

PAUL VERHAEGHE

Manque et culpabilité : l'autre scène de la psychosomatique

La genèse du sujet repose sur deux piliers antinomiques: l'Autre comme garant et le manque de l'Autre. Comme garant: un jeu de taquin cadré présente un champ d'identifications limité et donc rassurant. Le manque: une case vide est nécessaire pour pouvoir déplacer les pièces; c'est le refoulement originaire qui assure cette fonction. Une identité dans le Symbolique devient possible parce que l'Autre fournit des signifiants – c'est l'aliénation constituante sans laquelle aucun sujet n'est possible, mais qui engendre du même coup le *fading* du sujet. Le manque de l'Autre est la soupape par où le trop de pression de l'aliénation engendre la séparation. Garanti, fondé par l'Autre, le sujet qui y disparaît désigne le manque de l'Autre afin de créer une échappatoire avec et pour son propre désir.

Cette genèse montre la place de l'angoisse comme affect fondamental: l'angoisse surgit massivement là où le sujet risque de disparaître dans l'Autre complet. L'installation d'un manque dans l'Autre est nécessaire à l'ek-sistence du sujet et permet un traitement défensif de l'angoisse. Nous entendons le manque ici comme une donnée primaire, qui n'est définie qu'après-coup (*nachträglich*) en termes de castration – la phallicisation de l'objet *a* –, de sorte que la dite «angoisse de castration» est elle-même déjà secondaire, signal d'angoisse qui indique une imminence (1).

Cette histoire se vérifie toujours dans la clinique: qu'il s'agisse du sujet névrosé qui installe et garantit lui-même son garant incarné (le fantasme «je ne suis capable de rien, c'est l'Autre qui...») ou par contre le refoule, dénie (le fantasme «je fais tout tout seul, l'Autre ne fait rien»), ou qu'il s'agisse du délire psychotique de l'auto-engendrement. Dans le circuit névrotique on trouve toujours la même action réciproque: le manque du sujet est opposé au manque de l'Autre et vice-versa, où l'un devrait servir à résoudre l'autre. On peut évoquer à cet égard la définition de Lacan de l'amour, qui indique un rapport entre le transfert et le travail dans la cure.

Freud situe la fonction de garantie du côté du père, tandis qu'il attribue à la mère le manque – qu'on se reporte au complexe d'Oedipe de Freud. Cela peut surprendre, mais nous constatons que la clinique permet de renverser cet ordre: le manque vient du père, la mère est plutôt le trop, le trop plein où un manque doit s'inscrire en termes paternels, c'est-à-dire phalliques. Voilà ce qu'est la castration: l'inscription d'un manque sur le Réel, manque qui n'existe que dans le Symbolique. Le complexe d'Oedipe a donc comme but et fonction l'installation du manque, par lequel le *fading* ou l'*aphanisis* du sujet, *fading* qualifié par Lacan de léthal, peut se déplacer vers l'Autre. Autrement dit: si le père garantit quelque chose, c'est le manque. D'où l'antinomie.

De là surgit aussi la question de la faute et ses déplacements. Manque implique faute, implique fautif. La réciprocité du manque entre le sujet et l'Autre se traduit dans l'échange des attributions de la faute. «Ce n'est pas mon manque, mais celui de l'Autre», devient cette phrase bien connue: «Ce n'est pas ma faute, mais celle de l'Autre». La clinique, comme la conceptualisation qui l'accompagne, prennent par là les allures de l'*Is fecit cui prodest* juridique, ou, plus prosaïquement, du *Who dunnit?* L'expression *iemand anders in 't gat steken* (2) est très illustrative: du «père hystérogène» en passant par «la mère schizophrénogène», à la famille ou la société pathogène. Même l'analyse n'y échappe pas, là où elle fait pencher la balance du côté du sujet, avec le concept de «choix de la névrose». Sa redéfinition par Lacan en termes de «position du sujet» semble néanmoins sortir de ce type de formulation.

