maux du corps entre « ceux qui sont physiques et ceux qui sont fonctionnels », « J'ai tous les jours une douleur quelque part : au foie, à la vésicule, … ». Cela, en date, semble-t-il, non pas des dialyses mais de bien avant, selon lui. Il se décrit ainsi comme ayant « *toujours* été hypocondriaque ». Je penserai à l'hypocondrie du médecin, à celle des étudiants de médecine, lorsqu'ils doivent apprendre à s'écouter corporellement[72]. Depuis dix ans pour lui, les événements s'enchaînent : « il y a toujours quelque chose ». Cela lui semble « infinissable », « sans espoir ». Il en vient même à se dire aujourd'hui qu'il ne sera « sans doute jamais greffé ».

[72] Je penserai également aux préoccupations psychiques et corporelles des étudiants en cours de psychopathologie.

J'ai alors une photographie en tête, pourtant vu très peu de temps quelques jours plus tôt, celle prise quant à l'installation des trois enfants de cire pendus de Maurizio Cattelan[73]. Après coup, en revoyant cette image, me vient comme une pression au niveau du cou d'être pendu… que quelque chose serre… En pensant cela, je fais l'association entre un avc et une pendaison de par leurs origines au cou, association dont j'étais comme empêché par lui en entretien de penser, ce dont il devait être empêché lui-même. Ce lien d'un avc le prenant au cou avec une corde qui serre le cou, me faisait penser qu'il y avait là pour Claude une sensation corporelle identique et indifférenciée, indifférenciable. Je me questionnerai ainsi après-coup sur le fait qu'un suicide puisse lui échapper, « arrivera ce qui arrivera », « une bonne petite hyperkaliémie » par exemple, lors d'une bouffée délirante aigüe, ou encore que sa maladie rénale et ses dialyses finissent par lui "tordre le cou". Lors de ce même entretien, il continue à me parler de l'insupportable « dégradation » de son corps à lui, ce vers quoi il tend au vu de tous ces évènements médicaux. Cela pourrait bien l'amener à se suicider, de façon plus ou moins manifeste. À ma relance quant à la « dégradation » du corps, lorsque je lui demanderai à quoi cela lui faisait penser, il me parlera de sa grand-mère paternelle, laquelle est morte subitement, sans « dégradation » justement. Puis il enchainera sur le fléchissement quant à la mort que lui permettait son travail d'urgentiste-réanimateur, mais également sur le décès de sa mère qui aurait pu être empêché si son père avait appelé les urgences. Enfin, Claude me dit : « ce n'est pas facile de prendre tous les jours 13 médicaments… ». Je relance : « 13 ? ». Il reprend : « oui… 12 ou 14… Je n'en prends jamais les vendredis 13 ». Il me dira ensuite être assez indifférent au chiffre 13… Quoiqu'il en soit, ces médicaments symbolisaient bien sa dégradation par le besoin vital de ces recours, quant à une maladie génétique dont il avait été le malheureux bénéficiaire, comme dans un mauvais loto, une mauvaise tombola. Malgré son indifférence manifestée quant à la symbolique du chiffre treize, Claude semble attacher une importance aux dates anniversaire, ce sur quoi il enchaîne.

Les décès de ses parents et dans sa fratrie se concentrent autour d'une même période de quatre mois, de laquelle il sort lors de cette séance. Ainsi, je ne sais pas bien si cela le rassure ou l'inquiète. Il ne m'en avait pas du tout parlé lors de cette période où je le sentais relativement mieux. S'inquièterait-il d'en être sorti, bien qu'il s'en défende ? Par crainte que sa mort à lui ne survienne dans la continuité de cette période ? Toutes ces associations pouvaient alors bien conduire Claude à lui faire penser et redouter un accident vasculaire cérébral. Plus tard, lorsqu'il reviendra sur cet épisode, il sera évident pour lui qu'il était passé à côté de la mort.

[73] Notons au passage ici que cette installation aura choqué certaines passants dont un à tel point qu'il les décrochera jusqu'à être percuté au crâne par l'un d'entre eux, ce qui l'amènera à mourir. Il peut s'agir ainsi d'une mortelle représentation, à bien des égards !

Hypocondrie par procuration ?

Lors d'une séance, après un an et demi de suivi, Claude me dit qu'il a fait du vélo la veille avec un ami, plus âgé que lui, qu'ils ont pris la pluie. Je me poserai alors des questions sur son corps : comment a-t-il reçu cette pluie, va-t-il en tomber malade ? Il se demandera alors si son ami ne pourrait pas avoir des difficultés respiratoires par cela. J'associerai sur l'hypocondrie de l'autre, et, par celle-ci, de ne pas passer à côté de ce qui pourrait amener à la mort de l'autre, par identifications et projections. Ici cela se jouait pour Claude dans un rapport avec un homme plus âgé, figure paternelle. Il s'inquiétait ainsi pour la santé de cet homme, quand j'en venais moi au sein de cette séance, à m'inquiéter pour sa santé à lui, homme plus âgé, dans ce même mouvement fils-père. Si Claude n'avait pas pu, su selon lui, anticiper les suicides de sa sœur et son frère, je pensais ainsi ici qu'il pouvait culpabiliser encore de ne pas avoir su anticiper les risques et décès de sa mère et son père, en tant que médecin.

Préoccupations corporelles retenues ?

Claude attendra un an et demi au sein du suivi pour me confier qu'il a « tout le temps mal quelque part ». Il en parle après avoir évoqué avec moi son père, un mal au genou lié à son père, puis un jeu de chaises musicales qui a mal tourné pour lui, telle l'origine génétique et héréditaire de sa maladie, réveillant cette douleur au ménisque du genou gauche – ce que je lirai « douleur mnésique » dans mes notes. Son souvenir à propos de son père était à propos d'une fois où, enfant, il l'avait aidé dans son travail. Les tonneaux de vins-sang devaient être chargés et déchargés dans un camion par des planches. Debout sur une planche pour aller dans le camion de son père, celle-ci s'est brisée. C'est depuis qu'il a, selon lui, ce problème au genou. J'entendrai cela après-coup comme : « Papa tu n'étais pas là à cause du travail, tu nous laissais seuls avec maman, ça m'a cassé (le genou ? /le Je-Nous ?)… ». Lorsqu'il me dira ensuite que cette douleur s'est réveillée aux soixante ans de sa sœur lors d'une chute au jeu des chaises musicales, je l'inviterai à réfléchir aux sens possibles, ce qui est ici chargé symboliquement. J'entends qu'il veut y réfléchir de son côté à lui, après s'être défendu d'un possible sens, qu'« il ne faudrait pas *tout* interpréter », ce qu'il me dira à nouveau d'un ton amusé.

De par là où nous en étions au sein du suivi, ainsi que ces différentes associations, cela l'amènera à se confier sur le fait qu'il a « tout le temps mal quelque part ». Avant cela, c'était un peu comme s'il ne voulait pas "m'embarrasser" avec ses questions. Cela me donnera le sentiment, à propos de ses préoccupations corporelles, d'être une machine de dialyse, un singe en fer dont il ne faut pas embarrasser de ses questions. Ainsi, il retenait ses plaintes corporelles auprès de moi. Son « asthénie » telle qu'il en parlait avait bien entendu ses conséquences à ce propos. Ce sentiment d'objet « machinique », d'objet machine de dialyse et d'objet en fer, rejoignait ce fantasme que j'avais de lui pouvant chercher dans un élan désespéré à enlacer sa

machine de dialyse, comme on enlace une statue de pierre, un singe en fer, un objet froid et rigide, qui insécurise et ne répond pas, objet cependant dont il dépendait vitalement, ce que j'associais à un rapport clivé à sa mère et à son père.

Avoir « tout le temps mal quelque part » : quelle voie hystérique et/ou obsessionnelle ?

Alors à un an et demi de suivi, Claude commence par me dire qu'il a fait la veille des travaux dans sa maison d'enfance, avec un ami d'enfance, avec qui il a gardé contact me précisera-t-il, sans me donner plus de détail à son propos. Puis il me dira s'être promené dans les alentours de cette maison, avoir emprunté « les chemins des champs, des forêts de sa campagne ». Il me dira alors s'être « senti très bien physiquement », ce qui l'a beaucoup étonné, l'étonne encore, et qui semble être le cas à chaque fois que cela se produit. Je me questionnais ici sur le fait qu'il a toujours mal quelque part comme une voie hystérique et/ou obsessionnelle, de laquelle, lesquelles, il peut se dégager selon sur quoi son attention est portée. Ce qui peut être très compliqué, et ce, tout particulièrement en hémodialyse. Je serai moi très étonné de cela, contrastant avec ce qu'il avait pu me dire précédemment, qu'il avait au contraire toujours mal quelque part. Il aimerait retourner y vivre, et je lui ai demandé ainsi si ce n'est pas ce que sa femme et sa fille voient d'un mauvais œil. Il me dira alors que pour sa femme, « cette maison est hantée » en particulier par le souvenir de son beau-frère qui s'est suicidé dans cette maison. Pour lui, il s'agirait de la maison de son enfance au sein de laquelle il a de très bons souvenirs.

« Champs énergétiques qui ne sont pas bons » : hypocondrie paranoïaque ?

Il associera ensuite sur « les champs énergétiques » de sa maison actuelle qui, selon lui, « ne sont pas bons », que cela est la raison pour laquelle il a mal dormi cette nuit, qu'il s'est réveillé à quatre heures du matin, bien qu'il se soit couché tôt. Puis il me dira qu'une ligne à haute tension passe tout près, que cela pourrait être conséquent sur ses ressentis quotidiens. Bien évidemment, je ne pourrai m'empêcher ici de penser à des craintes hypocondriaques sous une forme paranoïaque, déplaçant ici son conflit de ne pas être bien avec sa femme dans cette maison, et qu'il serait mieux dans sa maison d'enfance, avec ou sans elle. Cela faisait alors une dizaine d'années que sa femme et lui y habitaient. Depuis, cela avait été la dégringolade sur le plan somatique pour lui.

Cancers des seins de sa femme

Lors de ce même entretien, il me dira avoir avant habité un appartement. Les associations de souvenirs quant à cet appartement son principalement celles des deux cancers des seins de sa femme, ce dont il ne m'avait, à mon souvenir, jusque-là pas parlé. Elle a ainsi subi des chirurgies, chimiothérapies, curiethérapie, rayons, mais aucune ablation. Je me questionnais pour Claude, avait-il eu le fantasme de l'avoir rendue malade ? La marraine de sa fille – leur fille était alors à l'école primaire – décédera par suicide quelques temps après avoir appris le cancer de sa mère. Cela engendrera à l'annonce un grand cri de la part de sa fille, ce dont il se

remémore avec moi en étant très ému. Pensant au *Cri* d'E. Munch, je me demanderai si pour sa fille cela n'était pas l'équivalent de la mort de sa mère, sa marraine étant sa tante avec qui elle a partagé une relation très privilégiée, marraine qui n'avait pas d'enfant. Je comprenais mieux la réaction intransigeante de sa fille quant à un de ses épisodes de bouffées délirantes aigües. Perdre psychiquement son père pouvait pour elle être l'équivalent de tout perdre quand sa mère était en rémission de cancer, son père pas encore en dialyse, ce qu'elle n'envisageait alors pas du tout, et qu'elle avait perdu sa marraine.

Apaisements : retour à des préoccupations corporelles "ordinaires" ?

Au bout de plus de deux ans et demi de suivi, alors qu'un de nos entretiens a lieu après une interruption importante de nos séances, un mois et demi, je le retrouve dans une autre dynamique. Il s'occupe, mentalement, physiquement. Il est moins dans des mouvements d'humeur, ce qui semble plus régulé chez lui, à ce moment-là. Lors de cet entretien, il me fera l'état de son état corporel. Ce qu'il vit actuellement, ce qu'il ne m'avait pas dit également aux débuts de ses séances d'hémodialyse. J'aurai ainsi l'impression chez Claude que la possibilité, la capacité de me parler de ses préoccupations, sans s'en plaindre, mais en m'en faisant un état des lieux, était signe chez lui de bonne santé psychique, une bonne santé psychique ici (re)trouvée. Lors de cette séance, il reviendra sur ce que lui avait dit un professeur de néphrologie, qu'il n'allait pas le « laisser pourrir sur place », ce sur quoi Claude ne pourra pas m'en dire plus car les mots tels qu'ils ont été prononcé auraient selon lui un sens « assez évident ». Il me dira ensuite qu'il adopte des « attitudes anti-pourrissements » en mangeant des fruits contenant des antioxydants, tout en adaptant son Kayexalate, en faisant du vélo, en faisant un diplôme universitaire, en apprenant ses cours, entre autres. S'agissait-il là d'« attitudes anti-*hypocondriaques* » ? En fin d'entretien, il affirmera qu'il « accepte mieux sa maladie », qu'il est « moins en colère ». Je l'entendrais là comme « moins en colère » à propos de sa mère, moins dans ce « marasme » dont il pouvait me parler. Je restais alors avec mes pensées d'un « marasme » moins éprouvant à vivre par l'habituation aux séances d'hémodialyse, par un travail psychique soutenu, lors de nos séances et en dehors, ce qui a amené à un retour à des préoccupations corporelles ordinaires et salvatrices.

Épisode d'hystérie hypocondriaque

À l'approche de la fin de son suivi, lors de son diplôme universitaire, sera improvisée une échographie de sa fistule. Ce sera alors l'occasion de découvrir que certains abords sont rétrécis. Chacun des participants y est allé de son diagnostic et pronostic. À un point tel, que Claude en sera très inquiet. Devant attendre un examen, jusque-là, à nouveau, il se demandera s'il n'allait pas mourir, notamment le week-end qui a suivi, comme lors de sa crainte de faire un accident vasculaire cérébral. Un néphrologue de garde ne transmettra pas l'information à son

néphrologue référent, si bien que Claude sera amené lui-même à prendre ses rendez-vous se pensant/se sentant délaissé par le corps médical, ce qui le ramenait à son sentiment de ne plus faire partie du corps médical, de n'être plus un collègue. Suite à une échographie, un débouchage de fistule lui sera nécessaire sur le champ « sans quoi je perdais ma fistule », me dira-t-il. Ainsi, pour lui, il s'agissait là de la seconde fois où il serait « passé à côté de la mort ». Il remettait ainsi en question tous les suivis médicaux et paramédicaux en néphrologie et dialyse, pensant à un jeune patient hémodialysé décédé, à un autre beaucoup plus âgé, et un autre patient d'autodialyse, se demandant ainsi s'il n'y avait pas eu là négligences médicales et/ou paramédicales. Il sera ainsi très agressif avec certaines figures paramédicales en autodialyse, éclatera en sanglots lors d'une discussion avec la cadre infirmière à propos de ce qui se passait alors. Son hypocondrie était tellement active psychiquement que cela le mettait dans tous ses états, où agressivité et pleurs étaient l'équivalent d'une lutte désespérée contre la pensée « je vais mourir ! Et tout le monde s'en fiche ! », ce que je pensais pour lui. À nouveau dans cet épisode, une plainte envahissante n'était pas prise en compte par les autres en général, les soignants tout particulièrement. Il semblait ainsi désespérément seul avec cette inquiétude, pensant à la mort. Objectivement, son taux de potassium était monté à plus de six millimoles par litre (la normale étant entre 3.5 et 5), ses dialyses se faisant en cycles fermés dans son bras avant le débouchage de sa fistule. C'est sa femme qui l'a alerté par téléphone lorsqu'ils ont reçu les résultats chez eux, rappelons ici qu'elle infirmière. Il était alors en dialyse. Par ce risque d'hyperkaliémie, et donc d'arrêt cardiaque, il avait ainsi, selon lui, de quoi remettre en cause le corps médical et paramédical. Aussi, il me dira lors de cet entretien qu'il ne supporte pas le fait qu'un médecin ne soit pas présent à toutes les séances, sans pour autant vouloir retourner en centre lourd, ce qui lui avait été proposé par son néphrologue puisque cela aurait assuré la présence permanente de médecins-néphrologues. Pourtant, au lieu de voir son néphrologue tous les mois, selon les recommandations que ce dernier lui avait fait, il ne le voyait que tous les deux mois environ, ce que je pensais comme son envie à lui de se maîtriser médicalement, quand parallèlement cela ne lui permettait pas de contenir ses angoisses hypocondriaques. Je me demanderai après-coup en quoi ces épisodes, tout particulièrement ces deux épisodes, celui-ci et celui relaté plus haut lors duquel il avait l'angoisse massive de faire un avc, étaient en lien à l'imprévisibilité du corps, confirmé dans les faits par ce qu'il avait pu observer des morts subites d'autres patients de tous âges, mais également fantasmatiquement comme les conséquences de l'héritage d'une figure maternelle archaïque imprévisible et cruelle.

Transplantation rénale : à propos de ses fantasmes liés à un éventuel donneur

J'ai longuement espéré pour lui une transplantation afin qu'il puisse (s')en sortir, se sortir de ses séances d'hémodialyse. Claude sera transplanté rénal lors de mes vacances. Il ne

reprendra pas contact avec moi. À la suite de cette transplantation rénale, je me remémorerai un événement dont Claude m'avait parlé un an et demi plus tôt. Après plus d'un an de suivi, Claude débute une séance en me parlant de son sentiment d'être passé à côté de la mort suite à une sténose, que « ce n'est pas la première fois », que « ce ne sera pas la dernière », et qu'il a l'impression qu'en dialyse, sa « vie ne tient qu'à un fil ». Je penserai alors à nouveau qu'il se vit sus-pendu à cette machine de dialyse, comme à une corde.

