

Le corps entre biotechnologies et psychanalyse : à propos des procréations médicalement assistées (PMA)

christophe dejours

L'auteur interroge la procréation médicalement assistée (PMA). Il souligne les distinctions entre le corps phsysiologique et le corps érotique, entre le fait d'être parent et celui d'avoir un enfant. Il pose la question du sens de l'infertilité psychosomatique, celle de la place psychique de l'enfant engendré par forçage du corps et illustre son propos avec une vignette clinique. Enfin, l'auteur interroge la position éthique de la psychanalyse face à ce phénomène de plus en plus répandu qu'est la PMA.

La sexualité, on le sait, est au centre de la théorie psychanalytique. C'est au demeurant ce qui distingue cette dernière de toutes les autres théories psychologiques. Or la sexualité ne peut pas être pensée sans référence au corps : corps comme origine de la sexualité, d'une part, corps comme théâtre de la sexualité elle-même, d'autre part.

Mais de quel corps parle-t-on, en fait, dans la psychanalyse ordinaire? L'irruption récente de nouvelles techniques bio-médicales et bio-industrielles, bouscule les représentations que psychanalystes et patients se font du corps. Non sans malentendus, non sans difficultés, non sans conflits éthiques qui se répercutent sur la pratique et la technique psychothérapeutiques.

Bien avant la perplexité provoquée par les procréations médicalement assistées, le statut assigné au corps par les psychanalystes était déjà équivoque et il n'y a pas encore de consensus entre eux sur un concept unique de corps. De certains courants théoriques mêmes, le corps semble tout simplement absent.

Je commencerai par rappeler le débat déjà ancien sur le statut du corps en médecine et en psychanalyse. J'examinerai ensuite comment le statut théorique que l'on peut accorder au corps a des conséquences spécifiques sur l'analyse que l'on fait des troubles de la fonction de reproduction. Je m'efforcerai enfin d'explicitier et de justifier ma propre position sur le statut que l'on assigne au corps en psychanalyse et en psychosomatique et je tenterai d'esquisser les implications de mon choix sur la technique psychothérapeutique en l'illustrant par un cas clinique.

Compte tenu de l'orientation très marquée de mon propos, je n'ai aucunement l'intention de prôner une position éthico-théorique particulière. Je ne suis nullement certain d'avoir raison, d'autant plus que mon choix est loin d'apporter des

solutions à l'ensemble des problèmes concrets rencontrés dans la pratique. Il s'en faut de beaucoup. Mon projet répond seulement au souci de soumettre ma propre pratique à la critique des collègues, ce qui reste, me semble-t-il, le seul moyen d'éviter une dérive incontrôlée de la théorie vers le délire.

Le corps entre biologie et psychanalyse

Pour procéder à l'analyse comparative du statut du corps en biologie et en psychanalyse, il faut raisonner sur une entité clinique particulière, si l'on ne veut pas en rester à des abstractions et à des généralités. Plusieurs entités m'ont ainsi servi de point de départ : l'angoisse, la mémoire et le rêve (Dejours, 1986, 1989). D'autres auteurs comme Laplane, Dolle, Tassin, ont pu récemment produire des analyses très intéressantes sur la *pensée*. L'exercice sera repris ici à partir d'une autre question : la sexualité. Celle-ci, en effet, désigne généralement les mécanismes impliqués dans la différenciation sexuelle et la reproduction, d'une part, les éléments relatifs aux conduites sexuelles, d'autre part. Cette double valence contenue dans le terme a l'avantage de ne pas cliver la *procréation* des *conduites* sexuelles. En prenant au contraire la « *procrématique* » pour point de départ exclusif de la discussion, on engage souvent des débats qui font indûment l'économie de la chose sexuelle, comme si les questions relatives à la fécondité, à la stérilité et aux artifices mis en œuvre pour la conjurer, pouvaient être envisagées indépendamment des relations amoureuses du couple considéré. L'autre avantage de prendre cet exemple pour prétexte à la confrontation biologicopsychanalytique, c'est précisément la place centrale qu'occupe la sexualité dans la théorie psychanalytique. L'irruption des techniques de PMA (procréation médicalement assistée) bouleverse la clinique de la sexualité et, de ce fait, permet de poser quelques questions sur le statut du corps dans la pratique clinique, dans la théorie psychanalytique et, au delà peut-être, dans la société contemporaine.