Le fait que le manque est nécessaire pour la constitution du sujet explique l'omniprésence de la faute et cache de surcroît l'angoisse sous-jacente. La faute n'est rien d'autre qu'une manière bien précise de traiter l'angoisse, dans le sens où elle lui est antinomique. Dans le petit jeu du *Who dunnit?* on retrouve la réciprocité: le coupable – certain du manque rassurant – n'a pas besoin d'être angoissé. L'innocent, par contre,

qui ne manifeste pas de manque et se trouve à la place de l'Autre complet, est assailli par l'angoisse, parce que là surgit le Réel sans manque. C'est ainsi que s'institue le mouvement de balancier où le sujet apparaît/disparaît comme coupable/innocent. Qu'on se reporte aux pas de danse de Freud et Breuer autour de Anna O., ou encore aux types de caractères décrits par Freud qui sont dus, moins à une frustration qu'à une satisfaction soudaine, un « trop » (3).

On retrouve le fond de cette réciprocité fautive-angoisse dans l'opposition entre le Symbolique et l'Imaginaire d'une part, et le Réel d'autre part. Le Réel sans manque annonce la disparition du sujet, d'où l'angoisse. La tentative d'élaboration symbolico-imaginaire revient à greffer un manque symbolique sur ce Réel, de sorte que le sujet divisé puisse échapper par le trou ainsi creusé (séparation); de là surgit inévitablement la question de la faute. On en trouve une métaphore dans l'expression: «devoir une explication», c'est-à-dire des signifiants. Le point de départ oedipien de ce processus est l'installation de la castration: un manque fondé dans le Symbolique est greffé sur le Réel du corps féminin par le signifiant. Tout le monde sait que la «faute» de ce «manque» a donné lieu à des discussions véhémentes aussi bien dans la clinique que dans la conceptualisation: les controverses des années trente autour de la féminité en témoignent.

Tant que de chaque côté, l'Autre et le sujet, il y a un manque, la réciprocité rassurante peut se produire. C'est précisément ce que Mélanie Klein installe chez le petit Dick: une symbolisation qui s'étend toujours davantage, dont résulte une diminution de l'angoisse. La question se pose de ce qui se produit quand un des deux ne présente pas de manque, ce qui rend l'échange impossible. L'arrière-plan – l'opposition entre le Réel complet et le Symbolique manquant – vient alors sur le devant de la scène, et une relation s'établit entre un Autre complet et un sujet qui s'y écrase. Cette situation virtuelle implique nécessairement qu'une des deux parties reçoit tout le poids sur elle. Là où l'Autre ne présente pas de manque, naît chez le sujet divisé une angoisse massive qui ne peut être tempérée qu'à prendre sur soi le manque, avec sa traduction toujours illusoire de faute, – toujours illusoire parce que l'Autre n'est pas prêt à éteindre la dette. Cette situation virtuelle se concrétise dans les phénomènes psychosomatiques, où le sujet est non pas confronté à l'Autre du signifiant, mais à «l'Autre du corps» (4).

Dans les différentes études et publications consacrées aux phénomènes psychosomatiques, la discussion se centre toujours sur un point: ces phénomènes ont-ils ou non une signification? Cette discussion provient de la constatation clinique du peu de fantaisie de nombreux malades psychosomatiques. La psychosomatique est donc l'inverse de l'hystérie: celle-ci s'oppose en tant que maladie de l'imagination au défaut d'imagination en cas d'affections corporelles. Les malades psychosomatiques ont peu de fantaisie, ils n'ont rien à en dire. J.-A. Miller nous apprend que: «Le propre du PPS est la façon dont il contourne l'Autre du signifiant.» (5).

Tout le monde n'est pas de cet avis, comme en témoigne l'ordre que P. Valas introduit dans les diverses études: outre un groupe qui pose que les PPS n'ont pas de sens, il existe une tendance qui pense y reconnaître un sens «caché», tandis qu'un troisième groupe pose une analogie entre les PPS et les symptômes de conversion, par quoi la psychosomatique aurait un sens «analogue à la conversion, mais quand même d'un autre ordre» (6). Ces différentes approches se rencontrent sur un point: il faut trouver, déchiffrer un sens. Pour le premier groupe le travail thérapeutique consiste à aider le patient à créer un fantasme, tandis que les deux autres groupes se limitent à des tentatives de déchiffrement. En bref: dans ce cas aussi la cure doit hystériser, si l'on veut que le dispositif reste applicable. Le point d'achoppement de l'étude et du traitement de la psychose semble tout autant nié dans le cas de la psychosomatique: elles sont toutes deux «autres», étrangères au paradigme de l'hystérie.