Très affecté, Claude pleure de continuer à propos de deux morts dialysés qu'il a connu en séance : deux jumeaux fantasmatiques aux âges extrêmes, un très jeune et un beaucoup plus âgé comme si fils et père avaient été avec lui en dialyse, et étaient aujourd'hui morts, lui donnant ainsi quelques mortelles perspectives. La seule issue pour lui serait une transplantation rénale. Il me demande ainsi si j'ai des « trucs » pour la greffe, ce que je comprendrai par des recettes toutes faites pour la greffe. N'attendant pas ma réponse, il me dit : « j'ai de toute façon l'impression que ce ne sera pas pour cette année ! ». Je lui rétorque : « peut-être n'avez-vous pas envie que cela arrive cette année, que vous ne vous sentez pas prêt ? ». Claude laissera un silence surpris et dérangé, car c'est bien ce qu'il ressent, ce qui ne peut peut-être pas se dire avec des collègues médecins qui pourraient ne pas le comprendre à ce propos. Puis il tente une pirouette en évoquant des questions d'éthiques et de religion comme des refuges pour bien penser que cela ne devrait pas être possible, tout en s'étonnant que des témoins de Jehova refusent la transfusion, acceptent la transplantation. Notons ici qu'un an plus tard, jusqu'à la fin de son suivi, il me confiera oublier régulièrement son portable lorsqu'il quittait son domicile, ce que je pensais comme des actes manqués permettant de retarder une éventuelle transplantation. *Tout particulièrement, il s'imaginait en plaisantant que l'on pourrait bien envoyer des hélicoptères pour partir à sa recherche, mais qu'il se cacherait.*

À ma relance – nous sommes revenus ici à une séance après un an de suivi – de ce qu'il pense personnellement de la transplantation, de ce qu'il en fantasme, il convoquera alors un souvenir bien particulier. Son frère a été témoin une nuit d'un accident de voiture de deux hommes. Le premier, le conducteur, était mort, le second était inconscient. C'est alors Claude que son frère a cherché et qui est ainsi devenu le médecin de cette scène. Il a transfusé cet homme inconscient, puis, à l'arrivée à l'hôpital, l'état de mort encéphalique a été décrété. Ainsi, il a été prélevé avec l'accord de la famille. Dans son avis de décès, la famille a remercié nominativement Claude. Cela l'avait beaucoup ému, ce qui reste le cas lors de cette séance. L'échange continuera autour des enjeux de honte de recevoir l'organe d'une personne décédée. Quelques temps plus tard, Claude lâchera : « je l'ai *tué* ! ». « Tué » car « je ne l'ai pas sauvé », se reprend-il. À ma relance, à propos de ce qu'il pensait de ce lapsus, il résistera : « je vous attendais là-dessus ! Ce n'est pas un lapsus révélateur !! ». J'ai alors pensé que s'il était

transplanté, son fantasme pourrait être celui de recevoir le greffon de cet homme qu'il a aidé à ne pas mourir tout de suite et donc à sauver d'autres personnes mais pas lui-même. Je continuerai cette discussion à ce propos en lui disant : « j'ai l'impression que vous pourriez ne pas vous donner le droit de continuer à vivre ? ». Il y répondra positivement mais après avoir mal compris. Il avait compris : « est-ce que vous avez *honte* de continuer à vivre ? ». Ainsi, nous reprenons sur la honte en particulier liée à sa sœur et son frère suicidés. Il me dit qu'ils étaient les trois ensembles à l'annonce « du deuil » de leur mère, ce qui, selon lui, faisait figure de prémonition. Il dit avoir pensé au suicide, mais ne pas le souhaiter. C'est là la fin de cette séance.

En hémodialyse, ses impressions psychiques de passer à côté de la mort, réellement ou non, l'amenaient à penser que ces *flirts* avec la mort n'étaient ni les premiers ni les derniers, que sa « vie ne tient qu'à un fil ».

Aussi, à la fin de ce suivi, il me parlera d'une « grossesse » dans la famille, puis enchainera sans lien manifeste à propos de la « transplantation ». Je ferai là le lien pour lui d'une « transplantation »-« grossesse », d'un greffon-fœtus attendu en son ventre, potentiellement toxique, rejouant les liens mère-fœtus que j'avais pu évoquer plus tôt (cf. Virilio, 1995 ; Baudin, 2007, p. 117 ; Pandoula-Kafchitsas et Grann, 2010).

3. Perspectives : reconstruire sa « psychogénéalogie » ?

Claude me parlera longuement des travaux au sein de la maison familiale qu'il avait repris avec une de ses sœurs, quand l'autre semblait chercher à « occulter » tout ce qui était en lien à l'histoire familiale et donc à cette maison. Pendant un temps dans le suivi, par le fait que cela était difficile pour Claude, il s'agissait là pour lui de « gommer » cette histoire familiale. Il se rendra compte avec moi non de l'intérêt de « gommer », mais plutôt de « transformer ». J'entendais alors comment la déconstruction de cette maison pour que d'autres personnes ne faisant pas partie de la famille puissent y vivent pouvait participer à un processus de transformation et donc un travail de deuil. Il ne s'agissait plus d' « occulter », de « gommer », mais de « transformer ». Ainsi, la maison familiale se reconstruisait, se refaisant une santé, ce qui était « vivifiant » selon lui, comme c'était pour lui le cas lors des séances d'hémodialyse, lors de nos séances, en lien à tout ce que cela réactualisait chez lui psychiquement, notamment psychogénéalogiquement. Je faisais ainsi le lien au métier de sa fille, architecte, comme pour construire son histoire, reconstruire l'histoire familiale, elle qui avait pourtant pris le parti de sa mère en ne s'impliquant aucunement dans ce projet. Tels les nouveaux locataires de cette maison (je penserai à celles peintes par Hopper) – de « jeunes couples ! » prêts à procréer

s'était-il émerveillé – de laquelle il restait à moitié propriétaire, Claude semblait prêt à re-vivre dans un Moi-Peau refait à neuf.



Hopper, E. (1925). *House by the railroad*. Huile sur toile. New-York: The Museum of Modern Art.

4. Synthèse des résultats

Se sentant abandonné par un corps qui lâche, psychogénéalogiquement, du fait d'une maladie rénale héréditaire et génétique, issue fantasmatiquement d'une scène primitive incestueuse secrète héritée de sa mère, Claude était passé, par mon écoute, d'une *anti-hypocondrie* à une écoute corporelle et psychique, par l'angoisse et le désir de mourir ou d'une bouffée délirante, depuis qu'il était attaché, pendu par les tubulures de sa machine d'auto(dia)lyse, rejouant les mortels suicides de ses sœur et frère, qu'il avait lui-même décrochés quelques mois après les morts de ses mère et père. Claude ne s'était pas senti tenu corporellement et psychiquement par son objet maternel, lequel « ne s'était pas assez [écouté] » selon lui. Ainsi, il se sentait en hémodialyse comme les petits singes des expériences de H. Harlow, torturé entre un singe en fer nourricier, la machine d'hémodialyse, reliquat maternel, et un singe doux rassurant, qu'il recherchait à travers moi, reliquat paternel. Pris dans ses défenses mélancoliformes, la seule issue était celle de tenter de se reconstituer psychiquement un Moi-Peau afin de se tenir lui-même corporellement et psychiquement, ce qu'il avait tenté avec moi lors de son suivi.

V. Synthèses et discussion. ***Dialyses* somatiques *et* psychiques.**

En suivant ces cinq cas, nous nous rendons bien compte que ces patients qui se plaignent se maintiennent en vie et tentent de communiquer l'incommunicable de leurs angoisses archaïques de leur mort. Au sein de cette clinique où mort et traumatismes règnent, le travail de l'hypocondrie rend compte de l'innommable.

De ces cinq différents cas, nous allons ici tenter une synthèse sous différents axes qui nous ont apparu comme les axes communs et *invariants*, toujours en lien au travail de l'hypocondrie et des plaintes corporelles.

A) Le premier axe est celui des deuils infinis et des figures de cruauté, celles allant des traumatismes cumulatifs à la sur-vivance, questionnant le vampirisme et le cannibalisme, ainsi que l'identification au cadavre et l'introjection du cadavre.

B) Les scènes primitives issues de ces différents cas cliniques ont mis en exergue différents mythes transgénérationnels, d'autant plus que la maladie est ici héréditaire.

C) Enfin, nous interrogerons la question d'un corps pour rêver. Dans cette recherche d'un corps hypocondriaque pour deux, la plainte exprimée questionne la réserve de l'incréable, mouvement auto-érotique issu de la relation au corps maternel.

A) Deuils infinis et figures de cruauté : hypocondrie et traumatismes

« Y a-t-il un deuil impossible de la machine ? Ou bien encore, les difficultés narcissiques que provoquent dialyses ou greffes en sont-elles plutôt la cause ? Les fantasmes vampiriques étant à comprendre comme fantasmes de toute puissance narcissique, fantasmes d'immortalité. Le deuil en cause serait alors à comprendre comme un double deuil, celui de l'autre et de soi, deuil infini maintenu dans le fantasme où peut se jouer la scène d'un désir particulièrement ambivalent. (Pérard [Cupa], 1985b, p. 387). »

Après-coup, chaque traumatisme engage potentiellement un travail de deuil, alors que les traumatismes cumulatifs compliquent le travail associatif en lien à la position phobique centrale d'A. Green dont nous parlerons plus bas. Conjointement à cela, rappelons que les deuils infinis convoquent des figures de cruauté, ce que nous allons préciser, à savoir celles des traumatismes cumulatifs donc, mais aussi celles de la sur-vivance, du vampirisme, du cannibalisme, de l'identification au cadavre et de l'introjection du cadavre.

P. Wilgowicz questionne, au contraire d'une non-transmission, une transmission bien trop lourde économiquement et omniprésente (1996, p. 1581), qu'il s'agisse de traumatismes historisés/historisables ou en voie de, ou encore de traumatismes cumulatifs.

C'est ce que l'on peut interroger au sein de l'environnement du sujet hémodialysé, que la maladie soit d'origine génétique et/ou héréditaire, héritée ou non par les descendants du sujet dialysé. La maladie rénale implique à penser qu'il s'agit là de deuils infinis pour les sujets en insuffisance rénale chronique (Cupa, 2002a ; Cupa & al, 2009 ; Dupuy & al, 2006).

D'autant plus lorsque cette maladie rénale est d'origine génétique et héréditaire, et donc se transmet, se pose et s'impose au sein des corps du corps familial, de génération en génération, irréversiblement, sans fin…

Ainsi, nous devons questionner les fantasmes vampiriques des sujets hémodialysés, ce qui implique d'explorer dans un premier temps la question de la sur-vivance, où le sujet, tel le vampire, est ni-mort-ni-vivant, mort-vivant, vivant-mort peut-être, entre-deux, ***antre***-deux.

1. Traumatismes *cumulatifs* et *sur*-vivance

Au-delà des traumatismes que constituent les annonces de la maladie (rénale), de la maladie somatique, de la maladie chronique, de la maladie génétique, de la maladie héréditaire, de la dialyse et de la transplantation rénale, le sujet subit au long cours des *soins routiniers, machiniques*, qui *érodent sa psyché*, condensant en lui des *micro-traumatismes*.

M. Khan nommait *traumatismes cumulatifs*, la « répétition de traumatismes mineurs entravant le fonctionnement du moi (1963, p. 15) ». Une situation peu active en soi se vit répétitivement. Seulement, de façon imperceptible, la répétition a un effet traumatique et devient le *noyau de réaction pathogène* (1963, p. 90). Le *traumatisme cumulatif*, quotidien,

ordinaire, à la *répétition toxique*, est insidieusement d'une familiarité pernicieuse, il s'infiltre psychiquement de façon chronique.

Si dans l'expérience de l'insuffisant rénal chronique, ce qui se répète se vit exclusivement en hémodialyse, il existe différentes situations, différents micro-traumatismes rendant compte de traumatismes cumulatifs, au pluriel donc. L'intégration psyché-soma du sujet hémodialysé, et ce à tout âge, est soumis à des empiètements répétés qui nourrissent sur un plan économique les plaintes corporelles.

Ces traumatismes cumulatifs se trouvent en échos avec ce que J.-L. Donnet nomme la psycho-phobie, ce qui renvoi à des histoires traumatiques. Alors, il est important de rappeler la proposition suivante de M. Khan, où il est question de comment le sujet a pu s'*autotraiter* quant à cette situation de traumatisme cumulatif : « Traiter cette pratique d'autotraitement simplement comme s'il s'agissait d'une résistance, ce serait méconnaître sa valeur pour la personne du patient. (…) « Traiter un traitement », c'est le paradoxe auquel nous confronte ce type de patient. (1970, p. 133) »

Le sujet a pu s'enfermer dans cet *autotraitement* dont ses plaintes corporelles et *son* « travail de l'hypocondrie » rendent compte.

Nous l'avons déjà dit, pour tout sujet hémodialysé, insuffisant rénal chronique, il existe toute une série de pertes, de traumatismes, de celui à taille micro qui va se répéter à celui plus important tant sur le plan quantitatif que qualitatif des excitations générées.

Apprendre que son enfant, son petit enfant, parfois même son parent a eu, a et/ou aura, peut-être la maladie, et qu'elle se transmettra, sont autant de traumatismes qui impactent très fortement l'économie du sujet malade comme celle de sa famille. Le sujet malade est alors autant une victime qu'un bourreau, d'être l'éventuel transmetteur, voire, déjà, d'avoir imposé, transmis la maladie, tout en le sachant ou tout en ne le sachant pas, parfois pas encore.

L'attente d'une greffe est parfois l'attente d'un nouveau traumatisme psychique. Lorsque, par exemple, elle est attendue et qu'elle ne vient pas, lorsqu'un appel de greffe se transforme en défaite et qu'il faut non seulement rentrer chez soi bredouille mais aussi en hémodialyse, lorsqu'elle a lieu réellement.

Aux conséquences psychiques plus graves que toutes les autres formes de traumatismes et pourtant si difficiles à rendre compte, ces traumatismes cumulatifs agissent fortement, lourdement sur/dans la psyché du sujet malade hémodialysé, l'infiltrant, l'intoxiquant d'éléments β hébétants.

Cela peut le contraindre à une appétence aux traumatismes, à en devenir traumatophile, par l'impossibilité à introjecter ces différents traumatismes restés enkystés/incorporés dans la psyché et condamnés ainsi à se répéter, par passivation, passivement et/ou par recherche active sous la forme de poches d'autisme. Cette traumatophilie concerne autant la situation traumatisante qui se répète passivement par emprise, que la situation traumatisante qui se répète de par une recherche active du sujet, et ce, en hémodialyse chronique, détaché qu'il est, soumis qu'il est, contraint à l'emprise d'un ou plusieurs objets, une machine d'hémodialyse ou encore la perspective d'un greffon rénal d'un proche « donneur vivant » ou d'un cadavre.

Encore, cette traumatophilie a pu pré-exister à ce que la maladie et ses thérapeutiques ont fait vivre, au sein de son arbre généalogique, arbre de morts, voire de maladies mortelles dont il a fallu se nourrir psychiquement, et ce, malgré leurs caractères inassimilables, indigestes. Cela a pu nourrir des plaintes corporelles et un travail de l'hypocondrie. Cette question est à interroger de façon plus vaste quant à des corps familiaux qui sur-vivent, pris dans une névrose de destinée, de par la maladie somatique chronique génétique et héréditaire.

2. Du vampirisme à l'hématophilie

Toutes confrontations répétées au sang, telles que cela est le cas en milieu de soin au sens de *cure*, en hémodialyse, sont potentiellement des traumatismes cumulatifs, pouvant conduire à une ***hématophilie traumatophile***, laquelle tente de déjouer un ou des traumatismes en se traumatisant continuellement, mutuellement, sans pouvoir d'appropriation, restant inapproprié(s)/inappropriable(s), incorporé(s) psychiquement. L'hématophilie est ainsi en jeu, et rappelons-le, ce sang est en lien à la cruauté, une décharge crue et cruelle, nécessitant à *panser*, peut-être penser, des angoisses de vidage de fluides, d'un liquide corporel, représentation à propos de laquelle d'autres représentations de liquides corporels peuvent se déplacer, et ce, que ce soit les pleurs, le liquide amniotique, le lait, le sperme, la salive, l'urine, les excréments, la sueur, jusqu'aux viscères, à la bile noire... *Ne parle-t-on pas de **sang**lots ?*

On pourrait ainsi rappeler le syndrome de Renfield tel qu'on le connaît en criminologie. Il s'agit là d'une paraphilie à propos du sang, dans ce que sa vue, avec la pulsion scopique (cf. les travaux de G. Chaudoye), ou son absorption, avec la pulsion orale et plus précisément vampirique ou/et cannibalique, peut provoquer de fascination et de plaisir sexuel. En criminologie, le vampirisme concerne l'absorption du sang, celui d'autrui, ou le sien dans l'autovampirisme, *toujours de façon répétée*.

Les sujets transfusés ou/et hémodialysés, sont donc soumis à un *vampirisme passif*. Cette appétence du sang est quasi quotidienne en hémodialyse : quelles qualités de plaisir, de

fascination quant à la vue de ce sang, chez les soignés et les soignants de ces centres d'hémodialyse ? Quelles perspectives mortifères de répéter, faire répéter des traumatismes, fussent-ils cumulatifs, rappelant des angoisses de castration (sang dans les urines du sujet masculin en insuffisance rénale, règles chez la femme…) et/ou de mort ?

Tout sujet a du sang, est son sang, réellement. Le sang du sujet possède celui-ci, il en est dépendant ordinairement, et extrêmement en étant en insuffisance rénale chronique hémodialysé. Extrêmement, car ce sang épuré par hémodialyse permet l'autoconservation somatique et psychique : le sujet hémodialysé est ré-animé, addicté malgré lui à ses techniques médicales sanguinolentes. Ces confrontations crues, cruelles, brutes et brutales au sang délabrent fortement et continuellement l'état de détresse du sujet hémodialysé en le traumatisant, notamment cumulativement, en rappelant parfois d'autres images crues. Car le sang est danger extrême en hémodialyse : plus épuré par cette technique, il conduit le sujet au risque de devenir un cadavre.

N'est-ce pas là à nouveau une raison de se plaindre corporellement, d'être travaillé par son hypocondrie ? Il existe ainsi une appétence subie quant au sang, rendant hématophile par passivation, par enjeux autoconservatifs. Pourtant épuré, le sujet ne sait plus ce qu'il en perd, ce qu'il en gagne… Rendant absurdes ces épurations rénales, cela vampirise la psyché de chaque patient, vampirisé, il devient vampirisant. Comme l'a précisé R. Kaës (1993, p. 30-31), « la temporalité de la transmission psychique est une temporalité non fluidique », car « la trace s'oppose au fluide »… Le sang est un fluide intraçable… Sans fin et sans faim, comment peut-il être historisable ?