Paradoxe bio-psychologique de la sexualité

Comment rendre compte du paradoxe entre la *diversité* impressionnante des conduites sexuelles selon les groupes sociaux et les individus (que découvrent le psychanalyste et l'anthropologue), d'une part, et les mécanismes physico-chimiques sous-jacents à la sexualité qui semblent si *réguliers* d'un individu à l'autre et si rigoureusement réglés (sous la loupe du biologiste), d'autre part?

Sexualités et quête de sens

Or, sexualité et histoire infantile ont partie liée. Toute rencontre entre deux êtres engage la sexualité mais aussi l'histoire infantile. En effet, la rencontre érotique mobilise non seulement la sexualité dans la situation actuelle mais elle renvoie toujours le sujet à la sexualité de ses parents. Aussi, à l'énigme de ses origines

c'est-à-dire au sens de la vie, donc, inévitablement aussi à l'énigme de la mort. C'est même principalement par l'élaboration de sa sexualité que le sujet a une chance d'accéder au sens de sa vie. On objectera sans doute que pour la réflexion ontologique, on peut aussi faire appel à la démarche philosophique et métaphysique qui n'est pas sexuelle! C'est vrai, mais en général, cependant, les constructions intellectuelles, aussi habiles, aussi structurées philosophiquement, aussi universelles qu'elles soient, ne sont d'aucun secours pour le sujet *angoissé* par la question de ses origines et de sa mort. Ces constructions intellectuelles ne peuvent être apaisantes que pour ceux qui ont choisi d'investir leur angoisse existentielle dans la recherche philosophique elle-même, c'est-à-dire pour ceux qui ont choisi de philosopher. Les réponses intellectuelles ne sont pas fonctionnelles dans le registre subjectif si elles sont données de l'extérieur. Le sens de la vie, lorsqu'il advient, passe par une élaboration singulière extraite de l'action et de l'expérience vécue, selon une démarche psychologique et non philosophique. Chacun de nous est contraint d'en découdre, pour son propre compte et en fonction de ses propres moyens, avec les énigmes de la vie et de la mort, s'il veut élaborer le *sens* de sa vie et tenter de stabiliser aussi l'identité qu'il s'efforce de bâtir progressivement.

Or les réponses à l'angoisse de la mort passent toutes par la sexualité : *la mort*, le sujet ne peut la conjurer que par la recherche d'une immortalité (qu'avec Hannah Arendt on distinguera de l'éternité) accessible par deux procédures : *la création et la procréation*. L'une comme l'autre puisent, selon la psychanalyse, à la même source pulsionnelle, la différence entre les deux étant que la *création* passe par une désexualisation-sublimation de ces mêmes motions, qui sont impliquées dans la procréation.

À la question de la vie, du pourquoi de ma présence dans le monde, des origines de mon existence, des raisons de ma souffrance et de mes désirs, je ne saurais trouver d'explication indépendante de mon histoire singulière, de mes parents et plus précisément encore de ce qui pour moi reste énigmatique de *leur vie érotique à eux*, dans la mesure où c'est bien d'elle dont je suis le rejeton. Sur cette construction de sens, il faut s'arrêter un moment pour repérer certains enjeux du débat entre biologie et psychanalyse.

Sens et histoire des origines

D'où vient-il cet enfant? De quoi est-il le produit? D'une histoire d'amour entre ses parents, d'un désir d'enfant, d'une erreur de contraception ou de jeunesse, d'un viol, d'une aventure de passage, d'un moyen pour tenter de réconcilier des parents désunis, d'une tentative pour s'attacher un partenaire infidèle ou instable, ou d'un « accident » regretté par des parents qui ne le désiraient pas? Il est évident pour le clinicien que, par ces données « réelles » du contexte psychologique de la conception, de la gestation et de la naissance, l'inconscient de l'enfant, ses fantasmes originaires et son avenir sont profondément marqués. Marqués ne veut pas

dire déterminés. De cette pesanteur du réel le sujet peut partiellement s'affranchir s'il trouve les moyens d'élucider les composantes et les raisons du contexte de sa naissance. Ce qui jusque là, non conscient, fonctionne dans l'insu du sujet comme causalité du destin (Flynn), peut alors être conjuré par un long processus de réappropriation où se joue la construction du sens de son existence et la conquête de son identité. L'accès à l'histoire et au sens n'est donc pas comparable à une compilation d'informations. Encore faut-il, pour pouvoir initier ce long cheminement, que la réalité du contexte psychologique soit *pensable*.

