

Le paradoxe de la douleur chronique

Kéramat Movallali

Est-il besoin de rappeler que toute finalité thérapeutique pourrait nuire au déroulement normal d'une psychanalyse? Alors comment envisager le rapport entre la douleur d'expression psychique d'un patient et son parcours analytique? Nous savons bien que l'apport de la cure analytique est non négligeant dans ce domaine

Si la thérapie implique la prise en charge symptomatique du patient, nous sommes alors fondés à dire que la psychanalyse est étrangère à tout traitement.

Le psychanalyste est en effet bien placé pour savoir que la disparition du symptôme n'est pas annulation de sa cause. Cela est particulièrement vrai dans le cas des douleurs chroniques. L'expérience clinique fait souvent état non seulement de la possibilité de déplacement de ce genre de symptômes, mais aussi parfois de leur caractère rebelle et défiant à l'égard du savoir médical. Ace dernier point, la psychanalyse apporte une certaine réponse.

En ce qui concerne son déplacement, la clinique nous apprend que si le symptôme persiste sous d'autres formes, c'est qu'il sert à quelque chose dans la vie du patient. L'apport de la psychanalyse réside justement dans le bouleversement de cette économie psychique.

Les études récentes, notamment en Angleterre et aux Etats-Unis, démontrent une certaine corrélation entre la disparition des symptômes somatiques et la survenue des troubles psychiatriques. Si nous y ajoutons également les troubles névrotiques, si fréquemment observés dans la clinique de la douleur, nous obtiendrons une proportion encore plus importante entre la levée des symptômes organiques et les perturbations psychiques.

Revenons au défi inconscient que certains patients lancent au corps médical. Dans de tels cas, la psychanalyse pourrait être considérée comme le meilleur recours. Car le psychanalyste, dans son acte spécifique, n'est ni médecin ni prétend détenir un savoir préalable sur le patient en tant que sujet.

La tentative de mis en échec du savoir médical relève souvent d'un paradoxe. Le médecin est d'emblée idéalisé. Le mode de transfert du patient lui octroie la toute puissance. Mais cette idéalisation souffre d'un défaut. Tôt ou tard, le patient mettra tout en œuvre afin de descendre le médecin de son piédestal. C'est un rapport éminemment paradoxal qui va se constituer sous forme d'un cercle vicieux.

En ce qui concerne le défi dont il est question, je citerais bien le cas de cette patiente qui souffrait, depuis une huitaine d'année, d'une fièvre récurrente. Sa fièvre cessa soudain alors qu'elle commençait à peine son analyse. Elle tint absolument à revoir son médecin traitant pour lui annoncer sa soudaine guérison! Pourtant rien n'était acquis. Car ce semblant de guérison ne relevait en effet que du défi qu'elle voulait lancer à celui qui s'était occupé de son symptôme au nom du savoir médical.

En matière des troubles organiques d'expression psychique, les symptômes le plus généralement combattus sont l'angoisse et la dépression.

En ce qui concerne l'angoisse, nous savons fort bien qu'elle a essentiellement valeur de signal. Elle est une lutte afin de mettre le sujet en état de vigilance par rapport à un danger ressenti comme imminent. Ainsi l'angoisse n'est-elle pas à vrai dire un symptôme, mais un signal. Quant à la dépression, nous savons, depuis les études sur les troubles psychosomatiques, qu'elle tapisse, pour ainsi dire, la toile de fond de l'existence subjective du patient. Dès lors, son traitement ne pourrait en aucun cas se réduire au niveau symptomatique.

Si la psychanalyse ne tente pas de supprimer les symptômes comme tels, quelle serait alors sa contribution propre en matière des troubles dont il s'agit?

La démarche du patient reste grandement tributaire de l'approche du médecin qui veut bien l'adresser à l'analyste. Si le recours à celui-ci n'acquiert pas un caractère insigne, s'il est envisagé telle une prescription, s'il n'a pas l'adhésion du praticien, alors la poursuite de la démarche pourrait être compromise. Le transfert du patient à l'égard de son psychanalyste dépend, au moins au début, de celui qui le lie à son médecin traitant.

Tant que le patient ne parvient pas à transformer son symptôme en questionnement subjectif, son cheminement sera semé d'embûches. Grâce à cette transformation, il y aura bientôt un tournant décisif : le patient commencera à saisir l'ambiguïté foncière dont est entaché son rapport à sa souffrance. Cette ambiguïté procède d'un paradoxe extraordinaire qui se trouve à la base de tant de symptômes, notamment dans le cas des douleurs chroniques.