3. L'oralité, de la phase orale vampirique à la phase orale cannibalique

Si le vampire se nourrit de sang, par les dents, par le joug, les dents-os-squelette du vampire semblent déjouer le trou de la bouche, re-tenir, ne pas se nourrir de chair mais d'un liquide, de sang, de lait, de sperme ou d'urine. Pour M. Torok, les dents évoquent un conflit de transition (1968, p. 732), entre dents de lait et dents définitives, perdues à nouveau avec la vieillesse. Quel conflit de transition de passer d'un statut de sujet sain à celui de sujet malade ? Ces dent(s)-cruelle(s) rappellent les phases vampirique et cannibalique dont parle K. Abraham avec le stade oral précoce et le stade sadique-oral lors de l'apparition des dents. M. Klein (1957, p. 11 et 12, cf. *Envie et gratitude*) a su rappeler que l'agressivité, la cruauté est présente bien plus précocement, *avant* la présence de dent. Elle écrit que « Le désir libidinal de sucer s'accompagne du but destructif d'aspirer, de vider, d'épuiser en suçant ». Je pense ici à l'avidité de ces patients, de Bernard à Claude, entre autres, avidité vampirique. Winnicott a pu rappeler

dans un de ses très nombreux exemples comment un bébé avec une dent faisait très attention à ne pas utiliser celle-ci dans son rapport oral avec le sein de mère. Nous pouvons ici nous interroger, si cela arrivait, quant au goût du sang qui pourrait faire figure de préalable à une hématophilie.

La cruauté de Lucette ne faisait-elle pas figure d'une cruauté auto- sorte d'auto-morsure pour ne pas mordre l'autre, par risque de vampirisé l'autre mais aussi d'être vampirisée par l'autre dans une mortelle (in)fusion/trans-fusion/co(n)-fusion illimitée? Lors des « relations d'objets parasitaires et vampiriques », au cours desquelles les « transfusions liquidiennes » sont en jeu, A. Green rappelait (1972b, p. 44) qu'« À la première phase orale, celle où le contenu, le lait, prime le contenant, les fantasmes activés sont des fantasmes de succion, d'aspiration, de pompage, de vidage, d'expression du sein. » Puis que « le vampire doit mordre le cou de ses victimes pour en sucer le sang, mais son plaisir est d'étancher une soif par l'intermédiaire d'un liquide qui lui sert de nourriture exclusive. » Cette nourriture peut être un flot de plaintes corporelles, une *litanie* de celles-ci.

Pour A. Green (ibid.), « avaler n'est pas manger ». Le désir de posséder l'autre en l'embrassant, de le boire, est le contre-investissement de sucer son sang et/ou le contre-investissement de le dévorer. Sucer vampiriquement n'est pas manger cannibaliquement. Les possessions orales des substances liquides que sont le lait, le sperme et la salive sont pourtant issues des objets de chair que sont le sein, le pénis et la bouche. Ces objets mis en bouche pour les posséder oralement, sont sucés, en les mettant en bouche pour les avaler sous la forme de liquides, les aspirer, il s'agit alors d'incorporation vampirique comme le sang épuré par la machine en hémodialyse. Lorsqu'il s'agit de les posséder oralement sous la forme de solides, de les engloutir il s'agit alors d'incorporation cannibalique tel que le rein transplanté. Si l'incorporation peut devenir introjection, cela n'est pas toujours le cas : s'approprier l'autre a alors une valeur plus archaïque, plus corporelle.

Le déni des origines par un couple dans l'auto-engendrement a ses fonctions, notamment celle d'une temporalité circulaire, intemporelle, infernale, donc de dénier la mort et tout ce qui y conduit, tels la maladie, la vieillesse, la sexualité. Nous retrouvions cette circularité sans fin, voire sans faim, au travers de leurs plaintes corporelles, au travers de l'hémodialyse en elle-même ainsi que de la transplantation rénale. Aussi, qu'annoncent les soignants avec la maladie et ses thérapeutiques comme c'est le cas dans l'insuffisance rénale chronique : « nous allons pomper votre vitalité » et/ou « nous allons vous manger » ? Quelle entreprise-*pharmakon* à vampires et/ou à cannibales ?

Enfin, lorsque nous évoquions que la vie psychique de ces patients manque de chair, manque de sang, de vitalité, ceux-ci apparaissent comme **« désubstantifiqués », en référence à F. Rabelais et sa « substantifique moelle ».** À ce propos, Rabelais n'avait-il pas proposé, dans son prologue à Gargantua, de « rompre l'os [avec les dents ?] et sucer la substantifique moelle », une moelle solide-liquide pharmakon ?

4. Identification cadavérique et introjection cannibalique : dévorer/ être dévoré, un « corps-bouche »[74]

« (…) La complexité de la théorie psychanalytique de l'incorporation, à la fois fantasme et processus psychique qui suppose l'intrication de plusieurs finalités : faire pénétrer en soi un objet porteur de qualités, le détruire, le conserver ; qui marque, notamment dans le deuil, le commencement d'un travail interne impliquant clivages et remaniements ; qui met en œuvre exemplairement le renversement en son contraire, la réversibilité des termes – ***dévorer et être dévoré*** – comme celle de la crainte et du désir ; qui n'est réductible ni à une conception génétique du stade oral ni même à la catégorie d'oralité : on peut à l'extrême concevoir tout le fonctionnement de l'inconscient et jusqu'à la constitution de l'individu sur le ***modèle corps-bouche*** qui avale et vomit, qui détermine les limites du dehors et du dedans. (Pontalis, 1972, p. 5) »[75]

S'intéresser au vampirisme c'est s'intéresser aux origines, voire au déni des origines. P.-C. Racamier avec l'antœdipe (1996) a pu éclairer ce que la dimension incestuelle peut aplanir de la différence des sexes et des générations, avec un fantasme d'autoengendrement. Se sentir être sans limite, sans ascendance, sans descendance, c'est le désêtre. Rappelons P. Wilgowicz :

> « Jusqu'à quel point est-il encore possible de résister à l'attraction d'un "processus vampirique" où le vampire tente de se revivifier au détriment d'un hôte dont il aspire la substance vitale, afin de parer à ses propre déprivations narcissiques ? De quelles défenses le vampirisé dispose-t-il pour se protéger et pour reconstituer des forces de vie lui permettant de quitter le château, de reprendre à rebours le chemin vers la ville, pour ne pas succomber à l'aspiration de son hôte à le rendre identique à lui ? »[76]

Si j'ai déjà évoqué au sein du contre-transfert le sentiment d'être aspiré, vampirisé de mon énergie vitale, que cela est également questionné par les équipes soignantes, je pense aussi à la vampirisation des générations lorsque la maladie se transmet. Par ce vampirisme, cette survivance, cette peau humaine arrachée, ce corps dépecé, au moins de la fonction de son ou ses reins, nous relevons *une véritable entreprise de* ***dépeçage*** *psychique* (Cupa, 2006d, p. 69 ; 2007a, p. 162) chez l'insuffisant rénal hémodialysé, toujours dans les conditions d'une passivation. Le sujet n'avance plus au même rythme, physiquement et psychiquement, de par la maladie. Il s'en plaint, travaille psychiquement la question de son corps, lequel l'enchaîne plus précisément à la représentation de son cadavre.

Car avec la mort omniprésente, rodeuse agissante, le cadavre devient/est un miroir, la projection finale de son propre corps. Il existe ainsi une contrainte psychique à s'identifier à ce cadavre quand son incorporation est le fantasme, l'introjection le processus, rappelaient N.

[74] Didier Anzieu nous rappelait (1972) que « Le groupe est une bouche » (p. 203).
[75] Je souligne.
[76] http://www.societe-psychanalytique-de-paris.net/wp/?p=1164 [page consultée le 25/01/2015].

Abraham et M. Torok (1968 ; 1972, p. 111). Le sujet est issu d'un corps à corps, de deux corps biologiques, quand ces questions d'incorporations et d'introjections sont également en jeux. S'agit-il d'un corps à corps vampirique ou cannibalique ?

Lors de cérémonies autour d'un enterrement, il est souvent question d'un repas, lequel fait figure de *rite cannibalique* : manger le mort afin qu'il ne disparaisse pas. *L'issue à la fois tendre et cruelle peut être alors la nécrophagie, la nécrophilie* : aimer le mort à le bouffer, le baiser ou encore, le conserver en tout ou partie (un rein ?), ce que l'on peut retrouver dans des cas de criminologie. A. Épaulard a pu ramener dans sa thèse de 1901, ensuite publiée sous le titre *Vampirisme*[77], *nécrophilie*[78], *nécrosadisme*[79], *nécrophagie*[80], le cas d'Ardisson, fossoyeur qui déterrait des cadavres pour en abuser sexuellement, jusqu'à les ramener en partie (tête) ou tout chez lui. Rendre l'autre cadavre en le tuant c'est le nécrosadisme. Le nécrophage et/ou le nécrophile ne faisait « que », respectivement, se nourrir du cadavre et/ou l'utiliser à des fins sexuelles.

Le sujet en attente de greffe, notamment rénale, est confronté malgré lui à attendre qu'un autre meurt pour posséder une partie de lui qu'il continuera à rendre vivante à l'intérieur de lui. Je me rappelle ainsi « Madame X. » (article soumis) se comparant à un vautour dans son attente de greffe, me faisant penser au mythe de Prométhée, quand celui-ci avait eu pour supplice de, chaque jour, se faire dévorer le foie par l'aigle du Caucase (**aigle-hémodialyse**), alors que ce foie repoussait chaque nuit. Ou encore Bastien, pour qui son frère lui avait donné un rein, rein qui continuait à vivre en lui malgré l'assassinat de son frère…

Le sujet insuffisant rénal en attente de transplantation ou transplanté est ainsi un cannibale-nécrophage en devenir puis cannibale-nécrophage, contretemps paradoxal de la cadavérisation du corps. Le cadavre est le corps mort, lequel n'est plus vivant, duquel on ne peut plus se plaindre. La plainte corporelle rappelle ce corps et cette pensée vivante, pas encore morte, pas encore totalement cadavérisés. Elle est ainsi le relais, le témoin, le phare de cette consistance vivante qui existe en corps. La projection du cadavre, peut-être du sien,

[77] Selon sa thèse, le vampirisme est toute profanation de cadavres (p. 2, p. 99).
[78] La recherche sexuelle se prote sur le « coït normal ou sodomique, masturbation, etc. (p. 99). Les nécrophiles sont les « amants des morts » (p. 9) selon lui. Cf le chapitre III.
[79] « (...) mutilation de cadavre d'origine sexuelle (p. 42) ». « Le nécrosadisme s'observe sous deux aspects : le dépeçage, et la nécrophagie qui complète parfois le dépeçage. J'entends par nécrophagie l'attaque du cadavre avec les dents, qu'il y ait simple mâchonnement, morsure, ou cannibalisme. (p. 10) » L'auteur pense qu'il n'y a pas de recherche de douleur chez le partenaire, ce qui différencierait le nécrosadisme du sadisme. Aussi, la recherche première serait l'éréthisme génital (p. 99).
[80] Pour A. Épaulard, ce terme regroupe toutes les formes de cannibalismes, exclusivement de cadavres.

de la mort réelle, peut-être de sa mort réelle, sont autant de deuils infinis actifs et agissants psychiquement chez le sujet et son environnement.

Ainsi, à propos de ces fantasmes cannibaliques, J.-B. Pontalis proposait (1972, p. 7), tels que les refus de manger de la viande, qu'ils peuvent se penser comme désir et crainte-dégoût du retour au même, quand pour A. Green, l'anthropophagie est « une façon d'aimer quelqu'un jusqu'à ne faire qu'un avec lui » (1972b, p. 51) ».

Il s'agit là en quelque sorte d'un retour à la « première organisation sexuelle prégénitale », « celle que nous appelons orale, ou si vous voulez, cannibale » (Freud, 1905[note rajoutée en 1915], p. 95). Cela n'est donc pas sans lien à la perspective du retour au ventre Terre-mère. De cette période, la cruauté cannibalique est dévoration, morsures, coupures, mettre en pièces, … Tigres, loups et autres crocodiles sont des figures fascinantes pour le petit enfant en lien à cette cruauté de griffes et de dents qui pourraient ouvrir, déchiqueter, mâcher, mettre à l'intérieur du corps en pièce ou en totalité (le loup-grand-mère du chaperon rouge).

Pour K. Abraham (1924, p. 171), Freud « fit un pas décisif dans la découverte du mécanisme de la mélancolie en montrant comment le patient perd son objet d'amour, et par la suite le reprend en lui par la voie de l'introjection en sorte que les auto-accusations mélancoliques par exemple s'adressent en réalité à l'objet perdu. La régression libidinale à l'étape orale, le processus d'introjection (…) de l'objet d'amour (…) est un processus d'incorporation correspondant à la régression de la libido à l'étape cannibalique ».

Pour certains sujets, « le dégoût alimentaire renferme un jeu avec sa propre mort » (Abraham, 1924, p. 182). Cela peut conduire à refuser de manger le mort, par identifications, les morts de sa vie et le mort à projeter être. Derrière ce refus, se cache le désir, l'impulsion cannibalique, à s'autopunir (1924, p. 190)

A. Green (1972b) évoque la question d'une phase cannibalique avec K. Abraham et M. Klein, et précise en note de bas de page (p. 45) ce qui suit :

> « (…) nous avons toujours été frappés par la minimisation de l'expérience que représente la poussée dentaire comme exaspération douloureuse, rage impuissante, sans qu'aucun moyen n'existe de lever la tension par la satisfaction. On pourrait aussi faire remarquer qu'en bien des cas, ces poussées vont chevaucher les expériences de séparation, d'angoisse du huitième mois, les réactions de crainte devant les étrangers, liant ainsi la phase cannibalique avec celle où est ressentie la perte objectale, ce qui donne au fantasme cannibalique ce double aspect de destruction et de récupération. Il n'est pas jusqu'à l'autoérotisme qui ne se mue alors en autocannibalisme. »

Ainsi, nous comprenons mieux que la séparation d'avec l'autre, va se muter psychiquement en incorporation de l'autre, mieux, en introjection de l'autre, devenu *cadavre exquis* (Abraham, Torok, 1968) sans pourtant être mort réellement.

L'identification et l'introjection cannibalique sont ainsi pour le sujet destruction et récupération de lui-même. Dévorer, être dévoré, pour ne pas disparaître, seulement à l'intérieur d'un autre, devenu « corps-bouche », corps maternel gestateur.

Pour M. Soulé (1976), l'aire potentielle de jeu oral « entre les adultes et le nourrisson est donc, résolument, celle de la rencontre de leur mutualité vampirique et cannibalique. (Missonnier, Boige, 2003, p. 22)»

En hémodialyse, les soignants et les techniques médicales proposées/imposées qui ne tuent pas, ne soignent pas au sens de guérir, de cure, démembrent le sujet, le dépèce psychiquement et somatiquement tel l'aigle du Caucase avec Prométhée (rappelons ces très nombreux repas, véritables rites cannibaliques chez les soignants).

P. Fédida (1972b) nous rappelait (p. 127) des exemples issus de la psychiatrie ancienne, notamment d'E. Kraepelin, des cas de mélancolie selon lesquels les sujets se pensaient « coupables d'avoir mangé leurs enfants », « ou encore de se métamorphoser en loup-garous ». Je pense à nouveau à Alice, enfant transplantée de huit ans, et ses craintes de loup-garous dont j'ai parlé plus haut. Dans la mélancolie, il est question de la purge du poison, quand chez le névrotique, le refus du féminin et de la castration est plutôt en question, et, chez l'état-limite, l'évacuation du mauvais.

M. Khan a su rappeler (1972) « La tendresse cannibalique dans la sensualité non génitale », notamment quand « il n'est pas question de mastiquer de la chair humaine, ni de l'ingérer, mais simplement de la mettre dans la bouche et d'avaler certaines sécrétions du corps humain » (p. 160), il prendra notamment l'exemple de la tendre délectation de sujets quant aux plaisirs oraux de la génitalité sans pénétration (lécher, sucer, mettre en bouche l'organe, avaler les sécrétions) en évoquant le sperme d'inconnus dans les cas d'un homme homosexuel[81] et de celui d'une femme hétérosexuelle. Rappelons à ce sujet A. Besançon (1971) : « Derrière le thème paternel de la castration se profile le thème plus archaïque de l'anéantissement cannibalique, qui est maternel. »[82] Nous pourrions rappeler ici l'anéantissement vampirique maternel.

[81] « Cet homme dont la compulsion était de sucer de jeunes garçons anonymes ramassés au hasard dans la rue, apportait une ferveur tendre à prendre dans sa bouche leur organe génital excité ainsi qu'à avaler leur substance séminale. (Ibid.) » Cf. également les travaux de Vincent Estellon lorsqu'il relie tétées de l'objet sein pour en boire le lait et fellations de l'objet pénis pour en recueillir le sperme.

[82] Rappelé par G. Burloux (1980, p. 152) [référence d'A. Besançon introuvable].

La fin plus ou moins progressive de la production des liquides corporels rappelle l'approche de la cadavérisation : plus d'urine, plus de « pisse », plus de sperme, du sang « pourri » et « pourrissant » la chair, à en dialyser, à en mourir, à devenir un corps-cadavre.

On pense ici autant à l'incontinence de la personne âgée qu'à la fin de la production des mictions chez l'insuffisant rénal. L'urine représente tous les autres fluides du corps. La fin de son écoulement génère une mortelle inquiétude, un risque mortel d'intoxication par les fluides de sa chair.

Ainsi se télescopent la représentation d'un retour au giron maternel avec celle du pas-encore-cadavre du corps, de par l'insuffisance rénale chronique et ses conséquences au sein du corps, du fait de la fin de la production des urines, d'un sang mal épuré et conséquemment d'une chair qui s'empoisonne, qui s'intoxique. Ce retour au giron maternel a valeur vampirique et/ou cannibalique, selon que le sujet se sente aspiré et/ou dévoré par le corps-bouche de la mort.

Cette représentation du corps-cadavre auquel s'identifier, est une représentation vampirisante, une représentation dévorante. Ainsi, le corps-cadavre incorporable/incorporé devient-il potentiellement introjectable/introjecté.

Cela nous ouvre à l'axe suivant, celui du mythe transgénérationnel, avec un questionnement autour des tombeaux et des cryptes.

B) Mythes transgénérationnels et scènes primitives : hypocondrie et mort

« De fait, donner la mort est aussi métaphysiquement impensable que donner la vie. Dans les deux cas, l'individu dans ses modestes limites se hausse au niveau d'un processus biologique qui lui échappe et auquel il est lui-même soumis comme le maillon d'une chaîne dont il ne connaîtra jamais ni l'origine ni la fin. (Mijolla-Mellor, 2012, p. 1004) »

Interroger la mort, c'est interroger la vie : interroger le corps mort, c'est interroger le corps vivant. La scène primitive serait l'équivalent, selon la proposition de G. Pirlot (2010, p. 121) de l'« équation « qui donne la vie donne la mort » ». La mort et la naissance sont en question avec la filiation (Guyotat, 1980). Nous avons déjà approché *L'homme aux loups* par lequel cas la *Urszene*, la scène primitive, primordiale, originaire, s'interroge. La scène primitive questionne la conception, la filiation, l'héritage somatique et transgénérationnel. Comment papa et maman m'ont fait se questionne d'autant plus avec l'apparition d'une maladie, d'un handicap. La scène primitive s'est re-trouvée en question dans les différents cas cliniques que nous avons abordé : anti-traumatique, ré-organisatrice, elle permet un récit sur la maladie, sur l'essence de la constitution somato-psychique.