L'enfant, la clinique psychanalytique l'atteste, est d'une sensibilité exquise à l'angoisse de ses parents (Langs, 1988). Qu'à l'enfant soit confiée une responsabilité fondamentale de thérapeute de ses parents, est une chose banale qui, certes, pèse sur son destin mais sollicite aussi, souvent, sa capacité de penser, d'interpréter, d'imaginer. Lorsqu'en revanche, à l'enfant, il est demandé d'occuper non plus le rôle d'un thérapeute mais la place d'un *médicament* ou d'un *calmant* (c'est-à-dire lorsqu'il est en situation d'objet partiel), les contraintes qui pèsent sur son développement psychique et somatique sont beaucoup plus aliénantes. Le risque qu'il encourt est de développer une psychose ou une somatose. Or les pratiques actuelles en matière de PMA soulèvent cette question de manière assez brutale et font éclater au grand jour l'équivoque sur la définition même de la sexualité.

Sexualité des parents, PMA et identité de l'enfant

En effet la stérilité est souvent, la psychosomatique le suggère, une somatisation. C'est-à-dire, une modalité exprimant une impasse psychopathologique dans l'économie érotique du couple. Chez ceux qui demandent une PMA, la stérilité occasionne certes un « inconvénient secondaire » (comme on parle en d'autres circonstances d'un bénéfice secondaire). Mais elle apporte d'abord un *bénéfice primaire* qui reste souvent dissimulé, à savoir : une protection contre les risques d'une crise ou d'une maladie à symptomatologie mentale cette fois, et non somatique, chez le parent (c'est, par exemple, le cas dans les couples où l'économie est organisée autour de l'équilibration de la violence entre les partenaires et non autour d'enjeux érotiques stricto sensu). Le « bénéfice primaire » de la stérilité pour les parents est d'éviter le conflit que risque de faire surgir dans l'économie conjugale l'arrivée d'un enfant : la stérilité du couple signe souvent une *impossibilité à aménager une place psychique pour l'enfant* sans qu'alors l'équilibre mental du ou des parents soit aussitôt menacé. Le bénéfice primaire, c'est donc l'exclusion d'un partenaire supplémentaire dans la relation à deux. Ce tiers, nouveau venu, serait dangereux pour la santé mentale des parents.

« L'inconvénient secondaire » c'est de ne pas pouvoir être géniteur. Si *logiquement* le fait d'être père (ou mère) et celui d'avoir un enfant sont équivalents, *psychologiquement* ils ne le sont pas du tout. On peut avoir des enfants et n'être

pas du tout père et l'on peut fondamentalement être père sans avoir conçu d'enfant comme le montrent les adoptions. La stérilité signifie un refus *d'enfant*, cependant que la demande de soin signifie un refus d'accepter la stérilité. Contradiction majeure, donc, puisque l'on peut à la fois refuser inconsciemment l'enfant et refuser consciemment la stérilité parce qu'elle est considérée comme une mutilation. La confusion vient de ce que lorsqu'un couple parle de son refus de la stérilité, nous entendons systématiquement - et à tort bien souvent - que le couple veut des enfants. Ce qui pourtant n'est pas du tout la même chose.

Le devenir de l'enfant n'est sans doute pas menacé dans tous les cas de PMA (comme on va le voir plus loin) mais dans ceux où il existe une telle dissociation : où l'on veut un enfant pour avoir tous les attributs d'un géniteur dans le registre *narcissique* mais où l'on ne veut pas d'enfant pour l'enfant lui-même, précisément parce que sa présence menacerait le narcissisme et l'identité du parent. *L'impasse narcissique*, si elle s'exprime par une stérilité, ne sera pas forcément guérie par la PMA car celle-ci efface le symptôme de stérilité mais ne guérit pas toujours la maladie mentale du parent. *L'enfant est alors avant tout un médicament palliatif du parent*. En position d'objet partiel, son avenir psychique et son identité sont menacés.

