L'HYPOCONDRIE OU LA PSYCHOPATHOLOGIE D'UN CORPS EN SOUFFRANCE

Ilustration clinique

*Ourida BELKACEM-BEKKOUCHE**

Résumé

L'auteure présente l'hypocondrie dans ses abords théoriques et pratiques avec, pour toile de fond, la métapsychologie freudienne. L'investigation psychologique d'une jeune fille hypocondriaque, s'étayant sur l'entretien clinique, enrichie d'un matériel onirique et projectif met en exergue les particularités suivantes :

– le discours itératif autour de la douleur se centre principalement sur le corps. C'est le langage sur le corps par opposition au langage du corps qui domine. L'investissement narcissique prime sur la relation objectale avec une tendance à la paranoïa.

– au Rorschach, ces éléments se donnent à voir dans un contexte dépressif et angoissant où le sujet se projette dans des formes de mauvaise qualité avec une nette sensibilité à la couleur.

L'ensemble de ces aspects montre à quel point le travail sur la relation interpersonnelle, en particulier autour du transfert, est incontournable mais reste délicat pour une prise en charge effective du sujet.

Mots clés : Hypocondrie, Douleur, Fonctionnement psychique, Langage sur le corps, Dépression, Paranoïa.

* Chercheure, Enseignante. Université d'Alger.

ملخص

تقدم كاتبة المقال وساوس المرض في تناولاتها المرضية والتطبيقية، و هذا بالاعتماد، كأرضية عمل، على الميتافيزيقا الفرويدية. إن الفحص النفسي لشابة وسواسية المرض، المرتكز على المقابلة العيادية والغني بمادة حلمية و إسقاطية، يبرز الخصائص التالية:

- إن الحديث المتكرر للمفحوصة حول الألم يرتكز أساسا على الجسم، حيث أن الكلام حول الجسم يغلب التعبير بالجسم. الاستثمار النرجسي يطغى على العلاقة الموضوعية مع ميل إلى البرانويا.
- في اختبار الرورشاخ، تظهر تلك العناصر في سياق اكتئابي و مقلق، حيث يقوم الفرد بالإسقاط على أشكال ذات نوعية سيئة، مع حساسية واضحة للألوان.

يبين مجموع هذه المظاهر أن العمل على العلاقة البينشخصية، وخصوصا على التحويل، لا يمكن تجنبه بالرغم من أن ذلك يبقى صعبا بالنسبة للتكفل الفعلي للفرد.

الكلمات الأساسية:

وسواس مرضي، ألم، توظيف نفسي، كلام حول الجسم، إكتئاب، برانويا.

INTRODUCTION

La question de l'hypocondrie suscite de l'intérêt à plus d'un titre. Les psychanalystes, les psychosomaticiens autant que les médecins, psychiatres, psychologues, sont confrontés, dans leur pratique quotidienne, au symptôme hypocondriaque.

Causes psychiques ? Causes biologiques ? Les interrogations demeurent à ce jour posées. Néanmoins les thérapeutes s'assignent un but commun : soulager la douleur, la souffrance humaine. Mais le remède des spécialistes y parviendra-t-il un jour ?

Aux connaissances actuelles de cette pathologie où le psychisme joue un rôle prépondérant, s'ajoutent les croyances populaires, la magie d'un corps ensorcelé, réfractaire au traitement car habité par les mauvais « Djinns ». De fait, un voile mystérieux entoure cette maladie.

Face à cette problématique intéressante du point de vue psychologique, notre contribution personnelle s'attachera aux deux aspects suivants :

– découvrir et faire découvrir l'importance, la complexité de cette pathologie en nous référant à la littérature et aux diverses définitions qu'elle en donne,

– apporter un éclairage qui se voudrait original autant que pertinent, sur le plan de l'activité psychique.

C'est avec un arrière plan psychanalytique que nous tenterons de comprendre, à partir d'un cas précis, les mécanismes mis en place par l'appareil psychique dans le vécu de la maladie.

L'investigation se basera globalement sur l'entretien clinique enrichi de rêves, témoins d'une vie psychique inconsciente et la passation d'un test projectif, le Rorschach, qui a fait ses preuves en matière de connaissance de l'appareil mental.

I. Définitions

Le terme d'hypocondrie vient du mot grec « hypo », sous, derrière, et « khondros », organe interne se trouvant sous le cartilage des côtes, entre le ventre et la poitrine.

Dans l'antiquité, on pensait que le siège des humeurs abritait des maladies invisibles que le patient extériorisait par des plaintes lancinantes.

D'abord utilisée par Hippocrate pour désigner « le mal des hypocondres » du point de vue anatomique, « la maladie hypocondriaque » est décrite par Gallien à partir de la théorie des humeurs (Crocq L., Sailhan M., 1983).

Dans un tout autre domaine que celui de la science, Molière, précédant d'un siècle des études cliniques de plus en plus pointues, fait en 1673 pour la première fois, une observation critique et objective du « malade imaginaire », rôle qu'il attribue à Argan, personnage principal de la fameuse pièce devenue un classique universellement connu.

A partir de là, l'introduction d'un profil de personnalité lié à la maladie va se développer de plus en plus, accordant une place majeure au psychisme par rapport au corps.

Ainsi, l'hypocondrie se définit en 1781 comme une « affection nerveuse que l'on a cru autrefois d'origine abdominale et qui rend le malade angoissé pour sa santé ». (Guendeney C., Weisbrot C., p. 29).