Nous considérons que la question de la présence ou de l'absence de signification est essentielle, car la réponse qu'elle reçoit résout une autre question: peut-on considérer les PPS comme une variante du symptôme au sens analytique de ce terme? Le symptôme en tant que formation de l'inconscient a une structure de langage; l'accent est mis sur la substitution, c'est-à-dire la métaphore, ce qui ouvre la voie à une reformulation et à ses effets (7). Si ceci vaut pour les PPS, alors on a là une hypothèse au sujet de la causalité psychique et du traitement qui convient. Cela implique aussi que nous pourrions parler d'un *sujet* psychosomatique au sens causal – étiologique et structural du terme: si la structure $S_1 - S_2$ est d'application, il en résulte un sujet divisé entre aliénation et séparation, et une réciprocité entre l'Autre divisé et le sujet divisé, qui peut être dialectisée dans le processus analytique.

Prenons l'exemple le plus provocant : le cancer est-il un symptôme, a-t-il une structure métaphorique, avec la possibilité de reformulations substitutives ? La réponse est clairement négative : le cancer n'est pas du tout une métaphore, ce qui veut dire que la chaîne $S_1 - S_2$ représentant le sujet fait défaut. C'est pourquoi il n'y a pas pour Lacan de sujet psychosomatique, étant donné que le mécanisme fondamental de l'aphanisis n'y fonctionne pas et que se produit une holophrase⁽⁸⁾. Ce qui par contre est symptomatique, et donc analysable, c'est le fait que l'«on» – thérapeutes et patients –, on a vite tendance à élever le cancer à la dignité d'une métaphore, produisant pour déchet un sujet construit *post-factum*, obligé à s'asseoir au banc des accusés. C'est à ce point que nous nous attacherons principalement dans ce travail.

Élever le PPS au rang de métaphore explique le point de rencontre des trois approches apparemment différentes autour du sens, à savoir le point de résistance⁽⁹⁾, de défense contre le défaut de sens, dont nous trouvons le reflet dans la cure, qui se met même à donner du sens et rejoint alors l'heuristique, cette forme d'analyse qui se préoccupe du «versant du sens»⁽¹⁰⁾. «Défense» est un mot trop faible : il s'agit de l'angoisse devant l'insensé du Réel plein, contre lequel on se défend avec l'appareil défensif symbolico-imaginaire. On essaie en quelque sorte de répéter en vitesse accélérée la genèse du sujet dans son rapport à l'Autre, où la greffe du Symbolique sur le Réel conserve la même fonction de garant et de manque. L'installation de \mathcal{A} et \mathcal{S} rendrait possible le fantasme et les permutations qui lui sont inhérentes. Dans le cas du PPS on est hélas obligé de partir d'un Autre complet – l'«Autre du corps» – si bien que par là même tout l'accent se porte sur la tentative d'installer un manque. C'est pourquoi le terme «donner du sens» est trompeur. L'*horror vacui* est en fait une *horror pleni*. Nous ne considérons donc pas que le but de cette dite «signifiantisation» est de remplir un «vide» grâce au mot ; elle est plutôt la tentative toujours vaine de vider le «trop», de désigner une absence dans le Réel par l'injection de signifiants, ce qui ferait fonctionner l'échange entre Autre et sujet concernant le manque et la faute. Conçue comme greffe symbolique, elle se limite cependant au remplissage imaginaire.