Comment l'enfant parviendra-t-il à démêler l'écheveau de son origine et à avoir ainsi accès à son histoire et à celle de ses parents pour élaborer le sens de sa vie? Comment pourra-t-il critiquer l'ambivalence du désir d'enfant si profondément suspect de ses parents, pour comprendre le sens de sa vie, alors qu'au plan manifeste ces derniers ont tant déployé d'efforts pour le faire venir au monde?

Le contexte réel de sa conception, quel est-il? Qui pourra lui répondre? Quel est le rôle psychique du médecin dans l'économie des relations parentales? Comment situer les places respectives du père, du géniteur, de la mère et de la génitrice? Le médecin est-il seulement technicien, est-il géniteur? Est-il médecin pour les parents tout en étant mauvais sorcier pour l'enfant? Lorsqu'il intervient ainsi le médecin prend une responsabilité vis-à-vis de la santé de *l'enfant* et vis-à-vis de son *identité* et pas seulement vis-à-vis de la santé et de l'identité des parents. Jusqu'à ce qu'on intervienne sur la conception elle-même, artificiellement, grâce aux progrès de la biologie, *il était impossible à la médecine de soigner un patient à l'aide du corps et de la vie d'un tiers*. Voilà ce qui rend le psychanalyste perplexé face à ces développements médico-biologiques récents.

En fin de compte, le risque de la PMA est de jouer jusqu'au bout la dissociation entre les deux volets de la sexualité : procréation et économie érotique. Le risque c'est aussi celui de la complicité du biologiste ou du médecin avec la psycho-névrose, voire la folie des parents au péril de la vie mentale de l'enfant à venir.

Mais si de tels risques existent, qui associent les pratiques de PMA à la constitution d'un enfant-médicament (ayant une forte probabilité de se voir barrer l'accès à l'identité et d'être donc condamné à la maladie mentale ou somatique), en revanche, il est possible que certaines PMA adviennent dans un contexte où la

dissociation entre parentalité et procréation ne soit pas en cause (stérilité ne résultant pas d'une somatisation : irradiation accidentelle, par exemple). Dans ce cas, on sera beaucoup moins réservé sur l'usage d'une PMA. Il n'est pas impossible non plus d'imaginer des conjonctures psychopathologiques où la naissance de l'enfant conduite à des remaniements affectifs chez les parents d'une telle ampleur, qu'en fin de compte ils réussissent à réajuster l'alignement de la parentalité sur la procréation. De nombreuses adoptions pour stérilité le suggèrent qui, aussitôt l'arrivée de l'enfant adopté dans la famille, apportent la guérison de la stérilité (aussi bien dans des cas de stérilité ovarienne que d'azoospermie) c'est-à-dire qu'aussitôt après l'adoption, la mère se trouve enceinte sans l'intervention d'aucun artifice médical. Enfin, le développement de l'enfant dans la famille peut aussi, par la suite, conduire les parents à des décompensations, suivies de réélaboration qui finalement permettront de régler leurs problèmes psychopathologiques et à l'enfant, de penser ses origines. En d'autres termes, *il n'est pas possible de tirer des conclusions*, ni de procéder à des généralisations en matière de conséquences psychopathologiques des PMA.