La scène primitive interroge ce qui se transmet d'un individu à un autre, pour en créer un autre, au sein de la chaîne symbolique des générations, chaîne qui est autant de ruptures que de continuités, tant dans la filiation biologique que fantasmatique. Tel le roman familial, un mythe transgénérationnel va se construire. Lorsque nous avons évoqué plus tôt le vampire, l'amour voire l'addiction au sang (*hématophilie*), au cadavre (*thanatophilie, nécrophilie*) et aux traumatismes (*traumatophilie*) se retrouve dans ces mythes transgénérationnels et ces scènes primitives. N. Abraham et M. Torok ont interrogé la crypte et le fantôme, le deuil, l'incorporation et le défaut de la transmission tel que cela est le cas avec l'encryptage, la forclusion ou le rejet :

> Lorsqu'un vécu honteux indicible est enterré, c'est la ***crypte*** ;
> La secrète identification avec un autre questionne le ***fantasme d'incorporation*** ;
> Le deuil impossible d'un être cher, c'est la ***maladie du deuil*** ;
> Avec les effets des secrets de famille à travers les générations, nous sommes dans la ***clinique du fantôme***.

En lien à W. R. Bion, R. Kaës évoque que ***l'« objet transformable » est l'objet introjecté***, quand ***l'objet non transformable est l'objet incorporé***. J.-C. Rouchy (1992) a pu dégager une modalité de la transmission d'objets enkystés, incorporés, inertes qu'il décrit en termes (p. 71) de ***transfusion***, lorsque ces objets deviennent transférables parce-que portés psychiquement par un autre dans un autre groupe (notamment le thérapeute de groupe en supervision de groupe), puis (p. 73) de *résurgence*. La transfusion permet de penser la question d'une substance

psychique qui se transmet, s'infuse, se diffuse, par voie vampirique, une substance psychique toxique restant infiltrée à l'intérieur du sujet, incorporée, car incorporée à l'intérieur même d'un corps familial, et qui agit sous le même mode que les traumatismes cumulatifs (Rouchy, 2009, p. 149). Cette question de la *transfusion* nous intéresse tout particulièrement en lien à l'hémodialyse, équivalente à une *transfusion machinique*, quand la psychothérapie est *transfusion psychique*. J.-C. Rouchy précise cependant que cette *transfusion d'incorporats d'un corps à un autre*, sans représentation, sans pensée, peut se transformer en une véritable introjection, dans un processus de transmission (2009, p. 156-157).

Ces sensations étrang(èr)es du clinicien en séance ont pu être celles hypocondriaques dont j'ai déjà parlé. H. Faimberg (1981 ; 1985 ; 1988) a proposé un « télescopage des générations » quand des symptômes somatiques et psychiques sont en lien à des non-dits, à des héritages de clivage au sein de la parenté du sujet. A. de Mijolla (1981) a parlé d'une généalogie des fantasmes : la maladie somatique génétique et héréditaire interroge tout particulièrement cela. Quelle histoire secrète a été incorporé/introjecté par le sujet qui (en ?) est malade par ces reins, issu d'un héritage biologique, voire d'héritages génétique et héréditaire.

J. Guyotat (1980, 1995) a rappelé les enjeux de la filiation imaginaire (narcissique) et ceux de la filiation symbolique aux fins de comprendre des enjeux somatiques et psychopathologiques. Aussi le concept de *chrone* (Burloux, 1980, p. 147) rappelle qu'un élément traumatique peut être incorporé sans être introjecté, brutalement, il est ainsi un objet qui perdure dans le sujet, un objet-inclusion non vivant (en lien au concept de crypte de N. Abraham et M. Torok), « transmission d'un symptôme creux, non symbolique » : « L'introjection impossible a été remplacée par l'incorporation hâtive de quelque chose de potentiellement non vivant, non existant, un vide. (p. 149) »

Lorsque N. Abraham et M. Torok rappellent : « Car le fantôme qui revient hanter est le témoignage de l'existence d'un mort enterré dans l'autre » (1972, p. 431), je ne peux que repenser à chacun des cas cliniques présentés plus haut.

Pris au piège, enchaîné à ces transmissions transgénérationnelles, la seule solution, l'unique stratégie, peut être de changer de filiation, en se suicidant, en le projetant ou en tuant un ou des autres. J. Guyotat rappelait (1980, p. 72) que « le suicide c'est la réalisation parfaite de la coïncidence mort-naissance, dans un même acte ». Et ce,

d'autant plus lorsqu'il s'agit de suicide par pendaison : la corde est, tout comme le lien de filiation, les tubulures de la machine d'hémodialyse, ombilic-phallus mortifère.

Autres stratégies, lesquelles peuvent se cumuler, en tuant, en incorporant réellement le corps sain d'un autre dont on s'approprie une partie, comme un organe, un rein, fusse-t-il artificiel, machinique, ordinateur et robot, ou issu d'un donneur cadavérique. Ces stratégies signent la tentative d'une désaffiliation-réaffiliation artificielle par un ombilic-phallus artificiel.

Le corps familial, la filiation contraint de cette façon à des représentations mortifères et persécutives (Aulagnier, 1991) d'un Moi-peau à la fonction digestive, dévorant telle une plante carnivore, tuant à petit feu à coup de défaillances génétiques et héréditaires transmises, héritées, ce qui est vampirisant, et peut donc rendre avide de sang, de cadavre, objets de cruauté, objets de vie et de mort, *pharmakon*, tel que cela est en jeu au sein des scènes primitives.

Nous pensons au fantasme de corps-bouche, bouche-vagin, vagin denté, ce que les reins malades représentent, en lien à la phase orale cannibalique dont nous avons parlé plus tôt, et le fantasme de dévorer/être dévoré, notamment d'être dévoré par ce qui a été dévoré de l'objet sous la forme d'incorporation ou d'introjection. Ce cannibalisme intérieur peut être inversé et incidemment rendre hypocondriaque.

Ce corps familial qui se tue par ses conduits, ses tuyaux communicants (Freud, 1905, p. 84), les contenants sanguins que sont ses veines et artères, lesquels représentent racines-ombilics/racines-phallus et branches-phallus/branches-vagins, et ses fluides, les contenus que sont spermes, ovules, sang, lait, urine, fèces, engendre ainsi un tout autre « travail de l'hypocondrie », quand le silence des organes familiaux n'est pas, n'est plus la santé… Mais signe d'un organe pourrissant ou déjà pourri, en voie de cadavérisation ou devenu cadavre partiel de soi, tel un parent mort, un fœtus mort, à ré-animer.

C) Un corps pour rêver : hypocondrie et réserve de l'incréable

Nous l'avons vu tout particulièrement avec Bernard, Lucette, Blanche, Élisabeth et Claude, les plaintes corporelles rendent compte d'une psychopathologie de l'expérience du corps et témoignent d'un véritable travail psychique de l'hypocondrie.

« Voie royale », les plaintes corporelles signent la recherche d'une tentative plus ou moins larvée, plus ou moins aboutie, de mettre en rêve, en jeu, ses plaintes, ses souffrances, ses douleurs, d'être malade en son corps et soigné par hémodialyse chronique.

1. Les plaintes corporelles et ses enjeux transféro-contre-transférentiels : enjeux des écoutes maternelles hypocondriaques

Au sein de la relation transféro-contre-transférentielle, pris entre le *care* et le *cure*, malmenant une fonction et un rôle d'un "simple" psychologue, j'ai été moi-même placé dans cette position d'impuissance à guérir le corps malade. Miroir et peau cénesthésique et hypocondriaque de ces patients, j'étais moi-même pris par leur souci psychique *et* somatique, tentant de les ré-animer psycho-somatiquement, jusqu'à être psychiquement contaminé par ces patients, jusqu'à m'en rendre hypocondriaque.

En ces conditions, et sans attente de reliaisons psychiques par associations quant à leurs plaintes corporelles, la pensée et le corps du psychologue porte la plainte, au sens d'un *holding*, un corps qui pense et rêve au corps de son patient, porte-corps, ici particulièrement ***porte-corps hypocondriaque***, tel qu'un sujet en sauve un autre de la noyade en le prenant à bras le corps.

La pensée et le corps du clinicien sont les réceptacles des éléments bêtas de ces patients. Avec les plaintes-éléments bêta, le psychologue dialyse psychiquement ce qui ne peut l'être par le sujet lui-même, par l'environnement habituel du sujet, jusqu'à sa perte d'énergie psychique, jusqu'à la succion de sa substance vitale, dont ces patients, sortes de bébés-vampires, sont avides.

Mes épisodes hypocondriaques ont ainsi cherché à rendre compte au sein de la relation transféro-contre-transférentielle d'un accordage psychique suffisamment bon, d'une hypocondrie suffisamment soucieuse, à éprouver ensemble, à éprouver par un autre, transmise, voire abandonnée en un autre. Non pas en une machine d'hémodialyse infernale, mais en un être vivant, pensant, soucieux, jusqu'à en devenir, tel l'analyste en séance derrière le divan, un ***objet d'arrière-plan-cadavre***, représentant le corps mort des défunts du sujet, psychiquement ni-morts ni-vivants. Restés là inertes tels des zombies, des vampires, des mort-vivants, je pouvais représenter en miroir ces morts déjà morts réellement mais pas tout à fait psychiquement, ainsi que le corps-cadavre du sujet lui-même, funeste perspective.

De cette façon, nous pouvons nous interroger quant à la tentative de ces patients à ré-animer ces objets d'arrière-plan-cadavres. Rappelons P. Fédida (1995, p. 132) qui s'interrogeait de la façon suivante à propos de la plainte hypocondriaque et de la fonction spéculaire du corps :

> « (…) est-ce que la plainte hypocondriaque n'est pas l'équivalent hypnotique d'un rêve ne pouvant se faire, une sorte de rêve insomniaque ? Désigner ici la plainte comme un rêve impossible mais cherchant néanmoins un corps pour être rêvé – cela pourrait correspondre assez correctement à ce que l'on constate dans l'analyse où la fonction spéculaire du corps joue un si grand rôle. (…) les angoisses hypocondriaques de cadavérisation du corps par décomposition sont des angoisses puissamment régressives témoignant de l'incapacité du sujet quant à un usage auto-érotique de l'hallucination négative dans le rêve ou dans le transfert. »

Ces sujets rencontrés se plaignaient de leurs corps, de leurs angoisses hypocondriaques de cadavérisation. Ainsi, j'ai moi-même été contaminé de leurs angoisses, devant pour eux chercher à les contenir psychiquement. De cette façon, j'ai écouté ces patients, jusqu'à m'en rendre fou, comme je l'ai rappelé avec P. Fédida, en lien à une folie hypocondriaque ordinaire. J'étais soucieux, concerné par leurs fonctionnements psychiques ainsi que de ce qui se passait et se pensait quant à leur corps, leur maladie, leurs traitements. Cette écoute des plaintes corporelles et de l'hypocondrie de ces patients a pu m'amener à m'indifférencier des autres soignants, me rendant « je sais pas trop quoi là ».

L'*infans* est désintoxiqué par l'objet maternel lorsqu'il est contenu, il peut alors penser et désintoxiquer à son tour ses expériences sensorielles et psychiques. Seulement, avant son insuffisance rénale chronique, le sujet se suffisait lui-même rénalement, il se désintoxiquait lui-même. Cruellement empêché, il a dès lors recours à un objet machinique-robotique-ordinateur palliant sa fonction rénale.

A. Legrand (1995) reprend qu'avec le trop plein excitatoire, les excitations non écoulées, non déchargées vont « intoxiquer » « les appareils et fonctions somatiques » (p. 535). De la même façon, dans les suivis dont j'ai rendu compte, j'intervenais tel un désintoxiqueur, un psychodialyseur, voire un psychadialyseur.

J. S. Grotstein rappelait à ce propos cet exemple : « Un autre patient a relié sa relation à l'analyste à une expérience avec une machine de dialyse sans laquelle il ne peut pas vivre » (Grotstein, 1981b, p. 556 [traduction de son travail anglophone non traduit que je propose ici]). De la même façon, je remplissais, conjointement aux séances d'hémodialyse, une fonction palliative quant au défaut de mentalisation de ces patients (Grotstein, 2009, p. 64). Je tentais à la fois d'être une mère suffisament bonne, quand mon corps pouvait prendre le relais d'éprouvés sensoriels et psychiques à m'en rendre leur gestateur de leurs éléments bêta, telle la relation fœtus-gestatrice lors de la grossesse, ici grossesse-hémodialyse et grossesse-psychothérapeutique.

D. Ribas rappelait quant à lui l'exemple d'un réanimateur qui avait comparé sur son divan ses trois séances d'analyse par semaine à celles de dialyse (2009a, p. 1002), pour ensuite interroger les toxines, regroupant les éléments bêta, les agonies psychiques et le désinvestissement en se demandant ce qu'en fait le clinicien, comment il les lie psychiquement (2006, p. 1117). Interrogeons nous ici aussi de ce qu'en font les soignants réguliers de ces patients, ainsi que leur environnement proche. Dans la même veine, J. S. Grotstein a rappelé (2007) « the component functions of the container », avec l'héritage de W. R. Bion, rappelant notamment les rôles d'absorptions, de détoxifiants, de filtre de la fonction maternelle.

Dans ce contexte effroyable de l'hémodialyse, la question de la mort réelle, autre ombilic, est poison et remède. J. S. Grostein (1981b, p. 556 ; 2007, p. 45, p. 157, p. 298 ; 2009, p. 284) a proposé la dialyse rénale comme étant un modèle de référence en lien au travail de W. R. Bion. Il a notamment pu écrire (2007, p. 157) que « L'analogie avec la dialyse est frappante. »

2. Enjeux et rôles économique et opératoire des plaintes corporelles issues de *poches d'intoxication* : quelles angoisses de cadavérisation somato-psychiques ?

La sémiologie de ces écoutes hypocondriaques étaient très différentes tout comme celles de leurs plaintes : ces plaintes corporelles pouvaient être de natures hypocondriaques, hystériques, dépressives, mélancoliques, voire fantasmatiquement hallucinées (acouphènes). L'âge et notamment le vieillissement ont également été facteurs de plaintes corporelles, d'un corps qui se dégrade lié au vieillissement, lequel est accéléré par la maladie somatique chronique et ses thérapeutiques réellement et fantasmatiquement. Cela rappelait la cadavérisation du corps… Et l'angoisse d'une cadavérisation de la psyché.

J'ai pu évoquer les plaintes corporelles comme étant, par les différents patients relatés ici, énumérées, litaniques, masques, rendant compte de déplacements, d'avidité, de décharges. Elles permettaient que s'écoule, se déverse, un flot pulsionnel selon les mécanismes à l'œuvre de lâchage, selon l'attente avide de ces différents sujets, attendant d'être contenus, qu'un autre sujet aspire, contienne en lui pour eux ce flot pulsionnel. Ces plaintes corporelles permettaient aux sujets de ne pas se plaindre psychiquement. Elles les en préservaient tout en devenant un subterfuge à cela. Ces rôles économique et opératoire des plaintes corporelles en étaient leurs principaux enjeux. Elles permettaient au sujet de ne pas penser à ses souffrances psychiques, affectives, inconscientes, lesquelles pouvaient bien être pour eux, psychiquement, bien pire que leur machine d'hémodialyse.

De par les refoulements, dénégation, déni, désaveu, rejet et enkystement, à l'œuvre avec la maladie somatique chronique génétique et héréditaire, les plaintes corporelles avaient pour rôle de tenter de vider des *poches d'intoxication*, celles dont parlait R. Kaës (2007, p. 200),

poches du non-signifiable, du non-transformable, celles « qui maintiennent le sujet étranger à sa propre histoire ». Pleines d'un ça qui pulse, de la pulsion crue à vif, ces *poches d'intoxication* s'écoulaient voire éclataient par les plaintes corporelles d'un sujet qui ne sait plus qui les portent en lui, hyper-intoxiqué qu'il est de ses vécus sensoriels et psychiques. Le ça déchargeait à fond, en lien aux processus primaires.

Nous rejoignons ici ce que nous tentons de questionner, à savoir ces « poches d'autisme », ces « enclaves autistiques » (Tustin, 1972 ; 1986), ce qui a été encapsulé (Grotstein, 1990), rappelant que « l'hypocondrie serait un phénomène encapsulé dans lequel le patient fait l'expérience d'une partie à peine délimitée de terreur absolue et croit toujours que la terreur d'organe va éclater hors de ses limites pour proliférer sans fin, comme dans une fission nucléaire. » (Brusset, 2002, p. 102-103).

Ces plaintes corporelles faisaient filtre afin de ne pas éclater sans fin, tout en éclatant sans fin, dans ce contexte de dépendance absolue de terreur et de passivation. Ces poches, ces enclaves sont issues d'un environnement autrefois empiétant et/ou empiétant dans l'actuel, ici répétitivement, tel que cela était le cas en hémodialyse. Par la plainte corporelle, par la psychothérapie, elles ont effectivement été mises en rêve, éveillées, réveillées, rêve(il)ler selon ma proposition, pour tenter, d'être décorporéisées, pour être désépaissies, aux fins d'être plus assimilables et donc plus introjectables voire introjectées. Les plaintes corporelles apparaissaient parfois bien cruelles dans la forme où elles étaient témoignées, parfois auto-. Elles ont fait ainsi figures monstrueuses, de morsures, de dents de vampires qui se nourrissaient du vivant, dents qui limitent un illimité qui pourrait engloutir le sujet qui les expriment, quand l'engloutissement est mort sans fin.