Il n'y aurait rien à redire à cette «signifiantisation» qui se veut thérapeutique, si ce n'était que le sujet nouvellement constitué y apparaît comme dupe, c'est-à-dire comme seul coupable. Au contraire du processus

névrotique, l'Autre – l'«Autre du corps» – est complet, ce qui rend à priori impossible l'échange du manque et de la faute. Nous renvoyons sur ce point à la remarque de Ch. Demoulin en séance plénière : «Quand les bourreaux refusent de prendre sur eux la faute, il ne reste plus à la victime qu'à plaider elle-même coupable». Par cette structure la faute est induite exclusivement du côté du sujet. La cure prend donc les allures d'un piège.

On voit se produire ici un renversement curieux : les «psys» déculpabilisent les malades mentaux – c'est l'Autre (parents, famille, société) qui est coupable – et ils culpabilisent par contre les malades psychosomatiques – l'Autre n'a pas de manque, toute la faute est du côté du sujet. Ceci explique à notre avis le malaise autour du cancer et qui n'a rien à voir avec le verdict mortel impliqué par le diagnostic. On devrait d'ailleurs retrouver dans ce cas le même malaise par exemple pour les maladies cardiaques. Celles-ci se comprennent néanmoins *quasi* mécaniquement, contrairement au Réel incompréhensible du cancer, et c'est pourquoi la métaphorisation déjà évoquée et l'induction de culpabilité interviennent inévitablement.

Je propose d'appeler cela l'«élaboration secondaire» du sujet divisé par analogie avec le processus que Freud distingue après la formation du rêve proprement dite, et où l'accent se trouve aussi sur la logique du sens, cohérente et donc imaginaire. Secondaire, bien entendu sans qu'il y ait eu un travail primaire (contrairement au travail du rêve). Un sujet est posé, là où la représentation du sujet fait défaut en première instance. Le défaut d'un manque dans l'Autre explique que le seul lieu où situer le manque se trouve du côté du sujet, ce qui rend la séparation impossible. Normalement, dans le processus névrotique, le sujet divisé répond en effet au manque de l'Autre en offrant son propre manque, ce qui n'est pas possible ici.

Il en résulte qu'on montre du doigt le sujet ainsi construit, sans espoir d'issues dialectiques par le mécanisme d'aliénation-séparation. C'est bien ce qu'on constate cliniquement : le sujet est accusé – par lui-même et par d'autres – d'être la cause de sa maladie. Il «doit» une explication. On tente d'hystériser le sujet sans pouvoir vider le pôle de l'Autre. La métaphore du sujet retrouve ici sa dimension première, celle de l'injure : «En quoi nous-même entendons qu'on ne perde pas la dimension d'injure où s'origine la métaphore. Injure plus grave qu'on ne l'imagine à la réduire

à l'invective de la guerre. Car c'est d'elle que procède l'injustice gratuitement faite à tout sujet d'un attribut par quoi n'importe quel autre sujet est suscité à l'entamer.»⁽¹¹⁾

Le signifiant «psychosomatique» se trouve donc éclairé différemment. Il indique en fait surtout qu'on ignore l'étiologie d'une affection: les médecins ne trouvent pas d'explication organique et renvoient aux «psys». Le «psy» ne trouve pas d'explication psychique à travers la parole du patient et élève cette absence d'explication à la fonction d'une explication. On reconnaît ici, élevé au second degré, l'axiome fondamental que partagent les analystes et les analysants – la croyance que le symptôme signifie «quelque chose»⁽¹²⁾: l'absence doit désigner une présence. Le non savoir sur la maladie (le Symbolique qui fait défaut par rapport au Réel) est baptisé cause de la maladie, si bien qu'on se trouve devant le raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*: «les malades du cancer ne peuvent rien dire de leur maladie» devient alors: «quelqu'un qui ne peut s'exprimer, qui a peu de fantaisie, est un futur cancéreux». On «sait» même ce qui ne peut être exprimé: l'agression, ou mieux la haine qui dans ce cas est rentrée, avec des effets désastreux sur le corps. Les tenants de telles conceptions ne voient pas que cette idée est une agression directe de ces patients.