Argumentation clinique

Pour illustrer le problème que j'essaie d'esquisser ici, je vais prendre un exemple clinique. Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années. Cette femme est sans grâce, sans charme. Elle n'a aucune élégance, aucune coquetterie et elle est obèse. Helléniste de son état, elle s'exprime dans une langue rigoureuse et châtiée. Elle est venue me consulter parce qu'elle souffre d'un asthme assez invalidant, parce qu'elle se sent parfois au bord de la violence et qu'elle craint d'occasionner des dégâts à ses propres enfants. Elle sent que ses crises d'asthme ont un rapport avec ses poussées de destructivité et, comme je suis spécialisé en psychosomatique, elle veut, sans d'ailleurs aucune illusion sur le résultat, tenter un travail avec moi. Elle est cependant incrédule vis-à-vis de la psychanalyse et pense que tout cela n'est avant tout que fadaïses et exploitation immorale de la crédulité ou de la souffrance d'autrui par les psychanalystes pour se faire des rentes. Inutile sans doute de faire un long développement sur le transfert, mais une telle modalité de rencontre est tout de même significative d'une agressivité colossale. Bien sûr, elle vient quand même consulter. Mais c'est dans la seule perspective, et encore dans le meilleur des cas, de se soumettre à l'action instrumentale d'un spécialiste avec lequel elle ne se sent aucune complicité, pour lequel elle n'a, ni a priori ni a posteriori, aucune sympathie. Elle ne se résout à ce traitement que parce qu'elle a des raisons éthiques et religieuses de le tenter vis-à-vis de ses enfants mais sûrement pas par désir de coopérer. Si coopération il devrait y avoir, ce serait une coopération complètement passive. Elle attend de l'analyste qu'il fonctionne exactement comme un médecin ou un chirurgien. Ce n'est donc pas ce que l'on appelle une demande d'analyse. Et pourtant la patiente est là, et elle revient ensuite ponctuellement à tous ses rendez-vous. Évidemment, je me pose des

questions sur le type de relations que cette femme a avec son mari, avec ses parents, avec ses enfants. À en juger par la relation qu'elle établit avec moi, je suis assez inquiet de ce qui peut se jouer pour elle dans le registre de l'amour, du désir et du corps. Et je m'inquiète surtout pour les enfants qu'elle a évoqués et qu'elle craint de détruire. Pourquoi une telle haine contre eux ?

Au cours de la première séance elle me raconte l'histoire suivante : elle a épousé un jeune veuf père de deux garçons. Comme il y a une certaine différence d'âge entre les deux enfants, elle décide d'adopter un autre garçon pour servir de compagnon à l'aîné. Aussitôt mariée elle devient entente d'une fille qui est seulement un peu plus jeune que le cadet des deux enfants du père. Tout est donc en ordre dans cette logique distributrice d'appariement, à laquelle souscrit le père qui est ingénieur de haut niveau, enfant d'une fratrie de 12, et élevé dans une bourgeoisie du nord de la France selon un modèle disciplinaire proche de l'armée.

Puis cette femme devient stérile. Pendant de longues années, toutes les tentatives pour avoir un enfant échouent. Elle consulte une équipe médicale spécialisée dans les PMA qui la traite pendant huit ans. Description du calvaire des copulations sur commande et des contraintes de calendrier effarantes imposées au couple. On finit par l'engrosser tout de même. Naît un garçon. Le couple adopte alors un enfant Gabonais du même âge, conformément au principe distributif par paire toujours en usage.

Pour elle, le comportement des enfants est surtout dû à leur patrimoine génétique. Le registre affectif ne semble d'ailleurs pas représenté dans sa conception du monde. Seuls comptent le développement cognitif et les performances intellectuelles. A 5 ans, le dernier rejeton conjuguerait parfaitement l'imparfait du subjonctif. Quant au petit Gabonais, il est surtout performant dans le registre sportif et parfaitement nul à l'école. C'est une affaire génétique là encore. C'est d'ailleurs un noir, il est donc plus proche du singe que de l'homme (sic!).

Quelle est donc pour cette patiente la place occupée par les enfants ? Pourquoi tenait-elle tellement à avoir des enfants, alors même qu'elle n'exprime aucun sentiment pour eux si ce n'est une agressivité qui parfois l'inquiète ? Sans d'ailleurs réellement la culpabiliser, ce qui est assez étonnant. Cette femme ne prononce jamais aucune parole de culpabilité directement. Les choses semblent plutôt s'ordonner autour d'une logique de type économique et cognitif : compte-tenu de tous les investissements, aux sens propre et figuré, faits pour les enfants, les résultats devraient être meilleurs. Or, ils sont mauvais. Il y a donc quelque chose qui cloche, une erreur quelque part, et l'expert que je suis est convoqué pour élucider le mystère, faire un « audit » et formuler des recommandations (comme on le fait dans l'industrie).