Il paraîtra, au fur et à mesure que le travail avance, que peut-être le mal relevait d'une nécessité. Le psychanalyste se refuse de déterminer en amont la cause de la souffrance du patient. C'est toujours chemin faisant que nous la saisissons. Cette prise de conscience n'aura, bien entendu, aucun caractère intellectuel. Le travail analytique ne peut se réduire à son aspect interprétatif, pourtant si essentiel dans la clinique. Au-delà de cet aspect, c'est l'économie psychique du patient qui est bouleversée.

La clinique psychosomatique a conduit, depuis le début du XX^e siècle, un certain nombre de chercheurs à mettre en question les fondements mêmes de la médecine moderne et de sa conception de la maladie. Les modèles médicaux de compréhension de la pathologie humaine et de son étiologie ont subi de profondes interrogations par les psychosomaticiens.

Qu'il s'agisse du modèle bactérien, moléculaire ou génétique, ces derniers ont tenté de démontrer l'invalidité des thèses simplistes réduisant la maladie à l'équation une anomalie/une cause. Franz Alexander, l'un des pionniers de la psychosomatique, écrivait déjà en 1939 que les plus grandes découvertes passées de la médecine sont en passe de devenir des obstacles majeurs pour les découvertes à venir.

*Après avoir mené pendant treize ans la direction scientifique du prestigieux *British Medical Journal*, Richard Smith déclara que les recherches financées par les industries pharmaceutiques étaient souvent subtilement manipulées afin de positiver les résultats en faveur de leurs produits. D. Leader et D. Corfield, les auteurs anglais d'un ouvrage récent sur la psychosomatique, rapportent plusieurs études, menées aux Etats-Unis, à propos de l'apport indiscutable des thérapies de groupes destinées aux femmes atteintes du cancer du sein. Ces études font état, de façon convergente, de la majoration d'espérance de vie de ces patientes. Même si ces études sont effectuées selon les mêmes méthodes que les recherches conduites par les laboratoires pharmaceutiques à propos des médicaments, elles n'ont jamais fait l'objet d'une promotion auprès de la population concernée. Alors que si un nouveau médicament s'avérait produire le même effet, il aurait connu le mérite d'être mis en avant dans les sociétés médicales.*

Les interrogations et les recherches en psychosomatique sont aujourd'hui à même de constituer un corpus épistémologique de la médecine, susceptible d'intégrer la formation des médecins.

Revenons à la psychanalyse et à sa conception des maladies d'expression psychique. Malgré les diverses théories en vigueur dont l'apport des psychanalystes français me semble de premier ordre, nous pourrions y trouver un dénominateur commun. Qu'il s'agisse de la théorie qui met en avant le défaut d'intégration mentale des affects –communément appelée

alexithymie -, qu'il s'agisse du concept de *pensée opératoire* de l'École Psychosomatique de Paris, ou qu'il s'agisse de ce que l'on appelle *holophrase* ou *forclusion*, eh bien dans toutes ces différentes approches des *maladies psychosomatiques* nous pouvons relever un point commun. Celui-ci est responsable d'un défaut majeur du psychisme à symboliser, c'est-à-dire à intégrer subjectivement les événements vécus. Ce défaut fondamental possède deux modes apparemment opposés d'expression qui pourtant relèvent de la même problématique. Ces deux modes déficients sont "l'absence" de vécu des événements, internes ou externes, ou bien leur présence exagérée. Non seulement le défaut d'intégration mentale, c'est-à-dire la forclusion des affects du sujet, mais aussi leur expression exagérée participent tous deux de la même problématique. Déjà bien avant les années 1900, Freud avait distingué deux modes d'expression hystérique: hystérie de conversion, où le corps prenait le relais de ce qui n'était pas intégré au niveau psychique, et l'hystérie d'angoisse dans laquelle l'exagération mentale des événements vécus par le sujet ne démontrait que leur défaut d'intégration.

Après cette rapide revue de l'abord psychosomatique, je me propose à présent d'étudier le rôle des troubles organiques d'expression mentale dans l'économie psychique. Il y a, dans cette économie un élément central que nous appelons *jouissance*. La jouissance dont il s'agit n'est pourtant autre chose que la souffrance. Ce paradoxe réside au cœur du cheminement analytique. Qu'est-ce alors la jouissance? C'est un terme technique qui se rapporte à ce que Freud appelait principe de plaisir. Elle désigne pour ainsi dire l'inflation de ce principe. C'est une exigence inconsciente de fonctionnement psychique autour de laquelle va graviter l'ensemble des pulsions. Pour emprunter un terme à l'économie, nous pouvons dire qu'elle est une plus value de plaisir, c'est-à-dire son inflation. Lorsque le plaisir se concentre sur un élément isolé au sein de la vie psychique, il n'engendrera

paradoxalement que la souffrance. Un exemple trivial pourrait illustrer ces propos: imaginons un enfant, qui sous prétexte de ne pas apprécier un tel aliment dans son repas, finira par s'en priver complètement en se passant également du dessert qu'il aime tout particulièrement.