Cette thèse devient convaincante quand on consulte l'étude historique de S. Sontag: sa comparaison entre l'«ancienne» tuberculose («ancienne» désigne le temps où l'étiologie était inconnue et le traitement inefficace) et le cancer moderne⁽¹³⁾. La tuberculose donnait lieu également à des métaphorisations véhémentes qui faisaient du sujet un coupable, un type de métaphorisation qui s'effaçait d'un coup avec la découverte de l'étiologie et du traitement adéquat. Dans les deux cas, que ce soit la tuberculose ou le cancer, l'histoire évolue vers une hystérisation forcée, que nous avons appelée élaboration secondaire. Nous rencontrons ici en outre un autre point d'étude: si la métaphorisation ne nous apprend rien de la maladie elle-même, elle nous montre d'autant mieux que la construction *post-factum* d'un sujet est influencée par le climat temporel et géographique. Là où le tuberculeux d'antan était caractérisé comme le perdant romantique sur le terrain de l'amour – «mourir» de chagrin, l'amour dévorant⁽¹⁴⁾, le caractère mélancolique –, le cancéreux d'aujourd'hui est chargé de la haine du perdant, bafoué dans le champ de la haine, le perdant mécontent de la vie, isolé socialement, incapable d'émotions ou de contrôle, etc., –

descriptions que nous empruntons aux récentes «typologies du cancer»⁽¹⁵⁾. «Zorn» est devenu le pseudonyme le plus typique d'un livre écrit sous le signe de Mars, dieu de la guerre. La mélancolie glorifiée de la tuberculose devient la dépression moderne, c'est-à-dire: *melancholy minus its charms*. Cette différence – et elle seulement – constitue à notre avis la raison pour laquelle le tuberculeux était prêt à prendre la faute sur lui – la métaphore plutôt rose faisait du bien, ce qui n'est plus le cas du cancéreux honni.

Que la description de la «personnalité cancéreuse» implique précisément le contraire à une autre époque (le XIX^{me} siècle), démontre l'influence énorme du contenu du discours dominant sur cette élaboration secondaire⁽¹⁶⁾.

effet du temps → maladie à
discours → étiologie inconnue → métaphore → sujet.

Si notre thèse est exacte, – premièrement que les PPS subissent dans leur forme une hystérisation obligée mais ratée, deuxièmement que le contenu de celle-ci est influencé par l'esprit du temps – alors cela doit pouvoir être relevé aussi pour l'hystérie proprement dite. Le déplacement de contenu, concernant le champ de l'Autre où le sujet s'aliène, va du romancé au bafoué, de l'érotique à l'agressif. Et on trouve en effet, en tout cas chez certains auteurs, l'affirmation que le refoulement, qui est à la base de l'hystérie, ne concerne plus aujourd'hui les contenus érotiques mais plutôt les contenus agressifs, plus précisément la pulsion de mort⁽¹⁶⁾.

Cette métaphorisation ne se limite pas au cercle du tout venant; les descriptions dites scientifiques se rangent aussi sous le drapeau de l'agression; S. Sontag fait remarquer que dans les descriptions médicales les métaphores guerrières pullulent: les symptômes-«cibles» sont «bombardés» par des «médicaments-missiles» dans la «lutte» ou la «croisade» contre le cancer. Ceci soulève une question capitale: ces métaphores, quand elles sont prises pour réelles, ne colmatent-elles pas plutôt la vue sur un Réel? Les verres qui, croyait-on, devaient permettre de mieux voir, semblent au contraire aveugler.

Ce que l'on peut attendre de la psychanalyse, pour autant que dans ce cas la cure soit possible, c'est d'évider ces signifiants, cette métaphorisation secon-

daire, jusqu'au point ultime de l'interprétation: celui du non sens ⁽¹⁸⁾. La nécessité éthique s'en impose ici encore plus qu'ailleurs si l'on prend en compte notre développement du problème.

Nous citerons pour terminer cette phrase de Lacan, qui suit sa thèse sur la relation entre métaphore et injure ⁽¹⁹⁾: «Encore qu'il ne soit pas vain de rappeler ici le discours de la science, en tant qu'il se recommanderait de l'objectivité, de la neutralité, de la grisaille, voire du genre sulpicien, est tout aussi malhonnête, aussi noir d'intentions que n'importe quelle autre rhétorique» ⁽²⁰⁾.