Pourquoi avoir des enfants ? Cette femme est croyante, a eu une formation religieuse, a prononcé même des vœux provisoires, aimait un peu trop se faire administrer la discipline, avec un masochisme qui a inquiété ses supérieures et qui l'ont fait refouler de l'ordre où elle tentait d'entrer. Pour elle, la vie n'a de sens

que dans le travail intellectuel et le service de Dieu. La sexualité au sens de l'économie érotique n'a tout simplement pas de sens. Il faut avoir des enfants parce que vivre pour soi n'a aucun sens possible, ce ne peut être que de l'égoïsme, sans finalité.

En d'autres termes, je crois que pour cette femme avoir des enfants est une *nécessité*, mais pas dans le registre du classique amour maternel : dans celui de l'occasion d'exercer son talent dans le domaine de l'éducation, l'élevage, la formation, la récapitulation des acquis, la transmission d'un patrimoine éducationnel. Sans cette tâche, qui n'a d'ailleurs rien de fondamentalement hétérogène par rapport à la peine ou à la corvée inhérente à toute activité de travail ou aux devoirs vis-à-vis du Seigneur qui nous a donné la mission de procréer et d'éduquer, la vie ne peut tout simplement pas être vécue. Il n'y aurait sans doute plus qu'à mourir à moins de trouver une autre tâche charitable. Il y a dans l'attitude de cette femme vis-à-vis de ses enfants quelque chose qui ressemble à une charité qui honorerait surtout celle qui la fait.

Le résultat des courses n'est pas brillant : le fils aîné de l'époux, qu'elle a élevé, est proche de la psychopathie et ne doit son fragile équilibre qu'à sa profession de sergent d'active dans une unité combattante de l'Armée. Le premier fils adopté est débile et inadapté socialement. Le deuxième fils du mari a fait de brillantes études mais flirte avec l'alcoolisme. La fille naturelle très brillante intellectuellement a dû être hospitalisée en psychiatrie avec une anorexie mentale manifestement psychotique. Et les deux derniers enfants qui n'ont que 5 ans, sont actuellement devant de grosses difficultés scolaires. Elle rejette tous ses enfants dont elle n'attribue les comportements bizarres qu'à leurs gènes et qu'elle ne peut s'empêcher de mépriser.

Le mari, quant à lui, travaille beaucoup. Il a toutes les qualités sans exception, notamment le calme ... olympien ! Il ne s'angoisse jamais, il ne bronche jamais et, d'ailleurs, il ne parle pour ainsi dire pas ni à sa femme ni à ses enfants.

Aucune raison médico-biologique particulière n'a pu être identifiée dans la stérilité soudaine de cette femme vers l'âge de 27 ans. Je pense donc qu'il faut, dans la perspective psychosomatique, considérer cette maladie somatique comme un refus inconscient, mais non refoulé, d'avoir d'autres enfants après sa fille. Elle ne peut d'ailleurs pas se situer par rapport à un enfant pris en particulier, à ce point qu'il faut absolument donner à chacun d'eux un compagnon de jeu, un binôme, non seulement pour lui éviter de s'ennuyer et masquer son incapacité à elle de jouer avec un enfant mais pour placer toujours un tiers entre elle et chaque enfant et se protéger ainsi d'une rencontre intersubjective directe et authentique (au sens de la relation objectale totale). Cette femme était donc stérile parce qu'elle ne pouvait tout simplement pas symboliser une relation mère-enfant ou mère-père-enfant.

Pourquoi alors avoir quand même des enfants ? Parce qu'être seule avec elle-même était aussi impossible. Il aurait alors fallu être dans une communauté

religieuse où l'épreuve de la solitude codée et contrôlée par l'exercice de la discipline administrée sans modération (à mon avis pour pouvoir sentir son corps et ne pas sombrer dans le vide).