En lien au masochisme érogène, les plaintes corporelles sont les conséquences de transferts par retournement, d'identifications projectives. Elles ont une fonction auto-conservatrice et rappelle le jumeau paraphrénique tel que l'a évoqué M. De M'Uzan. Ces plaintes corporelles rendaient compte économiquement du besoin de décharge de traumatismes, notamment cumulatifs, de deuils infinis, de mythes transgénérationnels et de fantasmes de scènes primitives, lesquels étaient difficilement assimilables économiquement, restant potentiellement en voies d'introjection. Leurs expressions, si diverses soient-elles sur le plan nosologique, permettaient, en séances conjointes d'hémodialyse et de psychothérapie, une dialyse psychique, une in-fusion/trans-fusion/co(n)-fusion sur/avec le corps et la pensée du psychologue de ces plaintes corporelles aux allures de fluides psychiques à vider, parfois brutalement, voire à vidanger, avec l'idée ici d'une transformation par la voie processuelle de

l'introjection. En ces conditions, le psychologue devient porte-corps, porte-cadavre, objet d'arrière-plan cadavre, à ré-animer aux fins de sur-vivre.

3. La réserve de l'incréable

« C'est l'incréable parce que cette réserve est la propriété d'un autre, ou d'une autre qui ne détient ce pouvoir à son tour que par les facultés créatrices de tiers, eux-mêmes créés *ad infinitum* » (1982a, p. 313-314).

A. Green évoque la réserve de l'incréable, en rappelant que l'« « Incréé » désigne ce qui existe sans avoir été créé » car « Si tout ce qui existe, est créé, il faut qu'un créateur soit sans avoir été lui-même créé » (p. 313). Il ajoute : « Dieu peut-il être absent du fantasme de tout créateur, tout artiste se voulant le père de ses œuvres et le fils de personne ? Voilà une variante du roman familial qui porte la marque de la négation de la scène primitive dont tout existant humain est né. » (Ibid.)

Pour lui, « L'œuvre est le résultat d'un transfert d'existence », quand la créativité « passe avant tout, jusques et y compris, ce qui dans son appareil psychique reste soumis aux pulsions d'autoconservation » (p. 314). Il interroge avec Freud la création dans son rapport à la procréation (p. 315), quand « aux sources de l'origine, l'originaire donne naissance à l'original », notamment avec la recherche d'une rupture au sein de la filiation jusqu'au rêve « d'être un mutant » (p. 317). A. Green évoque le mythe de Sisyphe avec « l'élaboration ou la perlaboration d'un éternel retour sur les traces de l'objet perdu » :

> « Plus précisément les retrouvailles avec l'objet primaire, se font à partir des traces – inscrites dans la psyché – de leurs rapports originaires. Ainsi l'extrême nouveauté, ce qu'en biologie on appelle l'émergence, s'effectue par un retour aussi complet que possible, et grâce à la répétition, vers l'originaire ou le fantasme des origines » (Ibid.).

Au sein de ce permanent travail constructeur/destructeur, des retrouvailles « avec la vraie vie » sont tentées, résurrections du Temps retrouvé en lien à M. Proust, un Temps pur. De cette façon, il (ré)apparaît le « bonheur d'exister par *le resurgissement indépendant de toute volonté, soudain et imprévisible, d'impressions sensorielles nées de quelque expérience contingente*[83], apte à les vérifier un court instant mais pas plus, faute de quoi la conscience défaillerait » (p. 319). Ces impressions sensorielles sont en lien au travail de l'hypocondrie. Cet incréable est « le noyau maternel, le noyau de la relation au corps de la mère » : « non le corps, mais l'affect, c'est-à-dire la trace du rapport au corps de la mère » (p. 321).

Dirions-nous qu'il s'agit là d'un rapport hypocondriaque ?

Au sein de ce travail de création, la vitalité est consumée, « « la chair s'exténue » » (il cite M. Proust), il y a « retournement de la fin au début » (ibid.).

[83] Je souligne ici.

L’innommable et le non figurable de la mort auraient-il des ressemblances à un début, celui de notre constitution somato-psychique ? Serait-ce ce qui tente de se penser avec le travail de l’hypocondrie ?

> « C’est le mouvement auto-érotique de cette relation au corps de la mère qui perdure comme un noyau protégé, dynamiquement actif et inabordable », « lorsque la créativité s’approche trop de ce noyau, trace des investissements affectifs au corps de la mère, ce « centre » devient silencieux. Il se tait (…) « ça ne chante plus. » » (p. 322).

Quelles dialyses somatiques et psychiques *ad infinitum* de plaintes corporelles, d’hypocondrie, et de tant d’autres choses entre le sujet et l’objet ? Quel innommable, quel non figurable sont tentés par les sujets hémodialysés au travers de leurs plaintes corporelles et leur hypocondrie de la plus ordinaire à leur hypocondrie la plus pathologique ? Quels négatifs tentent de se dialyser pour ne pas se psychiser et/ou pour se psychiser peut être, ne serait-ce que de façons infimes en lien à cette réserve de l’incréable ?

Le couple créateur-créature dont parle A. Green, se rend bien compte en cette fin de travail de thèse, au sein duquel tant de couples se sont déposés.

D) Synthèse quant à la problématique et aux hypothèses

Par ce travail, nous nous sommes interrogés quant aux *divers processus psychiques chez les sujets en insuffisance rénale chronique terminale d'origine héréditaire traités par hémodialyse en regard de l'hypocondrie considérée dans sa processualité*.

Le sujet, par son insuffisance rénale, est conduit à un travail de deuil de sa santé, de la perte de la fonctionnalité de ses deux organes, ses reins. Le travail de l'hypocondrie permet de faire le deuil de soi-même en passant par des angoisses archaïques concernant le cadavre.

Le sujet est traversé, éprouvé, acculé par des deuils infinis et des figures de cruauté, allant des traumatismes cumulatifs à la sur-vivance, questionnant le vampirisme et le cannibalisme, ainsi que l'identification au cadavre et l'introjection du cadavre.

Les scènes primitives issues de ces différents cas cliniques ont mis en exergue différents mythes transgénérationnels, d'autant plus ici de par la maladie d'origine génétique et héréditaire. Le transfert renvoie à la relation archaïque où vampirisme et cannibalisme rappellent la contamination transgénérationnelle. La tentative de mise en sens de l'innommable a pour réponse la scène primitive, lorsque la mort représente une exclusion définitive, hors de tout espace-temps, hors de tout corps.

Le travail de l'hypocondrie chez l'insuffisant rénal hémodialysé nous a conduit à nous interroger quant à la recherche d'un corps pour rêver, quand les plaintes exprimées sont une *voie royale*, signant une recherche de dialyse psychique, ici avec un psychologue porte-corps, porte-cadavre, voire objet d'arrière-plan cadavre. Les plaintes corporelles tentent d'exprimer les plaintes de recherches d'affects afin de ressentir encore et en corps, jusque dans le corps d'un ou plusieurs autres.

Ainsi, le silence des organes est et n'est pas la santé, tant au sein de la subjectivité du sujet lui-même qu'au sein de son environnement, l'ensemble de son corps familial, ses soignants, incluant le psychologue, jusque chez ses morts.

VI. Conclusion et perspectives : **Du travail de l'hypocondrie au travail de rêve**

« La création (…) met en œuvre, en les mettant dans une œuvre, tantôt les motions pulsionnelles, les émois, les sensations demeurées inélaborées en lui parce que le sujet était trop jeune ou trop perturbé quand elles se sont produites (c'est-à-dire qu'il n'était pas en état d'être un sujet), tantôt les gestes, les mots, les sensations qui ont affecté autrefois quelqu'un d'autre, aujourd'hui mort ou éloigné, pour qui il a été important ou qui compte toujours pour lui, et qu'il a enterré vivant, dans cette crypte psychique secrète où quelque chose de ce que le disparu est supposé avoir ressenti dans certaines circonstances continue d'être présent au sujet, et actif à son insu, à la manière d'un membre "fantôme". » (Anzieu, 1980, p. 123)



"La copulation", Vue en coupe schématique d'un coït vaginal selon L. de Vinci (1492)

Le rêve et la rêverie maternelle, véritables préoccupations maternelles primaires hypocondriaques, permettent la sur-vie somatique et psychique d'un Moi-Organes, *en jeu au sein des rythmes notamment cardiaques et de digestion (rythmes péristaltiques), des sensations de vid(ang)e, de remplissage et de plein, et des pulsions*, d'un Moi-Muscles, *en jeu en ce qui concerne l'action, le tonus et la fonction contenante*, d'un Moi-Os, *espace vibratoire et cristallin du corps*. Bien évidemment, il y a aussi le Moi-Peau. Cependant, il ne faudrait pas uniquement se cantonner, se limiter à la limite, elle n'est "que" limite. Il y a bien de la vie à l'intérieur et à l'extérieur de cette membrane, sous d'autres membranes, celles d'organes et de tubulures physiologiques, mais pas seulement.

Bien qu'il n'en soit pas fait mention par S. Freud, le terme corps à deux acceptations en allemand. *Leib*, renvoie davantage à la chair, à l'interne et l'organique, et *Körper*, qui renvoie au corps comme objet visible, spéculaire (Le Poulichet, 2002, p. 50). La psychopathologie de l'expérience du corps interroge l'intérieur et l'extérieur du corps dans ses éprouvés sensoriels, corporels et/ou psychiques, visibles et invisibles, conscient et inconscients.

Tout ceci constitue de véritables « trésor de traces mnésiques » (Freud, 1905, p. 110) notamment dans leurs succédanées.

Ce travail de rêve des plaintes, du corps et de l'hypocondrie permet une resexualisation des images crues du corps malade somatiquement, chroniquement voire génétiquement et héréditairement. Il leur (re)donne de la chair, une chair psychique. Ainsi ce travail psychique à différents niveaux favorise une ré-animation, une ré-humanisation, et une ré-objectalisation du sujet par ce retour à un travail de mentalisation, jusqu'à l'auto-scopie du soi-cadavre, **il re-substantifique le sujet.**

Alors, l'angoisse cruelle du sujet quant à son corps malade, se dépeçant, se cadavérisant, perçu comme étrange et étranger, peut re-chercher le désir, celui de son corps, du corps de l'autre, des désirs de plaisirs-déplaisirs, de tendresse et de cruauté, par recherches, curiosités et connaissances. Ainsi, la fascination mortifère quant aux représentations de l'intérieur du corps, sous forme de planches d'anatomie, de radiographies ou d'IRM, représentations d'objets partiels comme dans un cartoon de Tex Avery, se mute en images de désir du corps sexuel, par désir d'être pénétré par l'autre (extérieur d'un corps > intérieur d'un corps) ou de pénétrer l'autre (intérieur d'un corps < extérieur d'un corps), aux fins de se re-libidinaliser soi-même, de re-libidinaliser l'autre, de se re-produire en corps, de continuer à prendre le risque de vie d'être confronté à ce qui empoisonne et guérit tant psychiquement que somatiquement, par des liquides et de la chair, *toujours humains, si désanimés, déshumanisés, désobjectalisés soient-ils*.

Le sujet en hémodialyse a fantasmatiquement trouvé une rêverie maternelle machinique qui précisément lui manquait affectivement. Lorsque le sujet pendant ses séances d'hémodialyse rencontre un psychologue, il existe alors un double processus, celui d'une désintoxication somatique et psychique, par holding et gestation psychiques, au plus proche de cette réserve de l'incréable dont parle A. Green. Quand ce qui soigne rend malade, somatiquement et psychiquement, comme c'est le cas avec l'hémodialyse, avec l'hypocondrie, il peut être éprouvant, et donc impossible, de continuer à penser, à rêver. L'hypocondrie peut alors prendre ce relais. Elle rappelle le risque de la cadavérisation somatique et psychique, la crainte d'un retour dans le giron maternel équivalent à l'inanimé, à la mort, à la fonction pourtant calmante et auto-érotique, réserve de l'incréable.

Ces épreuves vécues subjectivement par le sujet malade dans sa chair, jusqu'en son corps familial, telles que ces recours à des techniques médicales lourdes palliatives, sont poisons et ambroisies, *ombilics de vie et de mort, pharmakon*, permettant la vie encore et en corps malgré de mortelles perspectives.

Difficile au sujet alors de ne pas être psychiquement broyé par ces expériences, fasciné, happé de par une mort qui pourrait surgir. Je pense à la citation de F. Rückert (1826) reprise par S. Freud à la fin d'*Au-delà du principe de plaisir* (p. 338) : « Ce qu'on ne peut atteindre en volant, il faut l'atteindre en boitant. Boiter, dit l'Écriture, n'est pas un péché. » Le travail psychique permis par le rêve ne permet-il pas à celui qui boite de voler, au moins psychiquement ? Le rêve est sommeil, le sommeil est mort, la jouissance est petite mort…

J'associe à Hamlet de W. Shakespeare (Acte III, Scène I) :

> « (…) Être, ou ne pas être, telle est la question.
> Est-il plus de noble pour l'esprit de souffrir
> Les coups et les flèches d'une injurieuse fortune,
> Ou de prendre les armes contre une mer de tourments,
> Et, en les affrontant, y mettre fin ? Mourir, dormir,
> Rien de plus, et par un sommeil dire : nous mettons fin
> Aux souffrances du cœur et aux mille chocs naturels
> Dont hérite la chair ; c'est une dissolution
> Ardemment désirable. **Mourir, dormir,**
> **Dormir, rêver peut-être, ah ! c'est là l'écueil.**
> **Car dans ce sommeil de la mort les rêves qui peuvent surgir,**
> **Quand nous aurons quitté le tourbillon de vivre,**
> **Arrêtent notre élan.** C'est là la pensée
> Qui donne au malheur une si longue vie.
> Car qui voudrait supporter les fouets et la morgue du temps (…) ? »

Le travail psychique du rêve permet-il de projeter une activité onirique après la mort somatique, fusse-t-elle encéphalique, telle que cela est nécessaire pour prélever des organes ? Nous pourrions ici rappeler ces rêves de tunnels, de lumière blanche que content souvent des sujets en état de mort imminente, tels que me l'ont relaté certains patients hémodialysés qui ont psychiquement vécu ces moments comme décorporéisés, d'une psyché quittant son corps. Et alors, le rein d'un donneur cadavérique, ou donneur vivant, est-il/rend-il hypocondriaque son receveur ? Quels rêves hypocondriaques vont se dialyser psychiquement chez le transplanté rénal quant à son donneur, lequel est devenu partiellement son filtre, de sang, d'urine, et de tant d'autres fluides corporels, mais surtout, de son activité psychique consciente et inconsciente ?...

Comme avec Tristan et Yseult, ces philtres liquides et solides sont philtres d'amour, remèdes et poison, *pharmakon*, telle la scène primitive. La vie et l'amour sont des dons, quand le don en allemand (*Gift*) est autant un cadeau qu'un poison, nous rappelle M. Mauss.

P. Fédida rappelait : « C'est pourquoi la réanimation de la vie psychique au travers du processus transférentiel vient de l'intérieur : le rêve et le fantasme sont ces modalités de réanimation de l'intérieur » (2001, p. 30). Nous pourrions préciser ici qu'avec les

plaintes corporelles et le travail de l'hypocondrie, il y a une tentative de réanimation d'un intérieur par une auto-scopie, une auto-perception tant somatique que psychique, ce qu'hémodialyse et psychothérapie ont dans ce travail de recherche tenté d'illustrer.



Tristan, Yseult et le philtre,
par Waterhouse (1916).

Bibliographie générale

1. Abraham, K. (1924). Esquisse du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux. *Œuvres Complètes*, tome II. Paris : Payot et Rivages.
2. Abraham, N. Torok, M. (1968). Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis. *Revue française de psychanalyse*. 4.
3. Abraham, N. Torok, M. (1972). Deuil ou mélancolie. *L'écorce et le noyau*. Paris : Flammarion.
4. Abraham, N., Torok, M. (1975). L'objet perdu-moi. Notations sur l'identification endocryptique. *Revue française de psychanalyse*. 39(3).
5. Abram, H.S. (1968). The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life. *American Journal of Psychiatry*. 124(10).
6. Abram, H.S. (1969a). The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life: II. *American Journal of Psychiatry*. 126(2).
7. Abram, H.S. (1969b). Psychotherapy in renal failure. In Masserman, J. H. (dir.) *Current Psychiatric Therapies.* IX. New York: Masserman, Grune & Stratton.
8. Abram, H.S. (1970). Survival by machine: Psychological aspects of chronic hemodialysis. *Psychiatry Med.* 1.
9. Abram, H.S. (1974). Psychiatric reflections on adaptation to repetitive dialysis. *Kidney International*. 6(2).
10. Abram, H.S., Mooi, G.L. et Westervelt, F.B. (1968). Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *American Journal of Psychiatry*. 127.
11. Aisenstein, M., Fine, A. et Pragier, G. (1995). *L'hypocondrie*. Monographie de la Revue Française de Psychanalyse. Section Clinique. Paris : PUF.
12. Aisenstein, M. et Gibeault, A. (1990). Le travail de l'hypocondrie. *Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie*. 21.
13. Aisenstein, M. et Gibeault, A. (1991). The work of hypochondria (A contribution to the study of the specificity of hypochondria, in particular in relation to hysterical conversion and organic disease). *The International Journal of Psycho-Analysis*. 72(4).
14. Allilaire, J.-F. (2002). Aspects psychologiques de la dialyse et de la transplantation rénale. In Cupa, D. (sous la dir.) *Psychologie en néphrologie*. Paris : EDK.
15. André, J. (1993). D'un inutile amour trop constante victime. *Nouvelle revue de psychanalyse*. 47.
16. André, J. (2011). *Les 100 mots de la sexualité*. Paris : PUF. Coll. Que sais-je ?
17. André, J. (2013). *La sexualité masculine*. Paris : PUF. Coll. Que sais-je ?