Quant à la définition du Littré qui date de 1860, mais qui demeure toujours actuelle, elle étoffe la précédente en la qualifiant de « sorte de maladie nerveuse qui, troublant l'intelligence des malades, leur fait croire qu'ils sont attaqués des maladies les plus diverses, de manière qu'ils passent pour malades imaginaires, tout en souffrant beaucoup, et qu'ils sont plongés dans une tristesse habituelle » (Guedeney C., Weisbrot C. p. 29).

On remarque ainsi que les affects d'angoisse et de tristesse accompagnent la douleur du corps.

Un peu plus tard, en 1875, Seglas (in Crocq L., Sailhan M., 1983,), apporte des éléments sémiologiques supplémentaires en décrivant cette affection comme « un état psychopathique caractérisé par des préoccupations exagérées sur l'état de santé, en rapport avec des sensations subjectives que le malade cherche à interpréter d'une manière plus ou moins raisonnable dans leurs causes et dans leurs conséquences ». (p. 9).

En tous cas, quels que soient les ouvrages ou les articles traitant de ce sujet, le lien psyché – soma est sans cesse évoqué. De plus, ces écrits montrent à quel point l'hypocondrie constitue une énigme de taille pour les spécialistes, dans leur pratique clinique et leur recherche théorique.

II. Tableaux cliniques

Doté de signes polymorphes, le phénomène de l'hypocondrie est difficile à comprendre. S'apparentant avec d'autres figures psychopathologiques,

il ne fait pas le consensus des médecins, psychiatres, psychanalystes, ce qui ne permet pas de l'introduire dans une nosologie bien spécifique.

Pour Freud (1914), l'hypocondrie entre dans le cadre des névroses actuelles car ses contenus représentatifs ont trait à l'actuel par opposition au refoulé.

Pour les auteurs contemporains comme Crocq L. et Sailhan M., (1983,), c'est «plus une attitude pathologique ou un mode de relation au corps qu'une entité nosographique limitée ». (p. 8).

Justement, dans ce sens, l'observation et le suivi des malades met en évidence l'existence de formes lourdes jusqu'à devenir invalidantes, des formes chroniques, transitoires ou légères.

Gibeault A. (1995) se demande, à ce titre, si cet état psychique pourrait se retrouver aussi bien dans les névroses que dans les psychoses. A cette question, nous avancerions que les deux cas cliniques présentés par Hesnard A. (1931,1995) démontrent qu'il existe en effet deux types d'états hypocondriaques évoluant l'un vers les névroses, l'autre vers les psychoses.

Nous voyons bien ainsi que le statut du symptôme hypocondriaque reste ambigu. En effet, on se demande si c'est le soma qui est réellement douloureux ou si c'est la représentation des sensations douloureuses qui font gémir et geindre le malade.

Toujours est-il que ce qui est le plus privilégié dans la relation du sujet, c'est l'investissement du corps par rapport à celui de l'objet. De nombreux auteurs s'accordent pour avancer que le poids de l'investissement narcissique empêche la mise en place d'une relation objectale équilibrée, entre libido et agressivité.

III. L'investissement narcissique et la relation objectale

Pour James S. Groststein (1995), l'hypocondrie peut être considérée comme une névrose narcissique d'organe traduisant la faillite d'un contenant maternel à soutenir et supporter les expériences sensorielles et émotionnelles du nourrisson. Il s'ensuit un processus pathologique rendant compte de l'accumulation de la libido narcissique sur un moi fragile qui n'a de solution que la projection dans le corps, considéré alors comme premier objet extérieur.

Dans le droit fil de ces hypothèses, cet auteur rejoint Freud qui introduit en 1914 le concept de narcissisme pour opposer la libido du moi à la

libido d'objet. En effet, dans le chapitre intitulé « la théorie de la libido et le narcissisme », ce dernier explique que dans l'hypocondrie, « la libido retirée des objets rentre dans le moi pour s'attacher avec force à la partie du corps malade » (Freud, 1922, p. 396).

Au cours de la vie, en particulier dans le développement normal de la personnalité, ce moi, agrandi par l'importante quantité libidinale dont il a été investi, peut donner naissance à un narcissisme secondaire qui se traduit par la manie des grandeurs, « la toute puissance des idées, la prédominance accordée aux processus psychiques sur les faits de la vie réelle... » (Freud 1923, 1965 p. 135).

Mais tel n'est pas le cas dans l'hypocondrie.

Si nous devions donner une explication à ce défaut de fonctionnement, nous retrouverions un fait constant dans la littérature, celui de la référence à une privation de la protection du corps maternel au moment de la première phase narcissique. Celle-ci s'intercale entre la phase d'auto-érotisme et celle du choix de l'objet.

Rosenfeld H. (1958, 1995) précise d'ailleurs que « les tendances sexuelles, qui étaient indépendantes les unes des autres, se réunissent en une seule et sont dirigées vers un objet, lequel d'ailleurs n'est pas un objet extérieur, mais le propre moi de celui-ci qui, à cette époque, est déjà constitué. » (p.78)

En ce sens, « les malades atteints de névrose narcissique ne possèdent pas la faculté du transfert. » Ils ne sont pas accessibles à son influence car le mécanisme de la guérison ne se laisse pas établir. « ils restent ce qu'ils sont » (Freud, 1922, p. 424).

En fait, c'est cette nuance qui différencie la maladie organique de l'hypocondrie. Certes, toutes deux procèdent de modalités semblables de fixation de la libido sur le moi. Mais dans la première, la maladie organique, il subsiste un investissement objectal alors que dans la seconde, l'hypocondrie, nous pouvons parler d'hyperinvestissement narcissique.

C'est pourquoi, à la différence de l'angoisse névrotique, l'angoisse hypocondriaque se manifeste par l'accumulation d'énergie libidinale concentrée sur le moi seul.