Être seule avec son mari, face au risque d'une rencontre érotique, était impossible aussi, bien sur. Voilà pourquoi elle avait épousé un homme avec des enfants. Les enfants étaient alors entre elle et le père et la protégeaient de ce père. Mais ceux-ci, en grandissant, ne suffisaient plus. Il en fallait d'autres pour saturer son rapport au monde avec des obligations, des devoirs et du travail.

L'enfant est donc une sorte de bouche-trou, de matière à travailler, de source de contraintes nécessaires pour sa survie psychique à elle. Le résultat désastreux de cette « conception » des enfants, aux sens propre et figuré, est assez illustratif.

De mon point de vue, cette femme est très malade mentalement. Elle ne peut entrer dans la relation à l'autre parce qu'elle ne peut vivre avec elle-même. Le trouble fondamental réside justement, au point qui nous intéresse et par rapport à la théorie à laquelle je fais référence, dans son impossibilité à habiter dans son propre corps, à être dans sa *corporéité* au sens phénoménologique du terme. Le surinvestissement de la rationalité instrumentale est tout entier engagé au service de la lutte contre la vacuité de la corporéité, de l'affect et du corps vécu.

L'invalidité affective de cette patiente est selon moi enracinée dans une agénésie du corps vécu. Je m'appuie ici sur toute une série de travaux qui ont été nourris principalement par deux sources. La première est la psychosomatique dont la clinique conduit toujours l'investigation à reconnaître, à mon avis, un désordre initial, originaire, situé dans une mutilation du corps vécu. Une zone du corps, ou mieux une fonction du corps, ne peut pas être engagée dans la rencontre avec l'autre. Cette fonction n'a pas pu bénéficier d'une « subversion subliminale » au profit de l'économie érotique et reste de ce fait placée sous le contrôle du seul ordre biologique (Dejours, 1989). Cette fonction est en quelque sorte forclosée de l'échange intersubjectif. Si l'on réfère aux concepts de Husserl et de Merleau-Ponty sur le corps, je dirai que cette clinique psychosomatique, après s'être heurtée à des obstacles insurmontables à l'aide de la théorie psychanalytique classique, cette clinique, donc, conduit à réinterroger le statut du corps en psychanalyse et suggère de chercher du côté de la phénoménologie. Un auteur important dans cette direction est Medard Boss, un proche de Heidegger et Binswanger. Il tente de saisir directement cette corporéité grâce à l'analyse du Dasein, dans une perspective qui, pourtant, part de la psychanalyse et de Freud.

La deuxième source d'inspiration est celle d'une psychanalyste française d'origine allemande, Gisela Pankow, qui propose une technique spécifique pour avoir accès directement, en clinique, au corps vécu.

Ce corps vécu est évidemment tout autre chose que le corps physiologique. Ma patiente ne connaît que le corps des biologistes. Elle n'a pas de « représentation » de son propre corps, qui lui permettrait d'habiter (au sens phénoménologique) ce corps, et toute l'intentionnalité de sa conscience est « caviardée » par ce fait qu'elle ne part pas du corps tout entier. Sa conscience est cognitive-instrumentale, pourrait-on dire. Elle procède par l'utilisation de formules, de modes d'emploi qui

lui sont fournis de l'extérieur par la science, la technique et la culture au sens trivial du terme. Elle ne peut pas se servir de sa sensibilité. Il lui manque l'intuition, en quelque sorte.