Freud ramène le principe de plaisir à la loi d'inertie. La tendance de l'organisme, d'après lui, est à de remédier à la tension due à l'excitation provenant des motions pulsionnelles. Cela veut dire que l'organisme tend constamment à ramener l'excitation à son niveau le plus bas. Selon Freud, le plaisir est ce qui se produit suite à une telle réduction d'excitation. Dès lors, le point le plus idéal de cette tendance serait de ramener l'organisme au point zéro d'excitation.

Le principe de plaisir est en vérité la tendance de l'organisme à éviter le déplaisir dû à l'excitation grandissante des pulsions. Dès lors, le principe de plaisir n'est autre que le principe de réalité, lequel exige que le sujet évite le déplaisir.

La jouissance tout en dérivant du principe de plaisir, s'en écarte radicalement. C'est lorsque se produit un point de fixation libidinal au sein des pulsions. Tout se concentrera alors sur ce point précis pour constituer une butée pulsionnelle. Ainsi l'activité psychique se réduira-t-elle à la recherche d'une seule finalité, à savoir la satisfaction d'un élément pulsionnel, détaché de l'ensemble pour se forger une forme autonome de fonctionnement. Dès lors, le principe de plaisir s'institue au détriment de tout principe relevant de la réalité. Ce phénomène entraînera avec lui tous les avatars de la souffrance psychique.

Cette autonomie fonctionnelle nous conduit à procéder à une distinction sémantique entre mental et psychique. Est mental ce qui ne relève pas d'une ample élaboration psychique. Alors que le terme psychique se rapporte plutôt à la capacité du sujet à favoriser une intense activité intérieure.

Toutes les théories concernant les troubles psychosomatiques se rapportent, d'une manière ou d'une autre, à cet automatisme mental.

L'automatisme mental dont il s'agit arrive à son apogée lorsque le principe exacerbé de plaisir épouse une région corporelle. L'organisme se trouvera alors à la merci d'une telle recherche obstinée de jouissance/souffrance. Dès lors la machine s'emballant accablant l'organisme de son cycle infernal d'entropie.

*La question du choix de l'organe s'avère complexe et la clinique ne parvient pas toujours à l'expliquer. S'agit-il de ce que Freud appelle, dans le cadre des névroses narcissiques *fixation prédisposante*? D'après Freud, le mécanisme du refoulement adopte, dans un certain nombre de cas, un aspect *passif*. Un élément libidinal s'isole, dès lors, de l'ensemble des pulsions actives pour se fixer à un stade précoce infantile. La fixation prédisposante est en réalité l'échec du mécanisme du refoulement. De ce fait, elle n'est pas susceptible de devenir consciente. Elle constitue le point le plus vulnérable de l'organisme. Au moindre incident, elle fera irruption dans les dispositifs défensifs du sujet.*

Selon Freud, la fixation prédisposante conduit la libido à se détourner du monde extérieur pour se focaliser sur le moi narcissique. La partie libidinale, responsable de cette fixation, prendra, lors de son irruption dans l'organisme, un aspect offensif. Elle est alors susceptible de mettre en péril la barrière défensive du moi face aux motions refoulées.

Nous pouvons supposer que dans le cas de la douleur chronique cette partie passive de la pulsion se fixe plutôt sur un organe dont le fonctionnement sera altéré suivant un automatisme désubjectivant. Cela entraînera la région corporelle concernée à entrer dans l'entropie régissant le principe du plaisir. L'organe atteint échappera dès lors à la maîtrise du moi. Celui-ci devient, lui-même, l'organe douloureux. Ainsi la douleur, en tant que vécu psychique, est-elle toujours commotion. Le moi ne fera autrement

que de se laisser envahir par elle. Commotion est solidaire du déplacement, qu'il s'agisse de déplacement de symptôme ou de celui d'organe. Autrement dit, c'est la commotion qui rend le déplacement possible.

Mais le déplacement est le recours le plus naturel de l'organisme tel qu'il est pris en charge par les mécanismes de défense du moi. Il est à vrai dire une tentative de guérison.

La question que j'aimerais ici poser est de savoir si le paradoxe qui vient d'être mis en avant concernant les douleurs d'expression psychique ne pourrait pas un jour trouver écho dans les mécanismes mêmes du fonctionnement moléculaire. Nous savons qu'une substance chimique produit un effet donné dans l'organisme, mais aussi, sous certaines conditions, son contraire. Cela pourra peut-être apporter quelques éléments d'explication à ceux qui sont si souvent interpellés par le paradoxe régissant les douleurs chroniques. Le paradoxe est le socle sur lequel est construit à vrai dire tout l'édifice de la psychanalyse.