Pourtant, et fort heureusement, il arrive qu'un investissement objectal « à minima » ouvre la voie à un réinvestissement de l'objet, ce qui correspond au passage de la représentation corporelle de la douleur à celle psychique, grâce à des modalités de liaison que le moi mettrait en place.

C'est ce remaniement que le thérapeute attend de son patient au cours du traitement.

Mais cette dernière considération ne doit pas être comprise de manière radicale : Pragier G. (1995), s'appuyant sur les écrits de Tausk, Freud et Federn, avance qu'il existe en effet une oscillation entre libido narcissique et libido objectale mais « dans le même temps, l'organe aliéné dans le corps apparaîtrait comme un ennemi extérieur, comme une machine utilisée à faire souffrir le malade. » (p. 77).

On comprend par là que la réalité externe, bien qu'elle existe chez l'hypocondriaque, revêt quand même une connotation paranoïaque.

IV. Le noyau paranoiaque

Ainsi, nous voyons s'installer une forme morbide de paranoïa qui s'ajoute au tableau clinique de l'hypocondrie.

Ce noyau paranoïaque qui caractérise l'hypocondrie va donner du fil à retordre au thérapeute car « dans la névrose narcissique la résistance est insurmontable » (Freud, 1922, 1981, p. 400). Les patients, réfractaires au traitement, s'opposent à leur médecin.

Alors qu'une lutte normale s'engage chez le névrosé hystérique ou obsessionnel pour sa guérison, celle-ci se trouve compromise chez l'hypocondriaque. Ainsi, on constate une tendance au transfert négatif chez ces personnes incapables d'investissements libidinaux d'objet.

Cette problématique concerne aussi bien l'assise de l'être lui-même que sa relation à l'autre. Dans ce cas, les effondrements relationnels qui s'ensuivent entraînent le repli sur un moi fragilisé. Apparaît alors un phénomène de clivage où l'idéalisation primitive, comprise comme « manifestation directe d'un fantasme primitif protecteur » (Kernberg O., 1997, p. 56, 57), cohabite avec une identification projective contaminée par le mal. Il arrive alors que le délire hypocondriaque s'associe avec un délire de persécution.

C'est ce que Freud (1922, 1961) remarque dans la majorité des cas : la personne aimée avant la maladie devient persécutrice. Elle peut être remplacée par une autre personne connue, toujours du même sexe que le malade. Il en conclut qu'il faudrait voir là une défense de l'individu contre une tendance homosexuelle devenue trop forte.

Pour se défendre de telles tendances, l'analyse découvre «des reviviscences d'attraction et de répulsions infantiles » (Hesnard A., 1995 p. 17)

que le sujet travestit en ayant recours au double mécanisme de la désexualisation hypocondriaque et de la projection paranoïaque.

A ce sujet, le point de vue de Green A. (1973, p. 178) est clair : « l'organe hypocondriaque enserre dans les mailles de son réseau un objet interne en perdition ; ainsi contenu, cet objet en surveillance devient à son tour objet de scrutation et de persécution. Il ne peut être ni lâché, ni annulé ».

Néanmoins, Rosenfeld H. (1958, 1995), apporte une nuance à ces propos : il suppose plutôt une « succession de deux mouvements : une projection aboutissant à la présence d'un objet persécuteur externe forgé par les attaques envieuses, précéderait l'identification projective. On se trouverait alors devant un mécanisme de type paranoïaque. » (p. 78)

Du coup, le mal ressenti à l'intérieur du corps se projette à l'extérieur sur les objets proches du sujet qu'il considère d'un œil accusateur.

C'est pourquoi il n'est pas étonnant d'observer l'importance accordée à la superstition dans la vie du patient hypocondriaque. Celui-ci se défend par exemple de la sorcellerie dont il se croit l'objet par des actes purement magiques destinés à détourner de lui le mauvais œil.

Il ressort enfin que le manque d'intériorisation du bon objet, marqué par un vide interne que seule la maladie peut combler, va s'exprimer par un état dépressif chronique dans un discours centré autour de la douleur.

V. La dépression

L'état dépressif de l'hypocondriaque renvoie à l'absence de soutien maternel, à la perte d'objet : un deuil non élaboré

D'après Pragier G. (1995), la faille qui vient rompre le silence du corps dans l'hypocondrie peut s'expliquer par l'instauration d'un mécanisme de défense que l'on retrouve dans les organisations limites : le déni de la perte d'objet. Celui-ci « affecte les capacités du moi qui échouent à psychiser certaines sensations somatiques. (...) L'organe émet un message de souffrance sans portée symbolique » (p. 75-76).

Le surinvestissement de la représentation de mots se donne à voir par des projections où sujet et corps-objet coïncident totalement. Du coup, nous comprenons Jeanneau A. (1990, p. 85) lorsqu'il intitule son article « l'hypocondrie ou la mentalisation de l'impossible ». Selon lui, « la tentative psychique se rend à la vérité que la douleur est bien physique », c'est-à-dire qu'elle ne tolère aucune représentation de choses, aucune symbolisation.

Le sujet se prenant donc pour objet tombe ainsi dans la dépression parce que l'identification se fait narcissique. Il tourne son regard vers une fonction invisible qu'il localise dans le corps. Ce corps dont la solidité incertaine peut se manifester aussi bien dans la défaillance de la marche que dans celle du cœur ou un autre point désigné, risque de devenir une redoutable « machine à influencer » que Tausk évoque en 1919. C'est d'ailleurs cette idée que Freud illustre par l'exemple du Président Schreber (1903, 1911). A l'extrême, c'est d'un délire sur le corps ou d'un corps halluciné qu'il s'agira.