18. Andrieu, B. (2009a). *Devenir hybride*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
19. Andrieu, B. (2009b). La perfectibilité hybride, vers une autosanté inhumaine ou citoyenne ? *Champ psy.* 3(55).
20. Anzieu, D. (1972). La fantasmatique orale dans le groupe. *Nouvelle revue de psychanalyse*. 6.
21. Anzieu, D. (1976). L'enveloppe sonore du soi. *Nouvelle Revue de Psychanalyse.* 13.
22. Anzieu, D. (1980). Les antinomies du narcissisme dans la création littéraire. In Guillaumin, J. (dir) *Corps création, entre lettres et psychanalyse*. Lyon : PUL.
23. Anzieu, D. (1982). Sur la confusion primaire de l'animé et de l'inanimé, un cas de triple méprise. In *Psychanalyse des limites*. Paris : Dunod.
24. Anzieu, D. (1984). La peau de l'autre, marque du destin. In *Psychanalyse des limites*. Paris : Dunod.
25. Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.
26. Anzieu, D. (1985b). Le corps de la pulsion. In *Psychanalyse des limites*. Paris : Dunod.
27. Anzieu, D. et coll. (1985c). *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod.
28. Anzieu, D. (1993). *Une approche psychanalytique du penser*. Journal de la psychanalyse de l'enfant. 14.
29. Anzieu, D. (1994). *Le penser. Du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris : Dunod.
30. Association Trans-Forme. (2009). Mieux vivre avec une maladie rénale chronique. *Néphrologie et thérapeutique*. 5(2).
31. Assouly-Piquet, C. (1989). La trace : transmission, répétition et médiation. In Revault d'Allones, C. (sous la dir.) *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris : Dunod.
32. Aubert, A. E. et Scelles, R. (2007). *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes*. Toulouse : Érès.
33. Aulagnier, P. (1991). *La filiation persécutive. Un interprète en quête de sens.* Paris : Payot.
34. Bachelard, G. (1938). *Psychanalyse du feu*. Paris : Gallimard.
35. Balint, M. (1957). Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot.
36. Baudin, M. (2005). La position hypocondriaque entre mélancolie, hystérie et névrose obsessionnelle. *Champ Psychosomatique*. 3(39).
37. Baudin, M. (2007). Fantasias. Défis éthiques, paris et enjeux fantas(ma)tiques de l'implantation d'un cœur artificiel avant greffe cardiaque. *Cliniques méditerranéennes*. 2(76).

38. Becker, D. Carras, N. Corbière, M. Delons, S. Pansart, M.C. (1985). Adaptation et devenir des adolescents traités par hémodialyse périodique. *Revue de Médecine Psychosomatique*. 26(3).
39. Bénony, H. Chahraoui, K. (1999) *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
40. Bergeret, J. (2006). *Anthropologie du fœtus*. Paris : Dunod.
41. Bertrand, M. (1996). *Pour une clinique de la douleur psychique*. Paris : L'Harmattan.
42. Bertrand, M. (2001). La compulsion du destin. *Revue française de psychanalyse*. 65(3).
43. Bettelheim, B. (1969). *La forteresse vide*. Paris : Gallimard.
44. Bettelheim, B. (1976). *Psychanalyse des contes de fées*. Paris : Robert Laffont.
45. Bianchi, H. (1980). Travail du vieillir et "travail du trépas". *Psychanalyse à l'université,* 5(20).
46. Bick, E. (1968). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. *Les écrits de Martha Harris et Esther Bick.* Larmor-Plage : Éditions du Hublot.
47. Bick, E. (1986) « Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objet précoces » *In* Briggs, A. (2002) *Un espace pour survivre. L'observation du nourrisson selon Esther Bick – Articles cliniques et derniers développements.* Larmor-Plage : Éditions du Hublot. (Éd. Française : 2006)
48. Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.
49. Bokanowski, T. (2004) Souffrance, destructivité, processus. *Revue française de psychanalyse*. 68(5).
50. Botella, C. et S. (1983). Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation. *Revue Française de Psychanalyse*. Paris : Puf.
51. Botella, C. et S. (2001). *La figurabilité psychique*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.
52. Braunschweig, D. et Fain, M. (1975). *La nuit, le jour*. Paris : Puf.
53. Brette, F. (1988). Le traumatisme et ses théories. *Revue française de psychanalyse*. 52(6).
54. Brette, F. (2002). Traumatisme. In *Dict. Int. de Psychanalyse*. T. II. Paris : Calmann-Lévy.
55. Brette, F. Emmanuelli, M. Pragier, G. (2005). Le traumatisme psychique : organisation et désorganisation. Paris : PUF.
56. Brusset, B. (1995). Psychopathologie de l'expérience du corps : l'hypocondrie. *Revue Internationale de Psychopathologie*. 20.
57. Brusset, B. (1998). *L'hypocondrie*. Paris : Puf. Coll. Que sais-je ?
58. Brusset, B. (2002). L'hypocondrie : thématique ou organisation spécifique ? *Revue française de psychosomatique.* 2(22).
59. Brusset, B. (2013). *Au-delà de la névrose. Vers une troisième topique*. Paris : Dunod.

60. Burloux, G. (1980). La filiation et le temps, le "chrone". In Guyotat, J. (1980). *Mort/naissance et filiation. Études de psychopathologie sur le lien de filiation.* Paris : Masson.
61. Burton, H. J., Kline, S. A., Lindsay, R. M., Heidenheim, A. P. (1986). The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosomatic Medicine*. 48(3).
62. Bury, M. (1982). Chronic Illness as a biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*. 4(2).
63. Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness: a review of research prospects. *Sociology of Health and Illness*. 13(4).
64. Cahn, R. (1991). Du sujet. *Revue française de psychanalyse*. 55(6).
65. Camus, A. (1942). *Le mythe de Sisyphe.*
66. Canguilhem, G. (1951). L'expérimentation en biologie animale. *La connaissance de la vie*. Paris : éd Vrin.
67. Canguilhem, G. (1962). La monstruosité et le monstrueux. *La connaissance de la vie*. Paris : éd Vrin.
68. Cardenas, D. D. et Kutner, N. G. (1982). The problem of fatigue in dialysis patients. *Nephron*. 30(4).
69. Castarède, M.-F. (2007). L'écoute créative. *Revue française de psychanalyse*. (3)71.
70. Causeret, C. (2006). Relations corps-machine chez des patients hémodialysés. *Champ psychosomatique*. 4(44).
71. Célérier, M.-C. (1989). *Corps et fantasmes. Pathologie du somatique*. Paris : Dunod.
72. Célérier, M.-C. (1997). Psychothérapie des troubles somatiques. Paris : Dunod.
73. Chabert, C. (2012). Œdipe aux frontières. *Le Carnet Psy*. 3(161).
74. Chagnon, J.-Y. (2008). *De la clinique du normal à la clinique de l'extrême : rupture ou continuité ?* (Habilitation à Diriger des Recherches inédite). Université Paris Descartes, Institut de Psychologie, Paris, France.
75. Chaudoye, G. et Cupa, D. (2012) *Figures de la cruauté*. Paris, EDK.
76. Chouvier, B. « L'entre-deux : entre clinique et théorie » *In* (2005) *L'entre-deux*. Les Cahiers du C.R.P.P.C. N°11 (Réédition). Novembre 2005.
77. Ciccone, A. Guillaumin, J. Sage, (2002). Le nourrisson, la dialectique psyché-soma. *Psychomotricité.* Paris : Masson.
78. Coblence, F. (2010). « La vie d'âme » Psyché est corporelle, n'en sait rien. *Revue française de psychanalyse*. 5(74).

79. Consoli, S. M. (2002). La réactualisation des conflits d'adolescence chez le patient dialysé et le patient greffé. In Cupa, D. (Sous la dir.) *Psychologie en néphrologie*. Paris : EDK.
80. Consoli, S. M. (1990). Troubles psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques. *La revue du praticien*. 40(7).
81. Cooper, A. J. (1967). Hypomanic psychosis precipitated by hemodialysis. *Compr. Psychiatry*. 8(3).
82. Cor, J., Becker, D. et Delons, S. (1972). Tentative d'approche du vécu du dialysé chronique. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 73(21).
83. Corcos, M. (2010). La terreur d'exister. Fonctionnements limites et psychoses à l'adolescence. In Chabert, C. (Sous la dir.) *Traité de psychopathologie de l'adulte*. *Les psychoses*. Paris : Dunod.
84. Cornillot, P. Lebovici, S. (1995). Préface. In Bourguignon, O. et Bydlowski, M. *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques.* Paris : PUF. Coll. Le fil rouge.
85. Coudert, C. (2006). D'un corps « à vif » au silicium d'un corps « machine ». *Champ psychosomatique*. 44.
86. Cournut, J. (1997). La question des angoisses. In Cournut, J. Israël, P. Jeanneau, A. Schaeffer, J. (sous la dir. de) *Le mal-être (Angoisse et violence). Débats de psychanalyse*. Paris : PUF.
87. Cukor, D. et coll. (2007). Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin. j. am. soc. nephrol.* 2(3).
88. Cupa, D. (Pérard, D.) (1981). *L'hémodialysé chronique et l'expérience des limites. Étude de psychopathologie psychanalytique*. (Thèse de doctorat inédite). Université Paris X Nanterre.
89. Cupa, D. (Cupa-Pérard, D.) (1985*a*). Rein artificiel. *Scalène*. 3.
90. Cupa, D. (Cupa-Pérard, D.) (1985*b*). La grand-mère machine vampire de Marie-Sophie. *Perspectives psychiatriques*. 104.
91. Cupa, D. (Cupa-Pérard, D.) (1988). Création d'un espace ''psychanalytique'' par une équipe d'hémodialyse à domicile. In *Psychanalystes en terre médicale, Revue de médecine psychosomatique*. 29(14).
92. Cupa, D. (Cupa-Pérard, D.) (1992). La psychologie du dialysé : entre contraintes et liberté. *Soins*. 565.
93. Cupa, D. (1993). La cruauté dans l'effraction. *Revue de médecine psychosomatique*. 36.
94. Cupa, D. (1995). Fantasmes et relations vampiriques. *Champ psychosomatique*. 1.

95. Cupa, D. (2001). Fantasme d'une petite fille dont le père est dialysé. *Techniques médicales et fantasmes.* Paris : Textes du 4e colloque Pédiatrie et Psychanalyse.
96. Cupa, D. (2002a). *Psychologie en néphrologie*. Paris : EDK.
97. Cupa, D. (2002b). La pulsion de cruauté. *Revue française de psychanalyse*. 4(66).
98. Cupa, D. (2002c). Pour une écoute plurielle. In Cupa, D. (sous la dir.) *Psychologie en néphrologie*. Paris : EDK.
99. Cupa, D. (2002d). Impact de l'insuffisance rénale terminale d'un père sur son enfant. In Cupa, D. (sous la dir.) *Psychologie en néphrologie*. Paris : EDK.
100. Cupa, D. (2004). La cruauté du surmoi féminin. *In* De Mijolla-Mellor, S. (sous la dir.) *La cruauté au féminin*. Paris : PUF.
101. Cupa, D. (2004b). Le complexe de grossesse du père. *In* Missonnier, S., Golse, B., Soulé, M. (sous la dir.) *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris : Puf. Monographies de la psychiatre de l'enfant.
102. Cupa, D. (2006a). Mourir. *Revue française de psychosomatique*. 30(2).
103. Cupa, D. (2006b). Douleurs en dialyse. In Perron, R. (sous la dir.) *Psychanalystes, qui êtes-vous ?* Paris : Dunod.
104. Cupa, D. (2006c). Tendresse au Négatif, *Champ psy*. 1(41).
105. Cupa, D. (2006d). Cruauté de mort et survivance. *Psychanalyse de la destructivité*. Paris : EDK.
106. Cupa, D. (2007a). *Tendresse et cruauté.* Paris : Dunod.
107. Cupa, D. (2007b). Tendresse et cruauté. L'univers des pulsions selon la psychanalyse. *In Le journal des psychologues*. 252.
108. Cupa, D. (2008). Greffes et chimères. *Avancées de la psychanalyse*. Paris : PUF.
109. Cupa, D. (2009). Le silence des organes n'est pas la santé... *Revue française de psychosomatique*. 36.
110. Cupa, D. (2009b). L'objet de la tendresse et la mort. In Pommier, F. *Figures ordinaires de l'extrême*. Rouen : PURH.
111. Cupa, D. (2012). *Psychologie en néphrologie*. Paris : EDK.
112. Cupa, D., Dazord, A., Juquel, J.-P., Gourdon, M.-L., Riazuelo, H., Dupuy, C.A., Raymond, P., Damigos, D. et Buisson, C. (2002). La qualité de vie subjective des patients en hémodialyse en centre, en autodialyse, en dialyse péritonéale et à domicile. In Cupa, D. (sous la dir.) *Psychologie en néphrologie*. Paris, EDK.
113. Cupa, D., Gourdon, M-L., Riazuelo, H. et Causeret, C. (2008). Psychanalyse en néphrologie. *Le Carnet Psy.* 5(127).

114. Cupa, D. et Lébovici, S. (1997). *En famille, à l'hôpital. Le nourrisson et son environnement*. Grenoble : La pensée sauvage.
115. Cupa, D., Riazuelo, H., Causeret, C., Gourdon, M.-L. et Pirlot, G. (2009). Patients dialysés et processus de vieillissement psychique. *Néphrologie et thérapeutique.* 5(2).
116. Czaczkes, J.W. et Kaplan De-Nour, A. (1978). *Chronic Hemodialysis as a Way of Life*. New York : Brunner/Mazel.
117. Daubech, J.-F. (1993). Glossodynie. *Nouvelle revue de psychanalyse*. 47.
118. De M'Uzan, M. (1976). Le travail du trépas. *De l'art à la mort.* Paris : Gallimard.
119. De M'Uzan, M. (1977). *De l'art à la mort.* Paris : Gallimard.
120. De M'Uzan, M. (2005). *Aux confins de l'identité*. Paris : Gallimard.
121. De Nour, A. K. (1979). Adolescents' adjustment to chronic hemodialysis. *Am. j. psychiatry*. 136(4).
122. De Nour, A.K., Shaltier, J. et Czaczkes, J.W. (1968). Emotional reactions of patients on chronic hemodialysis. *Psychosom. med*. 30.
123. Debray, R. (1998). Autour du nourrisson. *In* Cyssau, C. *L'entretien en clinique*. Paris : In Press.
124. Debray, R. (2003). Réflexions actuelles à propos d'un cas de diabète insulino-dépendant apparu à quatre ans. *Revue française de psychosomatique*. 1(23).
125. Debray, R. (2006). Être malade pour arrêter le temps In Chouvier, B. Roussillon, R. *La temporalité psychique. Psychanalyse, mémoire et pathologies du temps.* Paris : Dunod.
126. Debray, R. (2009). La disponibilité tranquille de l'investigateur. *Revue française de psychosomatique*. 1(35).
127. Dejours, C. (2002). Le corps, comme « exigence de travail » pour la pensée. Debray, R., Dejours, C. et Fédida, P. *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Paris : Dunod.
128. Delaporte, C. (2001). *Dire la vérité au malade.* Paris : Odile Jacob.
129. De Massougnes, M. (1987). *Etude des aspects psychologiques de la dialyse péritonéale continue ambulatoire (D.P.C.A.).* Thèse : Besançon.
130. Delion, P. (2007). L'intérêt de Tex Avery et de quelques autres dans la psychopathologie de l'image du corps. In *Corps, psychose et institution*. Toulouse : Érès.
131. Del Volgo, M.-J. (1997). *L'instant de dire : le mythe individuel du malade dans la médecine moderne.* Toulouse : Érès.
132. Denis, P. (2002). Inquiète paternité. *Revue française de psychanalyse*. 1(66).
133. Desseix, A., Merville, P. et Couzi, L. (2010). Analyse des représentations de l'hémodialyse et de la transplantation chez les patients insuffisants rénaux chroniques : une approche anthropologique. *Néphrologie et thérapeutique*. 6.

134. Dieulafoy, G. (1885). De la folie brightique. *Société médicale des Hôpitaux*. Séance du 10 juillet 1885.
135. Dieulafoy, G. (1886). Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie. *Société médicale des Hôpitaux*, Séance du 11 juin et 22 octobre 1886.
136. Dorey, R. (1988). Cette pointe extrême de la jouissance… Propos sur la cruauté. *Écrit du temps*. 19.
137. Douville, O. (2006) Les méthodes cliniques en psychologie. Paris : Dunod.
138. Douville, O. (2010). Du rituel et de l'adolescence aujourd'hui. *Adolescence*. 4.
139. Druon, C. (1997). Les soins aux nouveaux-nés en médecine néo-natale In Cupa, D. Lébovici, S. *En famille, à l'hôpital. Le nourrisson et son environnement*. Grenoble : Éd. La pensée sauvage.
140. Druon, C. (2008). Un si petit frère qui tient déjà tant de place... *Revue française de psychanalyse*. 72(2).
141. Duparc, F. (2002). Hallucination négative. In Mijolla, A. (Sous la dir.) (2002) *Dictionnaire international de la psychanalyse* (éd : 2005). Tome I. Paris : Hachette littératures.
142. Dupuy, C.-A., Cupa, D., Causeret, C. et Riazuelo, H. (2006). Deuil infini, deuils finis chez la personne traitée par dialyse. *Séminaire d'uro-néphrologie, Pitié-Salpêtrière*. XXXIIe série.
143. Durif-Bruckert, C. (1994). *Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*. Paris : Editions Métailié.
144. Durif-Bruckert, C. (2009). Le contrôle du corps nourri : rhétoriques de l'emprise et mouvements de dépossession du sujet. *Connexions*. 2(92).
145. Ellis, H. (1898). Autoerotism ; a Psychological study. *Alien. & Neurol*. 19.
146. Enriquez, M. (1984). De corps en souffrance au corps de souffrance. *Aux carrefours de la haine*. Paris : L'épi.
147. Épaulard, A. (1901). *Vampirisme, nécrophilie, nécrosadisme, nécrophagie*. Thèse de médecine : Lyon.
148. Estellon, V. (2009). Glenn Gould, magicien et médecin hypocondriaque du corps-piano. *Topique*. 4(109).
149. Estellon, V. (2012). Sexualités extrêmes. In Estellon, V. et Marty, F. *Cliniques de l'extrême*. Paris : Armand Colin.
150. Estellon, V. (2013). La problématique des limites dans le fonctionnement auto-érotique. *Le Carnet PSY*. 7(174).