NOTES

- (1) P. Verhaeghe, L'angoisse de castration ou la castration de l'angoisse, in «Les affects et l'angoisse dans l'expérience psychanalytique», *Actes de l'Ecole de la Cause freudienne*, X, pp. 25-27.
- (2) Littéralement: «pousser quelqu'un dans le trou», ce qui veut dire «imputer la faute à quelqu'un d'autre».
- (3) En ce qui concerne les «pas de danse»: cf. J. Lacan, *Le séminaire*, livre XI, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil 1973, p. 144.
Pour les types de caractères: cf. S. Freud, *Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit* (1016 d), *G.W. X*, pp. 364-391. Notre raisonnement est le plus clairement illustré par «ceux qui échouent devant le succès», mais se démontre aussi chez les deux autres. La structure sous-jacente est toujours la même: l'équilibre, l'échange entre sujet et Autre est rompu, ce qui oblige le sujet à des tentatives d'y remédier. Que Freud veuille absolument utiliser la théorie de la frustration comme modèle explicatif, l'oblige à des raisonnements et des distinctions étranges (surtout à propos de la frustration «interne» ou «externe») pour assurer la cohérence de l'ensemble.
- (4) J.-A. Miller, «Quelques réflexions sur le PPS», in «Le phénomène psychosomatique et la psychanalyse», *Analytica*, n° 48, Navarin 1986, pp. 122-123.
- (5) Ibidem, pp. 115-122.
- (6) P. Valas, «Horizons de la psychosomatique», in «Le phénomène psychosomatique et la psychanalyse», *Analytica*, n° 48, Navarin 1986, pp. 89-99.
- (7) J.-A. Miller, «Quelques réflexions sur le PPS», op.cit., p. 113.
- (8) J. Lacan, *le Séminaire*, livre XI, chapitre 18.
- (9) En néerlandais: *zin* (signification, sens) et *weer-zin* (défense; littéralement: *contre-sens*).
- (10) J. Lacan, *Télévision*, Paris, Seuil, 1973, p. 18 et suivantes.
- (11) J. Lacan, «La métaphore du sujet», in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 891.
- (12) J. Lacan, «R.S.I.», Séminaire du 21 janvier 1975, in *Ornicar?* mai 1975, n° 3, pp. 109-110.
- (13) S. Sontag, *Illness as metaphor*, Harmondsworth, Penguin Books Ltd., 1983, p. 190.
- (14) En néerlandais: *wegteren* (mourir à petit feu) contient le mot *tering*: «tuberculose».
- (15) S. Sontag cite trois typologies récentes du cancer, que nous reprenons ici brièvement: *In brief, cancer victims are low-gear persons, seldom prey to outbursts of emotion. They have feelings of isolation from their parents dating back to childhood* (Dr. C.B. Thomas); *a personality pattern of denial of hostility, depression and of memory of emotional deprivation in childhood and difficulty in maintaining close relationships* (Dr. C. et M. Bahnson); *There is a general type of personality configuration among the majority of cancer patients and a world-view that cancer patients share and which predates the development of cancer. The basic emotional pattern of the cancer patient consists of three parts: a childhood or adolescence marked by feelings of isolation, the loss of the meaningful relationship found in adulthood, and a subsequent conviction that life holds no more hope. The cancer patient almost invariably is contemptuous of himself, and of his abilities and possibilities, they are empty of feeling and devoid of self* (Dr. L. Leshan).
Sontag ajoute que la description ne porte sur rien d'autre que sur la «condition humaine» ... S. Sontag, op.cit., pp. 55-57.
- (16) Ibidem, pp. 54-58.
- (17) P. Chodoff, *A re-examination of some aspects of conversion hysteria*, in *Psychiatry*, 1954, 17, p. 75.
R. Satow, *Where has all the hysteria gone?*, in *The Psychoanalytic Review*, 1979, 4, p. 469.
- (18) J. Lacan, *le Séminaire*, livre XI, p. 192.
- (19) Jeu de mots en néerlandais: *scheldwoord/schuldwoord*.
- (20) J. Lacan, «La métaphore du sujet», op.cit., p. 892.