Riches des ces éléments que la théorie nous apporte, nous allons examiner maintenant l'aspect clinique de la question en nous centrant sur ce qui nous apparaît le plus intéressant à relever à l'entretien aussi bien qu'au Rorschach d'une patiente hypocondriaque.

Illustration clinique

Elle se fera à partir des données de la clinique. La présentation du cas choisi sera suivie de résultats dont l'interprétation mettra en évidence l'investissement narcissique et objectal en faisant ressortir le noyau narcissique dans un contexte dépressif.

I. Présentation du cas

Kahina, 28 ans, célibataire, nous est adressée par son médecin traitant qui dit « ne plus savoir quoi faire pour elle ». Malgré des douleurs et des plaintes lancinantes, la patiente ne présente aucun trouble physiologique nécessitant un traitement d'appoint. Les examens médicaux n'ayant rien donné de particulièrement anormal, le médecin, las, désarmé mais aussi intrigué par un discours répétitif, parsemé parfois de « bizarreries », décide de l'orienter pour une prise en charge psychologique.

La jeune fille arrive à la première consultation avec une demi – heure d'avance. Lors des deux premiers déplacements, elle est accompagnée par sa sœur. Dont elle justifie la présence par le fait qu'elle ne connaît pas l'adresse et la manière d'y parvenir.

De taille moyenne, paraissant plus jeune que son âge, le visage pâle et crispé reflétant une anxiété à fleur de peau, les yeux noirs légèrement globuleux, elle donne l'impression d'un laissé aller accentué par le désordre d'une chevelure brune.

La forte tension que dégage la patiente dès le premier contact s'exprime directement dans son discours : « je souffre et mon corps me fait mal ; le médecin dit que je n'ai rien et ça, ça m'inquiète ».

A la fin de l'entretien préliminaire, nous obtenons l'accord de la patiente pour lui faire passer un Rorschach et nous établissons une alliance thérapeutique en vue des prochains rendez-vous.

II. Résultats et interprétation des données aux entretiens et au Rorschach

Dans cette partie, nous allons présenter le matériel clinique et son analyse en le reliant directement avec les traits saillants de l'hypocondrie que nous avons vus dans la partie théorique consacrée, souvenons-nous :

a) à l'investissement narcissique et à la relation objectale
b) au noyau paranoïaque
c) à la dépression

a) l'investissement narcissique et la relation objectale

A l'entretien, les données anamnestiques révèlent que Kahina occupe le troisième rang d'une fratrie de cinq enfants soit 4 filles et 1 garçon. Se reprenant sur ce point, elle précise que le troisième enfant était en réalité un garçon décédé avant sa propre naissance, à la suite d'un accident. Il aurait été renversé par une voiture. La venue de ce premier garçon était précédée par celle de deux filles, les aînées de la patiente.

Alors que celle-ci était âgée de 5 ans, sa mère meurt suite à un accouchement prévu déjà comme fatal. Il semble qu'un conflit opposait le couple au sujet du choix de l'hôpital : « Ma mère n'aimait pas cet hôpital car elle était certaine d'y passer. Mais mon père insistait, il l'a obligée et elle est morte à cause d'un gros caillot de sang ».

Le nouveau né, un garçon, a été élevé pendant les premiers mois par la grand-mère maternelle. Le père ne tarde pas à se remarier avec une femme d'un certain âge, sans enfants, qui se charge aussitôt du nourrisson.

A l'évocation de ce personnage féminin, Kahina éclate en sanglots. « On avait beaucoup de problèmes avec ma belle-mère parce qu'elle s'occupait exclusivement de ses nombreux neveux et nièces, surtout des filles (5 nièces) qu'elle mariait l'une après l'autre. Elle faisait une grande différence entre eux et nous. Nous en avons beaucoup souffert. Des bagarres quotidiennes éclataient à la maison »

Fort heureusement, depuis le mariage de la dernière nièce source d'une forte crise dans la famille, le père a mis le holà. L'environnement familial est enfin préservé : « ça va mieux mais maintenant ma belle-mère se venge autrement ; elle nous fait « zkara ».

La question sur les activités professionnelles met en exergue une période de chômage pendant laquelle elle subissait de fortes pressions de la part de son père qui l'incitait à se marier. Elle poursuit en faisant des associations sur son état de santé : « j'ai pris le lit pendant environ une année car j'avais tout le temps mal partout, surtout aux jambes ».

Etait-ce là une manière de se soustraire à l'autorité paternelle : se trouver un « alibi » assez plausible pour ne pas affronter le monde du travail ou bénéficier d'un maternage constant pour mieux régresser dans la maladie ?

Toujours est-il qu'il reste de cette période, d'où elle a émergé récemment en occupant un poste dans une administration, des plaintes somatiques que la consultation suivante enregistre dès le premier abord : « Déjà vers 5 - 6 ans, je souffrais de rhumatismes articulaires comme ma mère ».

Ces jours-ci, c'est aussi l'intérieur de la moitié inférieure du corps qui est douloureux Les ovaires, en particulier lui font mal depuis 3 mois. D'ailleurs, remarque t-elle, les dernières menstrues ont été extrêmement douloureuses, ce qui n'est pas nouveau car elle se rappelle avoir eu la même chose pendant un an avec, en sus, « une infection au sexe, des champignons ».

Globalement, nous retenons que les conflits interpersonnels dominent la vie de Kahina. En outre, la relation objectale se révèle défaillante dès sa prime enfance avec une mère malade qui a disparu très tôt puis remplacée rapidement par une marâtre en continuel désaccord avec les enfants. Le père, sans doute dépassé par ces tensions, marque son impuissance en l'incitant au mariage, ouverture impossible à envisager par la patiente qui est trop obnubilée par le mal qui habite son corps.