151. Estellon, V. (2014). *Les sex-addicts*. Paris : Presses Universitaires de France. Coll. Que sais-je ?
152. Ey, H. (1950). *Études psychiatriques*. Paris : Desclée de Brouwer.
153. Fain, M. (1990). Psychanalyse et psychosomatique. *Revue française de psychanalyse*. 54(3).
154. Faimberg, H. (1981). Une des difficultés de la psychanalyse : la reconnaissance de l'altérité. *Revue française de psychanalyse*. 45(6).
155. Faimberg, H. (1985). Le télescopage des générations, à propos de la généalogie de certaines identifications. *Psychanalyse à l'université*. 12(46).
156. Faimberg, H. (1988). À l'écoute du télescopage des générations : pertinence psychanalytique du concept. *Topique*. 42.
157. Favaro, M. (1986). *Les métaphores du corps dans la machine : approche clinique de la relation homme-machine* (Thèse de doctorat inédite). Université de Lyon 2.
158. Favaro, M. (1987). Où l'impensé du corps vivant revient comme absurde dans le corps de la machine. *Pouvoirs du négatif dans la psychanalyse et la culture.* Seyssel : Champ Vallon.
159. Fédida, P. (1971). L'anatomie dans la psychanalyse. *Nouvelle revue de psychanalyse*. 3.
160. Fédida, P. (1972a). L'hypocondrie du rêve. *Nouvelle revue de psychanalyse*. 5.
161. Fédida, P. (1972b). Le cannibale mélancolique. *Nouvelle revue de psychanalyse*. 6.
162. Fédida, P. (1995). L'hypocondriaque médecin. *In* Aisenstein, M. Fine, A. Pragier, G. *L'hypocondrie. Monographie de la Revue française de psychanalyse*. Paris : PUF.
163. Fédida, P. (1999). Morts inaperçues. *Les Morts*. *Le fait de l'analyse*. 7.
164. Fédida, P. (2002). L'hypocondrie de l'expérience du corps. *In* Debray, R. Dejours, C. et Fédida, P. *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Paris : Dunod.
165. Fédida, P. (2001). *Des bienfaits de la dépression : éloge de la psychothérapie.* Paris : Odile Jacob.
166. Fédida, P. (2007). *Humain/Déshumain*. Paris : PUF.
167. Fédida, P. (2008). Ce peu de temps à l'état pur. *In* (2010) *Par où commence le corps humain. Retour sur la régression*. Paris : Puf.
168. Ferenczi, S. (1908). Les névroses à la lumière de l'enseignement de Freud et la psychanalyse. *Œuvres complètes, Tome I : 1908-1912.* Paris : Payot.
169. Ferenczi, S. (1912). Suggestion et psychanalyse. *Œuvres complètes, Tome I : 1908-1912.* Paris : Payot.
170. Ferenczi, S. (1917). Les pathonévroses. *Œuvres complètes, Tome II : 1913-1919.* Paris : Payot.

171. Ferenczi, S. (1919a). Psychanalyse d'un cas d'hypocondrie hystérique. *Œuvres complètes, Tome III : 1919-1926.* Paris : Payot.
172. Ferenczi, S. (1919b). Phénomènes de matérialisation hystérique. *Œuvres complètes, Tome III : 1919-1926.* Paris : Payot.
173. Ferenczi, S. (1921). Considérations psychanalytiques sur les tics. *Œuvres complètes, Tome III : 1919-1926.* Paris : Payot.
174. Ferenczi, S. (1922). La psychanalyse des troubles mentaux de la paralysie générale. *Œuvres complètes, Tome III : 1919-1926.* Paris : Payot.
175. Ferenczi, S. (1925). Psychanalyse des habitudes sexuelles. *Œuvres complètes, Tome III : 1919-1926.* Paris : Payot.
176. Ferenczi, S. (1926). Les névroses d'organe et leur traitement. *Œuvres complètes, Tome III : 1919-1926.* Paris : Payot.
177. Ferenczi, S. (1931). Analyses d'enfants avec des adultes. *Œuvres complètes, Tome IV : 1927-1933.* Paris : Payot.
178. Ferenczi, S. (1932). *Journal clinique*. Paris : Payot.
179. Ferenczi, S. (1934). Réflexions sur le traumatisme. *Œuvres complètes, Tome IV : 1927-1933.* Paris : Payot.
180. Fine, A. (1995). Figures psychanalytiques de l'hypocondrie. *Revue Française de psychanalyse*. Paris : Puf.
181. Fine, A. (2002). Hypocondrie. *In* Mijolla, A. (Sous la direction de) *Dictionnaire international de la psychanalyse* (éd. : 2005). Éditions Hachette littératures.
182. Freud, S. (1893). Manuscrit B. Étiologie des névroses. *La naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF.
183. Freud, S. (1894a). Manuscrit E : Comment naît l'angoisse. *La naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF.
184. Freud, S. (1894b). Obsessions et phobies. Leur mécanisme psychique et leur étiologie. *Œuvres complètes de Freud.* III. Paris : PUF.
185. Freud, S. (1894c). Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que « névrose d'angoisse ». *Œuvres complètes de Freud.* III. Paris : PUF.
186. Freud, S. Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris : PUF.
187. Freud, S. (1895). *Projet d'une psychologie scientifique. Lettres à W. Fliess 1887-1904*. Paris : PUF.
188. Freud, S. (1896). Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense. *Œuvres complètes de Freud.* III. Paris : PUF.

189. Freud, S. (1898). La sexualité dans l'étiologie des névroses. *Œuvres complètes de Freud.* III. Paris : PUF.
190. Freud, S. (1905). Trois essais sur la théorie de la sexualité. *OCF*. VI. Paris : Puf.
191. Freud, S. (1907). Le délire et les rêves dans la Gradiva de Jensen. *OCF*. VIII. Paris : Puf.
192. Freud, S. (1910). À propos d'un type particulier de choix d'objet chez l'homme. In *Psychologie de la vie amoureuse*. Paris : Payot.
193. Freud, S. (1911). *Le président Schreber. Un cas de paranoïa*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
194. Freud, S. (1912). Du rabaissement généralisé de la vie amoureuse. *OCF*. XI. Paris : Puf.
195. Freud, S. (1912b). Pour introduire la question sur l'onanisme. *OCF*. XI. Paris : Puf.
196. Freud, S. (1913). Le motif du choix des coffrets. *OCF*. XII. Paris : Puf.
197. Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. *La vie sexuelle*. Paris : Puf.
198. Freud, S. (1915). Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
199. Freud, S. (1915b). Métapsychologie. *OCF*. XIII. Paris : Puf.
200. Freud, S. (1915c). Deuil et mélancolie.
201. Freud, S. (1917). Complément métapsychologique à la théorie du rêve. *Métapsychologie*. Paris : Gallimard.
202. Freud, S. (1918). *L'homme aux loups*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
203. Freud, S. (1919). *L'inquiétant familier*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
204. Freud, S. (1920). Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. *Essais de psychanalyse.* Paris : Petite Bibliothèque Payot.
205. Freud, S. (1920b). Au-delà du principe de plaisir. *OCF*. XV. Paris : Puf.
206. Freud, S. (1923). Le moi et le ça. *OCF*. XVI. Paris PUF.
207. Freud, S. (1926). *Inhibition, symptômes, angoisses*. Paris : Puf.
208. Freud, S. (1927). Le fétichisme. *OCF*. XVIII. Paris : Puf.
209. Freud, S. (1937). Constructions dans l'analyse. *OCF*. XX. Paris : Puf.
210. Freud, S. (1938). Abrégé de psychanalyse. *OCF*. XX. Paris : Puf.
211. Freud, A. et Bergmann, T. (1965). *Les enfants malades*. Toulouse : Privat.
212. Gey, M. (2006). Au-delà du corps-machine : l'expérience extrême du sujet hospitalisé. *Champ psy*. 4(44).
213. Golse, B. Bénony, C. (2003). *Psychopathologie du bébé*. Paris : Nathan Université. Coll. 128.
214. Gori, R. Del Volgo, M.-J. (2005). *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris : Denoël.

215. Gourdon, M.-L., Riazuelo-Deschamps, H. et Cupa, D. (2002). Psychopathologie du patient en dialyse péritonéale continue ambulatoire. In *Psychologie en néphrologie*. Paris : EDK.
216. Graindorge, C. (2005). *Comprendre l'enfant malade : du traumatisme à la restauration psychique.* Paris : Dunod.
217. Graindorge, C. (2006). « Traces de quoi ? » Place de la cicatrice corporelle dans la maladie chronique de l'enfant. *Enfances & Psy*. 3(32).
218. Green, A. (1966-1967). Le narcissisme primaire : structure ou état. In *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Les éditions de minuit.
219. Green, A. (1972). Note sur les processus tertiaires : à propos des critères psychanalytiques de la normalité. *Revue française de psychanalyse*. 36(3).
220. Green, A. (1972b). Réalité ou fantasme agi. *Nouvelle revue de psychanalyse*. N°6.
221. Green, A. (1979). L'angoisse et le narcissisme. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Les éditions de minuit.
222. Green, A. (1982). Le moi, mortel-immortel. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Les éditions de minuit.
223. Green, A. (1982b). La réserve de l'incréable. *La déliaison. Psychanalyse, anthropologie et littérature*. Paris : Hachette littératures.
224. Green, A. (1990). *Le complexe de castration*. Paris : PUF. Coll. Que sais-je ?
225. Green, A. (1993). *Le travail du négatif.* Paris : Les Editions de Minuit.
226. Green, A. (1995). *Propédeutique*. Seyssel : Champ Vallon.
227. Green, A. (1999). Genèse et situation des états limites. *Les états limites*. Paris : PUF.
228. Green, A. (1999b). Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Revue française de psychanalyse*. 3(63).
229. Green, A. (2000). La position phobique centrale avec un modèle de l'association libre. *Revue française de psychanalyse*. 64(3).
230. Grim, O. R. (2011). « Humanimalité » Du mythe du vampire à la clinique du pervers narcissique. *Revue française de psychanalyse*. (1)75.
231. Grotstein, J. S. (1981a). Primal Splitting, the Background Object of Primary Identification and other self-objects. *Splitting and Projective Identification.* New York: Jason Aronson.
232. Grotstein, J. S. (1981b). *Do I Dare Disturb the Universe? : A Memorial to W.R. Bion.* London: Karnac.
233. Grotstein, J. S. (1990). Reconsidérer l'hypocondrie. *Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie*. 21.

234. Grotstein, J. S. (2007). *A Beam of Intense Darkness. Wilfred Bion's Legacy to Psychoanalysis*. London: Karnac Books.
235. Grotstein, J. S. (2009). *"…But at the same time and on another level…" Psychoanalytic Theory and Technique in the Kleinian/Bionian Mode. Vol. 1*. London: Karnac Books.
236. Guedeney, C. et Weisbrot, C. (1990). L'hypocondrie au fil des siècles. *Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie*. 21.
237. Guillaumin, J. (1979). *Le Rêve et le moi : rupture, continuité, création dans la vie psychique : sept études psychanalytiques sur le sens et la fonction de l'expérience onirique*. Paris : Puf.
238. Guyotat, J. (1980). *Mort/naissance et filiation. Études de psychopathologie sur le lien de filiation.* Paris : Masson.
239. Guyotat, J. (1995). *Filiation et puerpéralité, logique du lien : entre psychanalyse et biomédecine*. Paris : PUF.
240. Haag, G. (1991). Nature de quelques identifications dans l'image du corps (Hypothèses). *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 10.
241. Haag, G. (2004). Sexualité orale et Moi corporel. *Topique*. 2(87).
242. Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*. 13.
243. Hinshelwood, R. D. (2002). Position dépressive. In De Mijolla, A. *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Hachette Littératures.
244. Houzel, D. (2002). Autisme. In Mijolla, A. (Sous la direction de) *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Tome I. Hachette Littératures.
245. Jacobi, B. (1998). *Les mots et la plainte*. Toulouse : Érès.
246. Janin, C. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris : PUF.
247. Janin, C. (1997). Mal-être sans fin et mal-être avec fin : quelques considérations sur la plainte. In Cournut, J. Israël, P. Jeanneau, A. Schaeffer, J. (sous la dir.) *Le mal-être (Angoisse et violence). Débats de psychanalyse*. Paris : PUF.
248. Jean-Dit-Pannel, R. (2005). *Les enjeux psychiques de la dialyse* (Mémoire de Master 1 inédit). Université de Franche-Comté, Besançon.
249. Jean-Dit-Pannel, R. (2008). *Sur-vivre (sus)pendu à une machine de dialyse dans l'entre-deux des thérapeutiques médicales palliatives : déshumanisation, sentiment d'existence et objets étrange(r)s, quels mimes mortifères ?* (Mémoire de Master 2 Recherche inédit). Université Lumière Lyon II, C.R.P.P.C.
250. Jean-Dit-Pannel, R. (2012a). Mimes mortifères en hémodialyse. In Hummel, P. (coll.) *Pathologie(s). Études sur l'art(ifice) d'être au monde*. Paris : Philologicum.

251. Jean-Dit-Pannel, R. (2012b). Psychologue clinicien en hémodialyse : propositions d'interventions cliniques. In Brun, P. (sous la dir.) *Du nouveau dans la psycho ? Y a-t-il du nouveau dans la pratique et la théorie de la psychologie à l'hôpital ?* Nîmes : Champ Social. Coll. Collectif Psychiatrie.
252. Jean-Dit-Pannel, R. (2012c). Sur-vivre sus-pendu à une machine de dialyse. In Brun, P. (sous la dir.) *Du nouveau dans la psycho ? Y a-t-il du nouveau dans la pratique et la théorie de la psychologie à l'hôpital ?* Nîmes : Champ Social. Coll. Collectif Psychiatrie.
253. Jean-Dit-Pannel, R. (2012d). La perception subjective du temps chez le sujet en insuffisance rénale chronique et dialysé - Aspects psychanalytique et psychosomatique. In Dahan-Gaida, L. (sous la dir.) *Temps, rythmes, mesures – Figures du temps dans les sciences et les arts*. Vol. VI. Paris : Éd. Hermann.
254. Jean-Dit-Pannel, R. (2013). Survivre (sus)pendu à une machine de dialyse dans l'entre-deux des thérapeutiques médicales palliatives: approche psychopathologique et clinique du sujet en insuffisance rénale chronique et dialysé. *Néphrologie & Thérapeutique*. *9*(5).
255. Jean-Dit-Pannel, R. (2014a). Dialyse péritonéale et hospitalisations lors de l'entrée dans l'adolescence, à propos d'un cas. *Enfances et Psy*. 62(1).
256. Jean-Dit-Pannel, R. (2014b). La découverte du syndrome d'Alport à l'adolescence. *L'information psychiatrique*. 90(1).
257. Jean-Dit-Pannel, R. (*2016, accepté, à paraître*). Narcisse à l'épreuve de l'hémodialyse. *Cliniques méditerranéennes*.
258. Jean-Dit-Pannel, R. Cupa, D. (2012). La perception subjective du temps chez le sujet en insuffisance rénale chronique et dialysé - Aspects psychanalytique et psychosomatique. In Dahan-Gaida, L. (sous la dir.) *Temps, rythmes, mesures – Figures du temps dans les sciences et les arts*. Vol. VI. Paris : Éd. Hermann.
259. Jean-Dit-Pannel, R., Castarède, M. F., Chalopin, J. M., & Bernard, C. (2012). Analyse qualitative et comparative des enjeux psychiques chez des sujets dialysés, en hémodialyse ou en dialyse péritonéale. *Néphrologie & Thérapeutique*, *8*(5).
260. Kaës, R. (1989). Ruptures catastrophiques et travail de mémoire. In Puget, J. *Violence d'état et psychanalyse.* Paris : Dunod.
261. Kaës, R. (1993). Introduction au concept de transmission psychique dans la pensée de Freud. In Kaës, R. et Faimberg, H. *Transmission de la vie psychique entre générations.* Paris : Dunod.
262. Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel. La psychanalyse à l'épreuve du groupe* (2ième éd. : 2013). Paris : Dunod.
263. Kaës, R. (2009). *Les Alliances inconscientes*. Paris : Dunod.

264. Kaës, R. (2009b). Les dépressions conjointes dans les espaces psychiques communs et partagés. In Chabert, C., Kaës, R., Lanouzière, J., Neau, F., Roussillon, R. et Schniewind, A. *Traité de psychopathologie de l'adulte* : *Narcissisme et dépression*. Paris : Dunod.
265. Kaës, R. et Anzieu, D. (2009). *Le travail de l'inconscient : Textes choisi, présenté et annotés par René Kaës*. Paris : Dunod.
266. Kane, F. J., Simes, L. (1977). Phantom urinary phenomena in hemodialysis patients. *Psychosomatics*. 18(5).
267. Kaplan de Nour, A. (1969). Some notes on the psychological significance or urination. In *Journal of Nervous and Mental Disease*. 148(6).
268. Khan, M. (1963). Le concept de traumatisme cumulatif. In *Le soi caché*. Paris : Gallimard.
269. Khan, M. (1970). Vers une épistémologie du processus de la cure. In *Le soi caché*. Paris : Gallimard.
270. Khan, M. (1972). La tendresse cannibalique dans la sensualité non génitale. *Nouvelle revue de psychanalyse.* 6.
271. Khan, M. (1974). Distorsion du moi, traumatisme cumulatif. In *Le soi caché*. Paris : Gallimard.
272. Khan, M. (1981). La main mauvaise. Du traumatisme cumulatif à la maîtrise du moi. *Nouvelles Revue de Psychanalyse.* 24.
273. Klein, M. (1930a). L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi. *Essais de psychanalyse.* Paris : Payot.
274. Klein, M. (1930b). La psychothérapie des psychoses. *Essais de psychanalyse.* Paris : Payot.
275. Klein, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*. Paris : Puf.
276. Klein, M. (1934). Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot.
277. Klein, M. (1952). Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. *Développements de la psychanalyse*. Paris : Puf.
278. Laplanche, J. (1989). Désaide. *In* Bourguignon, A. Cotet, P. Laplanche, J. et Robert, F. *Traduire Freud*. Paris : PUF.
279. Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de psychanalyse* (3ème éd. : 2002). Paris : Presses Universitaires de France.
280. Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1985). *Fantasme originaire, fantasmes des origines, origines du fantasme.* Paris : Hachette.
281. Lauru, D. et Lemaire, J.-J. (2006). Les marques du corps. *Enfances et Psy*. 3(32).