Le repli narcissique lorsqu'elle prit le lit pendant une année et les récentes douleurs ciblant la sphère génitales sont les seules réponses possibles de la malade pour gérer l'angoisse.

Cette douleur va clairement s'exprimer au test projectif.

Le Rorschach

La mise à l'épreuve de l'unité corporelle se retrouve tout au long du protocole En particulier, les planches compactes I, IV, IX, qui font juste-

ment référence au corps, mettent en exergue aussi bien la fragilité narcissique de Kahina que ses difficultés à gérer une angoisse patente. En outre, elles rendent bien compte de la défaite d'un corps décharné, meurtri d'avoir trop lutté.

pl. I. « ... un papillon qui vient de sortir d'une bataille. Il est triste... la défaite aussi ».

Pl II « Le sang ? Une blessure, une déchirure ».

pl. IV « ça me rappelle une souris disséquée qu'on a faite au lycée... je sens mon mal à l'intérieur, mes douleurs, ma souffrance. C'est l'inquiétude, je suis très inquiète ».

pl. IX « ... C'est peut-être mon organisme parce que quelquefois j'ai mal. ça représente les poumons, le cœur par là et l'abdomen. Y a cette douleur parfois là. »

Remarquons le glissement de la perception externe du papillon vers une réalité interne où soi et objet se confondent dans les affres de la souffrance en passant par la « blessure, une déchirure » de la planche II.

Observons la projection à ces quatre planches : la sollicitation à la régression domine ici : c'est à un niveau plus archaïque que Kahina fonctionne. Elle fait référence directement à son propre corps et ne tient même plus compte des limites entre le dedans et le dehors. L'enveloppe corporelle est déchirée, trouée ;elle désigne la douleur en la projetant sur la planche et en elle.

Enfin, dans tout le protocole, nous n'enregistrons aucune mise en relation des représentations dans les planches bilatérales attestant ainsi des préoccupations narcissiques de la patiente.

Nous allons voir maintenant que le mal interne, projeté à l'extérieur, va réveiller le noyau paranoïaque qui caractérise sa personnalité

b) le noyau paranoïaque

Nous allons le retrouver aussi bien dans l'entretien que dans les activités oniriques ou dans le discours rorschach.

La tante maternelle de Kahina a joué jusqu'à récemment un rôle prépondérant, celui de substitut maternel.

Chaque fois qu'un éventuel parti se présente pour demander sa main, elle se confie à sa tante. Toutes les deux vont consulter des voyantes pour estimer les chances de réussite d'un mariage possible.

Néanmoins, lors de la dernière demande en mariage, sa tante l'aurait déçue. Avec hargne, elle nous apprend que depuis cet épisode elle ne lui parle plus.Ce qu'elle justifie en disant : « je n'ai plus confiance en elle et je pense qu'elle doit m'attaquer de loin par l'intermédiaire de ses propres voyantes. C'est pour ça que j'ai encore mal partout. Je ne vais plus chez elle et je ne mange rien de ce qu'elle envoie ».

On retrouve ce revirement sur le plan professionnel avec une collègue qu'elle présente comme idéalement bonne, sympathique, gentille, qui la couvre auprès du chef de service lorsqu'elle sort du travail avant l'heure. Cette collègue devient, au bout de trois semaines, «mauvaise » car elle ne lui parle plus, ne l'excuse plus pour ses absences et la regarde avec indifférence. Ce retournement de la situation suscite chez la patiente jalousie et envie : « elle est plus jeune, plus belle que moi ; elle parle facilement avec les collègues. Il faut voir comment elle est sollicitée. Moi, personne ne tourne autour de moi, c'est à peine si on me regarde ou on me dit bonjour ».

Nous relions cette réaction de retournement à ce que nous avons vu plus haut dans le volet littérature où la personne aimée devient persécutrice.

Cet aspect particulier que l'on retrouve chez l'hypocondriaque apparaît de manière plus subtile dans un rêve qu'elle nous rapporte :

« J'étais avec ma mère, non, ma belle-mère et j'ai vu un bocal avec du sucre. J'ai voulu goûter en y mettant un doigt. Je vois soudain qu'il est plein de vers, non, de têtards (on a un puits plein de têtards). Ils persistaient à me pincer, à me faire du mal. Ma sœur est venue et a jeté le bocal ».

Nous relevons ici le clivage du bon et du mauvais objet incarné par la représentation d'une mère bonne qui devient, au décours d'une annulation la belle-mère (mauvaise) ; quant au contenu du bocal, attirant au début car sucré, il devient mauvais et se charge d'agressivité. Enfin, l'arrivée d'une sœur salvatrice est investie comme un objet idéalement bon ; pas pour longtemps.

Dans le rêve qui a suivi celui-ci, une voix « off » lui annonce que sa « sœur est pleine de shor » (sorcellerie)

En revanche, au Rorschach, la représentation paranoïaque apparaît plus crûment.

A l'enquête des limites de la planche III, le mauvais objet est à l'intérieur : « C'est peut-être un monstre à l'intérieur », nous dit-elle.

Celui-ci est perçu à l'extérieur à la planche IX où il est directement relié au mal à l'enquête.

« y a des yeux d'un monstre peut-être qui veut faire du mal... ses griffes » (montre un petit détail sur la planche).

A l'enquête, « le mal est provoqué par le monstre ».

En tout état de cause, ce qui ressort globalement des données de la clinique c'est la crainte et l'inquiétude associées à une souffrance constante tout au long du discours et ramenée à soi comme si c'était l'unique façon pour elle de combler son vide interne.

Ce dernier va se donner à voir par une attraction vers le pôle dépressif où elle balancera entre un idéal positif et des éléments masochistes

c) La dépression

N'oublions pas que Kahina est une fille du deuil, une enfant de remplacement, peut-être un souffre douleur d'une mère inconsolable dont les attentes n'ont pu être comblées après la perte brutale du premier fils.

Nous pensons que le décès de la mère en couches aurait réactivé chez la patiente la problématique de perte du frère où elle a joué, malgré elle, le rôle d'enfant – substitut, enfant – bouche-trou.

La relation symbiotique à la mère transparaît dans une identification projective quasi totale lorsqu'elle affirme que vers cinq ans elle a eu des rhumatismes articulaires comme sa mère. Elle reporte ainsi sur son propre corps les souffrances de cette mère disparue, un deuxième deuil non élaboré sur le plan mental. Sujet et objet deviennent un pour exprimer la douleur de l'objet perdu.

A partir de là va s'opérer un glissement vers un comportement masochiste qui va alimenter son état dépressif.

Souvenons-nous que dans la partie théorique réservée à la dépression, nous avions relevé que la défaillance du corps pouvait être désignée par un point précis qui pouvait être la marche, par exemple. A ce propos justement, nous l'avons vu plus haut, pour échapper à la pression paternelle et aux conflits familiaux, Kahina avait connu une période de repli narcissique en prenant le lit pendant une année durant laquelle elle ne serait pas sortie de la maison.

Par la suite, au courant de la prise en charge, nous apprenons qu'elle se foule puis se refoule la cheville entre deux consultations : « je souffrais tellement que j'ai failli ne pas venir ». Est-ce un hasard si le choix de la douleur s'est porté sur l'appareil locomoteur ? Ne plus pouvoir se déplacer pour ne plus affronter les conflits et ne plus se faire traiter par nous ?

A l'opposé de ce masochisme patent qui la mène inexorablement à un état dépressif, la patiente livre des sentiments de valorisation, d'omnipotence mêlée de pensée magique correspondant à un réinvestissement du moi, qui agissent comme antidépresseurs. Nous en donnant un exemple relevé dans un de ses nombreux rêves témoins d'une activité psychique de bon augure.

« J'étais vêtue d'une robe ordinaire blanche, très belle sur moi. J'étais bronzée et ça m'a mise en valeur. J'étais en train de tournoyer lorsqu'un jeune homme m'a flattée en me disant que je tournoyais bien. Une ancienne copine, qui se trouvait avec moi, fait remarquer qu'elle aussi tournoie bien. Elle portait la même robe mais elle lui seyait moins bien. Le jeune homme lui réplique que moi, je le faisais mieux ».

Il s'agit d'une relation spéculaire entre deux jeunes filles dans un contexte de rivalité féminine symbolisé par la valorisation de l'une, la dépréciation de l'autre. Ce scénario, qui se termine brutalement, dévoilerait une faille narcissique qu'un moi clivé ne réussirait pas à combler. Le but thérapeutique consisterait à instaurer un mécanisme suffisamment solide pour « hystériser » le jeu de cette scène, érotiser symboliquement la relation pour former un couple avec le jeune homme.

Toujours dans le sens d'une remontée, nous enregistrons par à coups quelques mouvements de lutte anti-dépressive au cours de la prise en charge.

Après la première consultation où elle était apparue la mine défaite, Kahina se présente par la suite maquillée soignée, presque élégante. Il lui arrivait de ne plus parler de ses douleurs mais plutôt de ses aspirations. « J'aimerais tant reprendre le sport, coudre, crocheter ou tricoter ».

Mais, quelques séances plus tard, nous notons une absence, puis deux. Enfin nous apprenons que, malgré un élan vital qu'elle exprime par le sentiment qu'elle plaît à un jeune homme rencontré régulièrement dans le bus et une ambition de plus en plus grande d'investir dans des travaux manuels, elle veut arrêter le traitement.

Certes, elle reconnaît que les douleurs ont disparu mais son état reste dépressif : « ça ne va pas, je ne suis pas heureuse, je ne me sens pas bien, ni au travail ni à la maison ».

En effet, pour sortir de la position dépressive, il reste à faire le travail de deuil, une entreprise de longue haleine...

Au Rorschach, le protocole baigne dans une atmosphère dépressive où douleur et tristesse se conjuguent comme un leitmotiv. La persévération

dans le discours dysphorique se retrouve aussi bien dans la succession des planches qu'à l'intérieur d'une même planche.

La charge angoissante sollicitée par le matériel, inélaborable au niveau du psychisme, déborde et ne peut être canalisée que vers les seules voies de l'expression somatique.

La formule d'angoisse est très élevée, 40% au regard des 12% de la norme avec une majorité de contenus anat et sang. Ce dernier nous rappelle le décès de la mère en couche « à cause d'un gros caillot de sang ».

L'excitabilité à la couleur est révélée par un TRI pur extratensif. Il est nuancé par la présence des C', témoins indéniables d'une sensibilité dépressive.

L'enquête de la IX souligne nos propos :

« ces taches, ces couleurs mélangées, c'est la douleur, la souffrance, le mal ».

D'après Chabert C. (1983, p. 71), la référence maternelle de cette planche dénommée planche utérine se justifie par « l'interpénétration des couleurs, le flou des limites ».

A contrario, on note à la X, comme dans le rêve cité plus haut, un mouvement euphorique que l'on retrouve à la fin, dans le choix positif, témoin d'un possible rééquilibrage du fonctionnement.

« Plein de couleurs ! ça représente la joie (...) »

« C'est la joie, la vie dont je rêve : d'être heureuse. »

Malgré ces tentatives de survie, il est indéniable que l'équilibre psychosomatique de Kahina est encore loin de se stabiliser, la dépression est là qui guette tout comme le mauvais objet qui est en elle et qu'elle tente de rejeter.