282. Le Breton, D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Puf.
283. Le Breton, D. (1993). *La chair à vif. Usages médicaux et mondains du corps humain*. Paris : Métailié.
284. Le Breton, D. (2002). *Conduites à risque : des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris : Puf.
285. Le Bezvoët, E. (2007). L'hôpital et la logique managériale : quelle place pour le sujet ? *Le journal des psychologues*. N°252.
286. Le Dem, J. (1993) Le chant de la plainte. *Nouvelle revue de psychanalyse*. N°47.
287. Le Maléfan, P. (2004). Les médiations thérapeutiques. In Marty, F. Marie-Grimaldi, H. *L'aventure de la recherche en psychologie clinique et psychopathologie*. Rouen : Presses Universitaires.
288. Le Poulichet, S. (2002). *Psychanalyse de l'informe*. Paris : Aubier.
289. Le Poulichet, S. (2004). Traversée de l'informe. *Champ psy*. 3(34).
290. Lobbedez, T. Desbordes, E. Joly, F. Ficheux, M. Henri, P. et Ryckelynck, J.-P. (2008). La fatigue des sujets âgés traités par épuration extrarénale. *Néphrologie et thérapeutique*. 4(7).
291. Marty, F. (2007). *Le psychologue à l'hôpital*. Paris : In Press.
292. Marty, P. (1968). La dépression essentielle. *Revue française de psychanalyse*. 32(3).
293. Marty, P. (1980). *Les Mouvements individuels de vie et de mort. L'ordre psychosomatique*. T. II. Paris : Payot.
294. Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : Presses Universitaires de France. Coll. Que sais-je ?
295. Marty, P. et M'Uzan, M. (1962). La pensée opératoire. *Rev. fr. de psychanalyse*. T. 27. N° spécial.
296. Marty, P. M'Uzan, M. de. et David, Ch. (1963). *L'investigation psychosomatique.* Paris : PUF.
297. Mauss, M. (1950). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *Sociologie et anthropologie*. Paris : PUF.
298. McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps.* Paris : Gallimard.
299. McDougall, J. (1996). *Éros aux mille visages*. Paris : Gallimard.
300. Mellier, D. (2005). *Les bébés en détresse*. Paris : Puf.
301. Meltzer, D. (1994). *Le développement kleinien de la psychanalyse. Freud-Klein-Bion*. Paris : Bayard.
302. Mijolla, A. (1981). *Les visiteurs du Moi*. Paris : Les Belles-Lettres.
303. Mijolla, A. (1985). Pulsion d'investigation, fantasmes d'identification et roman familial. *Topique*. 34.

304. Mijolla, A. (Sous la dir.) (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse* (éd : 2005). Tomes I et II. Éditions Hachette littératures.
305. Mijolla-Mellor, S. (1996). Les destins du pulsionnel. In Mijolla, A. et Mijolla-Mellor, S. *Psychanalyse*. Paris : PUF.
306. Mijolla-Mellor, S. (1999). Les mythes magico-sexuels sur l'origine et la fin. *Topique*. 68.
307. Mijolla-Mellor, S. (2002). Mort (pulsion de -) In Mijolla, A. (Sous la direction de) *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Tome II. Editions Hachette littératures.
308. Mijolla-Mellor, S. (2011). *La mort donnée – Essai de psychanalyse sur le meurtre et la guerre*. Paris : PUF.
309. Mijolla-Mellor, S. (2012). Les trois figures de l'acte criminel. *Revue française de psychanalyse*. 4(76).
310. Minjard, R. (2014). Coma : une absence de soi à soi ? *Cliniques méditerranéennes*. Toulouse : Érès.
311. Missonnier, S. Boige, N. (2003). Psychanalyse de la succion, clinique de la sucette. *Champ psychosomatique*. 69.
312. Molière. (1673). *Le Malade imaginaire*. Le livre de poche.
313. Moll, A. (1897). *Untersuchungen über die Libido sexualis* [Investigations sur la libido sexualis]. Berlin : H. Kornfeld.
314. Nemiah, J. (1978). Alexithymia and psychosomatic illness. *Journal of Continuing Education in Psychiatry*. N°39.
315. Pandoula-Kafchitsas, G., Grann, L. M. (2010). Les fantasmes de maternité dans la transplantation d'organes. *Cliniques méditerranéennes*. 1(81).
316. Parat, H. (2001). Élixirs d'amour. *Revue française de psychanalyse*. 65.
317. Pasche, F. (1971). Le bouclier de Persée ou psychose et réalité. *Revue française de psychanalyse.* 35(5-6)
318. Pasche, F. (1996). Peur de la mort, angoisse de mort, défense du Moi. *Revue française de psychanalyse*. 1(60).
319. Pédinielli, J.-L. (1986). *Le "travail de la maladie" chez les insuffisants respiratoires chroniques* (Thèse de doctorat inédite). Université Paris Descartes.
320. Pédinielli, J.-L. (1994). Hypothèse d'un « travail de la maladie ». *Cliniques méditerranéennes*. 41-42.
321. Perrier, F. (1959). Psychanalyse de l'hypocondriaque. *Champ psy*. 3(39).
322. Péruchon, M. (1994). *Le déclin de la vie psychique*. Paris : Dunod.
323. Péruchon, M. (2009). Un fonctionnement psychosomatique : le cas Fritz Zorn. In Marty, F. (sous la dir.) *Psychopathologie de l'adulte : 10 cas cliniques*. Paris : In Press.

324. Phé, V., Roupret, M., Ferhi, K., Barrou, B., Cussenot, O., Traxer, O., Haab, F. et Beley, S. (2009). Étiologie et prise en charge de la dysfonction érectile chez l'insuffisant rénal chronique. *Progrès en urologie*. 19(1).
325. Pirlot, G. (2010). *La psychosomatique. Entre psychanalyse et biologie*. Paris : Armand Colin.
326. Pirlot, G. et Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Paris : Armand Colin.
327. Pirlot, G. (2013). *Psychanalyse des addictions*. Paris : Armand Colin.
328. Platon. *Protagoras*. Flammarion.
329. Pontalis, J.-B. (1972). Avant-Propos. *Nouvelle revue de psychanalyse*. 6.
330. Pontalis, J.-B. (1977). Sur la douleur (psychique). *Entre le rêve et la douleur*. Paris. Gallimard.
331. Press, J. (1995). La répression, refoulement du pauvre. *Revue française de psychosomatique*. 7.
332. Quinodoz, D. (1994). Le travail de vieillir. *L'information psychiatrique*. 70(4).
333. Racamier, P.-C. (1991). Souffrir et survivre dans les paradoxes. Revue française de psychanalyse. 55(4).
334. Racamier, P.-C. (1992). *Le génie des origines : psychanalyse et psychose*. Paris : Payot.
335. Racamier, P.-C. (1996). *L'inceste et l'incestuel*. Paris : Dunod.
336. Raimbault, G. (1969). Problèmes psychologiques autour de l'enfant atteint de néphropathie chronique. *Actual. Néphrol*. Paris : Flammarion.
337. Raimbault, G. (1982). *Clinique du réel*. Paris : Seuil.
338. Rank, O. (1924). *Le traumatisme de la naissance : influence de la vie prénatale sur l'évolution de la vie psychique individuelle et collective*. Paris : Payot.
339. Réseau Épidémiologie Information Néphrologie (2013). *Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique.* Rapport annuel 2013. Agence de la biomédecine.
340. Riazuelo, H. (2012). Un adolescent entre deux machines. Entre hémodialyseur et ordinateur. *Adolescence.* 1(79).
341. Riazuelo, H. et Cupa, D. (2013). De certitudes en incertitudes : la dialyse. In Baruel, F. et Bioy, A. *Du soin à la personne : clinique de l'incertitude*. Paris : Dunod.
342. Riazuelo, H. Cupa, D. et Chaudoye, G. (2014). Quand la dépendance est une question de survie : pratique clinique auprès de patients dialysés. *Cliniques*. 8(2)

343. Riazuelo, H., Cupa, D., Pirlot, G., Gourdon, M.-L. et Causeret, C. (2011). Psychopathologie du patient âgé en insuffisance rénale terminale. In *Annales médico-psychologiques*. 169(5).
344. Ribas, D. (2002). Chroniques de la désintrication et de l'intrication pulsionnelle. *Revue française de psychanalyse*. 16(5).
345. Ribas, D. (2006). Institution thérapeutique, sclérose des institutions : quels destins pulsionnels ? Un désaccord avec Benno Rosenberg. *Revue française de psychanalyse*. 4(70).
346. Ribas, D. (2009a). Pulsion de mort et destructivité. *Revue française de psychanalyse*. 4(73).
347. Ribas, D. (2009b). Crainte de l'effondrement, deuil gelé : temps arrêté. *Revue française de psychanalyse*. 5(73).
348. Rimbaud, A. (1870). Bal des pendus. *Poésies Complètes*. Le livre de poche.
349. Roiphe, H. et Galenson, E. (1981). *La naissance de l'identité sexuelle*. Paris : Puf.
350. Rosenberg, B. (2014). Le moi et son angoisse. Entre pulsion de vie et pulsion de mort. Paris : In Press.
351. Rosenfeld, H. A. (1964). La psychopathologie de l'hypocondrie. *États psychotiques*. Paris : PUF.
352. Rouchy, J.-C. (1992). Réceptacle d'un secret : jeux interdits. *Connexions*. 60.
353. Rouchy, J.-C. (2009). Transmission intergénérationnelle dans le groupe d'appartenance. *Dialogue*. 4(186).
354. Roussillon, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : PUF.
355. Roussillon, R. (1996). *Jeux du cadre, cadre du jeu*. Bruxelles. Conférence.
356. Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF.
357. Roussillon, R. (2001). L'objet, l'expérience de satisfaction et l'intelligibilité. *Revue française de psychanalyse*. 65(4).
358. Roussillon, R. (2004). Le jeu et le potentiel. *Revue française de psychanalyse.* 68(1).
359. Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In Furtos, J., Laval, C. *La santé mentale en actes. De la clinique au politique.* Ramonville Sait Agne : Érès.
360. Roussillon, R. (2007). Les situations extrêmes et leur devenir. In Aubert, A. E. Scelles, R. *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes*. Ramonville Saint Agne : Érès.
361. Roussillon, R. (2008a). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod.
362. Roussillon, R. (2008b). La loi du plus faible : les stratégies de survie. In J. Furtos. *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs.* Paris : Masson.

363. Roussillon, R. (2009). La destructivité et les formes complexes de la « survivance » de l'objet. Revue française de psychanalyse. 4(73).
364. Roussillon, R. (2010). Satisfaction et plaisir partagé. *Revue française de psychanalyse*.
365. Roussillon, R. Chabert, C. Ciccone, A. Ferrant, A. Georgieff, N. Roman, P. (2007b). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Masson.
366. Roustang, F. (2001). *La fin de la plainte*. Odile Jacob.
367. Scarfone, D. (1993). La plainte psychotique et sa modulation. *Nouvelle revue de psychanalyse*. 47.
368. Schiller, F. (1795). *Lettres sur l'éducation esthétique de l'homme* (éd. : 1992). Paris : Aubier.
369. Schnitzler, A. (1988). *Relations et solitudes. Aphorisme*. Marseille : Rivages. Coll. Petite Bibliothèque.
370. Searles H. (1960). *L'environnement non humain*. Gallimard.
371. Shakespeare, W. (1600) Hamlet. Trad. Déprats J.-M. Folio théâtre.
372. Sklar, A. H., Newman, N., Scott, R., Semenyuk, L., Schultz, J. et Fiacco, V. (1999). Identification of factors responsible for post dialysis fatigue. *Am. J. Kidney Dis.* 34(3).
373. Sklar, A. H., Riesenberg, L. A., Silber, A. K., Ahmed, W. et Ali, A. (1996). Postdialysis fatigue. *Am. J. Kidney Dis*. 28(5).
374. Smadja, C. (1999). L'énigme de la douleur dans la dépression essentielle. *Revue française de psychosomatique*. 15.
375. Smadja, C. (2008). *Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique*. Paris : PUF.
376. Spigaglia, V. (1891). *De la folie urémique ou folie rénale* (Thèse de doctorat inédite). Univ. Genève.
377. Stathopoulos, G. (2012). L'hypocondrie, les destins pulsionnels et la quête en soi de l'objet des soins primaires. *Revue française de psychanalyse*. 2(76).
378. Stathopoulos, G. (2012b). La préoccupation maternelle hypocondriaque dans la clinique du cancer. *Evol. psychiatr*. 77(2).
379. Szwec, G. (2002). L'enfant-organe hypocondriaque de sa mère. *Revue française de psychosomatique*. 22.
380. Tamet, J.-Y. (1993). Le cri de l'otage et la plainte du messager. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. 47.
381. Tausk, V. (1919). *L'« appareil à influencer » des schizophrènes*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
382. Tsaltas, T. T. (1967). Comparison of various methods of dialysis: Subjective experiences and laboratory data. *Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs.* 13.

383. Tustin, F. (1972). *Autisme et psychose de l'enfant*. Paris : Le seuil.
384. Tustin, F. (1986). *Le trou noir de la psyché*. Paris : Le seuil.
385. Verdon, B. (2013). *Le vieillissement psychique*. Paris : Presses Universitaires de France. Coll. « Que sais-je Je ? ».
386. Verdon, B. Duplant, N. (2006). Masochisme et angoisse de perte de l'objet. Figure de la psychopathologie de la plainte mnésique. Psychologie clinique et projective. 12(1).
387. Villa, F. (2004). À propos de l'ordinaire et extraordinaire détermination humaine à rester en vie. *Champ psy*. (3)35.
388. Virilio, P. (1995). *La vitesse de libération*. Pars : éditions Galilée.
389. Widlöcher, D. (1995). Principes généraux. *In* Bourguignon, O. et Bydlowski, M. *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques.* Paris : PUF. Coll. Le fil rouge.
390. Wilgowicz, P. (1991). Le vampirisme. De la dame Blanche au Golem, Essai sur la pulsion de mort et sur l'irreprésentable. Lyon : Césura.
391. Wilgowicz, P. (1996). Transmission générationnelle ou vampirisme ? *Revue Française de Psychanalyse*. 60.
392. Wilgowicz, P. In Vampyr, dix ans après. Être ou ne pas naître. In http://www.societe-psychanalytique-de-paris.net/wp/?p=1164 [page consultée le 25/01/2015].
393. Winnicott, D. W. (1939). L'agressivité et ses racines. *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Payot.
394. Winnicott, D. W. (1945). Le développement affectif primaire. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
395. Winnicott, D. W. (1948). La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression. *De la pédiatrie à la psychanalyse* Paris : Payot.
396. Winnicott, D. W. (1949). L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
397. Winnicott, D. W. (1956). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.
398. Winnicott, D. W. (1962). Vues personnelles sur l'apport de Mélanie Klein. *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris : Payot.
399. Winnicott, D. W. (1963). Les soins hospitaliers en complément d'une psychothérapie intensive au cours de l'adolescence. *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris : Payot.
400. Winnicott, D. W. (1971a). *Jeu et réalité*. Gallimard.
401. Winnicott D.W. (1971b). *L'Enfant et sa famille, les premières relations*, Paris : Payot.

402. Winnicott, D. W. (1984). *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Payot et Rivages. Petite Bibliothèque Payot.
403. Ziegler, J. (1975). *Les vivants et la mort. Essai de sociologie*. Paris : Seuil.

Page de couverture : Jean-Dit-Pannel, R. (2008). « *Mimes mortifères» en hémodialyse*. Dessin et retouches par ordinateur. D'après Munch, E. (1893). *Le cri*. Musée Munch. Peinture à l'huile et pastel.

Le travail de l'hypocondrie chez le sujet malade somatiquement, chroniquement et héréditairement : Quel travail de mise en rêve par les plaintes corporelles des angoisses de cadavérisation ?

Exemple du sujet en insuffisance rénale chronique héréditaire et hémodialysé – À propos de cinq cas cliniques.

Résumé



L'intériorité se redéfinissant par l'expérience de la maladie somatique chronique et de ses thérapeutiques, une des formes de travail psychique que nous nous proposons d'étudier est celui de l'hypocondrie.

Après avoir proposé l'hypothèse générale d'un travail de l'hypocondrie-signal d'alarme, nous avons affiné trois hypothèses : face à la mort, le travail de l'hypocondrie permet de lutter pour la vie ; face aux traumatismes, le travail de l'hypocondrie permet une surveillance de l'état traumatique et une défense contre l'état traumatique ; enfin, face à l'innommable et le non figurable de la mort, le travail de l'hypocondrie permet un travail de figurabilité et du négatif.

Cinq cas cliniques de psychothérapies de sujets en insuffisance rénale chronique d'origine héréditaire, pendant leurs temps d'hémodialyse, se situent aux sources de ces réflexions.

Cette clinique nous a conduits à discuter du travail de l'hypocondrie chez l'insuffisant rénal chronique hémodialysé en lien aux traumatismes cumulatifs, aux deuils infinis et aux figures de cruauté, telles que la sur-vivance, le vampirisme, l'hématophilie, l'identification cadavérique et l'introjection cannibalique. Nous avons ensuite interrogé la question du mythe transgénérationnel et des scènes primitives notamment lorsque la maladie était d'origine génétique et héréditaire. Cette discussion nous a amené à rappeler la recherche d'un corps pour rêver en lien à la réserve de l'incréable.

Ce travail de rêve des plaintes, du corps et de l'hypocondrie permet une resexualisation des images crues du corps malade somatiquement, chroniquement voire génétiquement et héréditairement. Il leur (re)donne de la chair, une chair psychique. Ainsi ce travail psychique favorise une ré-animation, une ré-humanisation, et une ré-objectalisation du sujet par ce retour à un travail de mentalisation, jusqu'à l'auto-scopie du soi-cadavre, il re-substantifique le sujet.

Mots clés

Travail de l'hypocondrie ; insuffisance rénale chronique ; hémodialyse ; plaintes corporelles ; angoisses de cadavérisation.

The work of hypochondria for the subject who has a somatic chronic and hereditary disease. Which work of dreaming of his own corpse's anxieties by the bodily complaints?

Example of the subject with hereditary chronic renal failure – About five clinical cases.

Summary



The way the interiority of the body define itself is changing with the experiment of a somatic and chronic disease and its therapeutics. In this thesis, we propose to study the work of hypochondria.

After we proposed to consider the general hypothesis of the work of hypochondria as an alarm signal, we proposed three hypothesis: dealing with death, the work of hypochondria is a fight for life; dealing with traumatisms, the work of hypochondria is a watch of the traumatic state of mind, a defense against it; finally, dealing with the unspeakable and the non figurability of death, the work of hypochondria furthers a work of psychic figurability and a work of the negative.

In psychotherapy during their time of hemodialysis, five subjects with hereditary chronic renal failure are the heart of this reflections.

Those clinical cases conduce us to discuss the work of hypochondria related to cumulative traumatisms, about infinite work of mourning and cruelty, as out-live, vampirism, haematophilia, corpse's identification and corpses' introjection. Then we worked the question of transgenerational myths and primitives scenes, especially when the chronic renal failure provide from a genetic and hereditary way. This discussion conduced us to remind us the need of a body for dreaming, related to the reserve of the uncreatable.

The dreamwork of the complaints, the body and the hypochondria resexualizes the cruel images of a ill body. This brings (back) flesh, a psychic flesh. This psychic work furthers a re-animation, a re-humanization, a re-objectalisation of the subject by a way back to a work of mentalization.

Keywords

Work of hypochondria; chronic renal failure; hemodialysis; bodily complaints; corpse's anxieties.

université Paris Ouest Nanterre La Défense

Clipsyd EA 4430