CONCLUSION

Cette illustration d'un cas d'hypocondrie nous a montré l'étroite relation entretenue entre la psyché et le soma où la douleur et la souffrance se mêlent à des éléments paranoïaques persécuteurs générateur d'une angoisse difficilement gérable en raison de la pauvreté des représentations. On comprend alors que le détachement de la libido narcissique fixée ici principalement sur le corps malade ne peut se faire qu'au prix d'une élaboration de la perte d'objet en passant par le travail psychique.

Encore faudrait-il que la patiente puisse supporter la relation transférentielle de la prise en charge.

C'est à ce prix seulement que pourra s'établir un équilibre entre l'investissement narcissique et la relation objectale.

RORSCHACH DE KAHINA 28 ANS

TEXTE	ENQUETE	COTATION
I 35 '' **1 Je vois un insecte,** **2 un papillon ; je m'exprime encore plus ? (comme vous voulez).** **Je vois un papillon un papillon qui vole je crois.** **La tristesse aussi...** **qui vient de sortir d'une bataille peut-être qu'il s'est battu il est triste... la défaite aussi.** 2'	(G) « ces petites taches en bas, c'est la tristesse c'est comme s'il s'est battu, il est sorti malheureux, défait, déçu aussi. La couleur, c'est la déception, le gris, le noir ça représente la déception, la tristesse. C' La forme aussi ; les taches, c'est comme s'il est déchiré. » [G FE A Ban]	G F+ A G KanC' A Ban → C' disphorie
II 15" '' 3 Le sang ? 4 Une blessure... une déchirure (renifle souvent) ... C'est tout (se mouche) 45 ''	« Là, j'ai dit le sang parce que j'ai vu le rouge, la douleur. (les D rouges) La couleur aussi ne me plaît pas, c'est une couleur triste mélangée au sang, c'est une plaie, une déchirure : (D rouge sup) La plaie, c'est la forme, la couleur, c'est la tristesse » (G)	D C Sg G EF déchirure/plaie → C, C' disphorie

III 15" **5 C'est un nœud d'un costume d'un beau costume** **6 d'un bel homme.** **7 Des larmes de joie peut-être. (renifle)** **1'40"**	« Là, je vois un homme vêtu d'un costume de fête, c'est la joie, des larmes de joie, bien sûr » (costume : D noirs lat., nœud : D rouge médian ; larmes : D rouge ext. L'homme ; Gbl, sa tête : le blanc sup de la planche) E. L. « C'est peut-être un monstre à l'intérieur » [G F-(A) / (H) (Personnages ?) « De ma vie ? » (Représentations humaines ?) « Oui, je vois 2. Non, je n'ai pas pensé à ça du tout. J'ai vu autre chose »	D FC Vêt Ban Gbl F - Hd D E élém euphorie
IV 15" **(rit) ça me rappelle une chose,** **8 une souris disséquée qu'on a faite au lycée ... Je me sens mal à l'intérieur, mes douleurs, ma souffrance... c'est l'inquiétude, je suis très inquiète.** 1' 50"	**(G)** « c'est une souris disséquée ;ça m'a frappée ; quand j'étais adolescente, c'était la première fois qu'on a disséqué un animal. Et puis, c'est triste, j'aime pas trop la couleur, la couleur, c'est triste aussi. Peut-être, j'ai un mauvais souvenirs de mon adolescence, je sais pas, parce que ça me rappelle quelque chose. L'inquiétude, c'est surtout la couleur, même la forme. Pour la dissection, ça m'a écœurée parce que…	Réf. personnelles G FClob A → C' Plaintes corporelles

V 9 C'est une chauve-souris... une chauve-souris qui vole... c'est tout... 1'	G	G kan A Ban
VI 6" 10 Là, c'est un chat... Il y a toujours une tristesse...c'est tout 1'10"	G « J'ai dit que c'est un chat un chat heu... la douleur, l'inquiétude. La forme et la couleur aussi. La forme d'un chat qui... je vois seulement sa peau. Il est coupé, étalé (montre puis dit :) moustache, tête, cou, corps »	G FC' A → E disphorie
VII 11 C'est une carte géographique (répète)... 12 c'est comme des pouces... des pouces comme ça (dresse son pouce)... c'est tout 1'	« j'ai dit carte géographique (G) et j'ai vu aussi des mains qui faisaient ça, des pouces levés (fait le geste ; D 1er et 2e tiers) rép. Add. « la forme d'un paysage et la mer tout autour » [Gbl F+ pays/élém]	G F+ Géo D F - Hd → kp
VIII De belle couleurs !... 13 Là, c'est un papillon rose. 14 Là, c'est un drapeau 15 c'est comme des tigres, ché pas. 16 Là, c'est un arbre... Les couleurs me plaisent ... c'est tout. 1' 15"	 D rose orange en bas D 2e tiers bleu « c'est peut-être heu la paix » D lat D gris en haut	Euphorie D FC A D F+ A Ban D FC Bot

IX 45 '' C'est peut-être mon organisme parce que quelquefois j'ai mal ; 17 Ça représente les poumons 18 le cœur par là 19 et l'abdomen. Y a cette douleur parfois là. 20 Y a des yeux d'un monstre peut-être qui veut faire du mal… ses griffes (montre traits verts entre rose en bas et vert en haut) c'est tout. 2'	« Là, j'ai dit mon organisme : c'est mes poumons (D brun en haut) (D les 2 verts lat. vus ensemble) (D partie rose entière en bas) Il y a ces taches, ces couleurs mélangées, c'est la douleur, la souffrance, le mal et celui-ci est provoqué par le monstre (rose entier du bas, une partie de l'axe médian jusqu'au début de la grande lacune) à l'intérieur il a des yeux (Ddbl fente à la base de la lacune centrale), ses griffes aussi (Dd traits verts entre rose en bas et vert lat.)	Réf. personelles au corps D FC Anat D F - Anat D F - Anat → Clob → E DblD FClob (A)
X 5" Plein de couleurs ! … ça représente la joie, l'humour mélangé avec hadik la douleur… 1'10"	« C'est la douleur. J'ai dit que c'est la joie. Y a plusieurs couleurs heu… mélangées à la douleur. C'est la fête… Y a toujours de l'inquiétude et ma douleur, sens de l'humour aussi. Les belles couleurs, c'est flagrant, c'est la joie. Mais il y a toujours cette couleur grisâtre qui ne me plaît pas : crainte, douleur, inquiétude. Je vois aussi mon organisme à l'intérieur.	G C joie → Clob

	Réponses add. « mes poumons (D gris médian entier en haut) [D F+ Anat] mon cœur (D rose lat) [D CF Anat] mes ovaires (D jaune lat) [D F-Anat] mes reins (D bleu médian) [D F-Anat] Ya de la douleur à l'intérieur (D gris médian entier) Et ceci, c'est des feux d'artifice (D bleu lat), ça représente la fête, y a une ambiance de fête, d'humour aussi. » [D Ckob Frag]	

Choix + Pl. III « ça représente mon rêve peut-être »
X « C'est la joie, la vie dont je rêve : d'être heureuse »
Choix – Pl II et IV parce que là, la couleur, j'aime pas, ça m'énerve d'ailleurs (rit.)

PSYCHOGRAMME

R 20 TT 14' T/rép. 8' T. lat. moy. 10" T. A. G D TRI 0K/4,5C Fc 2kan/2,5E RC% 40 Formule d'angoisse : 40%	G 8 Gbl 1 G% 45 D 10 DdblD 1 D% 55	F 7 F+ 3 F- 4 Kan 1 KanC' 1 C2 FC 4 FC'1 E1 EF1 FClob2 3 → C' 1 → C 2 → E 2 → Clob 1 → Kp	A 4 (A) 1 Hd 2 Sg 4 Déchirure/plaie 1 Vêt 1 Elém1 Géo 1 Anat 3 Joie 1 Bot 1	F% 35 F% él. 85 F+% 43 F+% él.76 A% 40 H% 10 Ban 4 Choix + III, X Choix – II, IV

BIBLIOGRAPHIE

BOIZOU M.-F, CHABERT C., RAUSCH TRAUBENBERG N. (1978) Représentation de soi, identité, identification au Rorschach chez l'enfant et l'adulte. *Bulletin de Psychologie* T. XXXII n°339.

CHABERT C. (1990) Entre dedans et dehors. La contrainte au Rorshach. *Adolescence* 8.1.185-198.

Cliniques du corps en souffrance. Cliniques méditerranéennes (1993) n°37/38 Eres.

CROCQ L., SAILHAN M. (1983) Névroses actuelles (Neurasthénie ; Psychasthénie ; Névrose d'angoisse ; Hypocondrie – Encycl. Med. Chir. *Psychiatrie* Paris, 37 33 0 A 10-2

FREUD S. (1898) La sexualité dans l'éthologie des névroses in Freud S. *Résultats, idées, problèmes*, Paris Puf 1984, p.75-97.

FREUD S (1914) Pour introduire le narcissisme in Freud S. *La vie sexuelle* Paris, Puf, 1970, p.81-105.

FREUD S. (1922) Introduction à la psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot 1961.

FREUD S. (1923) *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Petite Bibliothèque Payot 1667.

FREUD S. (1923) *Totem et Tabou*. Petite Bibliothèque 1965.

GIBEAULT A. (1995) La solution hypocondriaque in *Monographies de la rev. franç. de psychan.* Puf p99-111.

GREEN A. (1973) *Le Discours vivant*, Puf.

GUEDENEY C., WEISBROT C. (1995) L'histoire de l'hypocondrie in *Monographies de la rev. franç. de psychan.* Puf. p.29-49

HESNARD A. (1931) cité in Présentation, in *Monographies de la rev. franç. de psychan.*1995. p.7 - 9.

JAMES S. GROSTSTEIN (1995) Reconsidérer l'hypocondrie in *Monographie de la rev. franç. de psychan.* Puf. p. 98 - 119.

JEANNEAU A. (1990) L'hypocondrie ou la mentalisation de l'impossible in *les Cahiers du Centre de Psychan. et de Psychothérapie* n° 21 p 83 - 98.

MÉROT P. (1980) *Psychanalyse à l'Université*. Revue trimestrielle, Tome 5 - n° 19. ed Réplique.

KERNBERG O. (1997) *Les troubles limites de la personnalité*. Dunod.

KERNBERG O. (1997) *La personnalité narcissique.* Dunod.

PERUCHON M. Perception des limites de l'image du corps et vie imaginaire. *Psychologie française* n° 28-2Juin 1983.

PRAGIER G. (1995) Enjeux métapsychologiques de l'hypocondrie in *Rev. franç. de Psychan.* Puf p 73 - 90.

ROSENFELD H. (1958) cité par Pragier G. (1995) in *Monographies de la rev. franç. de psychan.* Puf p. 73-90.

SANGLADE A. Image du corps et image de soi au Rorschach. *Psychologie française* n°26-2.1983

TYCHEY DE CL. Les modes d'expression de l'angoisse au test de Rorschach dans les organisations « névrotiques », « limites » et « psychotiques » de la personnalité. *Bulletin de psychologie* Tome XXXIX n° 376.