La technique de Pankow passe par l'utilisation de modelages en pâte à modeler. Je ne peut pas développer ce point théorique pourtant central : le modelage est d'abord une création du patient. Ensuite, c'est une création qui est tout entière prise dans le processus psychothérapeutique et dans le transfert. Il porte donc en lui, dans sa forme spatiale même, le vécu subjectif de l'intentionnalité dans l'intersubjectivité. Il indique en quelque sorte, en même temps qu'il le construit, l'espace vécu dans la relation à l'analyste. Autre caractéristique majeure, le modelage est le résultat d'un travail de pétrissement, impliquant le toucher. C'est un point important : comme l'ont souligné autant Paul Ladrière, que Ghislaine Florival, le toucher occupe une place unique dans la construction du corps vécu : « avec le *toucher*, il ne s'agit pas de propriétés localisées, comme celles de la main lisse ou rugueuse qui constitue le corps physique que je vois, mais il s'agit de sensations, en tant qu'elles sont source de mouvements et d'indications. Si le toucher est en effet localisé, il ne l'est pas de la même façon que le contact d'une chose à une autre chose, c'est un événement physique qui dure au delà du contact avec la chose inanimée (je touche du doigt la table puis l'éloigne : la sensation de lisse continue à vibrer, ou celle d'avoir reçu une pression du doigt, ou celle du froid,... etc). L'exemple des mains qui, se touchant entre elles, produisent réciproquement les mêmes effets et se réfléchissent mutuellement, l'une touche, l'autre est touchée, de façon réversible sans jamais faire que l'action et la passion coïncident. Il s'agit d'une double expérience, de deux objectivités qui interfèrent avec le monde physique et avec l'impression sensible en propre. Le toucher fait émerger le corps comme propre et comme chair, il a priorité sur tous les autres sens » (Florival, 1991). Enfin, à partir du modelage, il s'agit de fixer une forme spatiale et de la faire reconnaître par le patient comme signifiante, comme base à partir de laquelle construire progressivement un corps où l'on peut vivre. Un corps à partir duquel on peut entrer en relation avec l'analyste autrement que de façon désincarnée et cognitive.

Or, faire reconnaître cette forme passe par deux types de tâches. Le premier est *la reconnaissance visuelle* d'une Gestalt : « Husserl reconnaît que l'œil peut se sentir indirectement corps propre, mais c'est par référence au toucher » (Florival, 1991). Ce point me semble capital : *l'expérience* vécue passe par le toucher, la « *reconnaissance-représentation* » passe par *l'image* comme soubassement primordial de l'imaginaire-imagination.

Le deuxième type de tâche consiste dans le fait qu'il faut que cela, à un moment ou à un autre, soit *parlé*, car c'est sous cette forme symbolisée seulement que la forme spatiale peut être stabilisée et servir de point de départ pour agréger ensuite les autres *expériences* du corps vécu.

La patiente dont je viens d'esquisser le cas a donc été invitée à faire des modelages. Elle a bien sûr refusé, mais c'était la condition pour que j'accepte de

poursuivre le traitement. Sous prétexte de malhabilité et de mépris pour les tâches manuelles, elle m'a apporté des modelages incroyables! Rien ne tenait ensemble. Ils se défaisaient avant même d'avoir été posés sur la table. Ils étaient faits de filaments mous. Comment vivre dans un corps qui n'a pas d'épaisseur, pas de formes, pas de structure? Depuis, heureusement le travail a progressé.

Pourquoi un tel délabrement de *l'image du corps* pour employer le terme technique de Pankow? (L'image du corps réunit la forme *spatiale* de l'expérience tactile-proprioceptive, la forme *visuelle-imaginale*, et la *parole* qui adresse le vécu à l'autre).

Parce que cette patiente est elle-même une enfant adoptée; par un couple dont l'homme était cadre supérieur et atteint d'une psychose maniaco-dépressive majeure, et dont la femme était d'autant plus rigide dans ses principes qu'elle était d'origine pauvre et que sa mère et sa sœur étaient devenues prostituées. Cette mère avait tout ce qui est corporel en horreur et n'a donc jamais pu caresser ni tenir son enfant dans ses bras. La stérilité de cette mère était elle-même, peut-être, une somatisation signant un refus radical du corps érogène. Or pour construire le corps érogène, il faut être constamment accompagné par la mère, notamment dans ces moments capitaux que constituent les jeux autour des soins corporels donnés à l'enfant.

Le problème que je voudrais donc poser, c'est celui de la *corporité* : que penser de la décision qui consiste à fabriquer des enfants par PMA et autre fivette, en restant délibérément au niveau de la *demande manifeste* des patients; en se situant uniquement dans cette collusion entre demande manifeste et technique médicobiologique; en faisant abstraction du sens du drame sous-jacent à cette maladie somatique qu'est la stérilité? En réduisant, en quelque sorte, la rationalité des maladies elles-mêmes à leur analyse dans le registre de la rationalité biologique instrumentale et en gommant toute la dimension du *sens* relative à la rationalité subjective ou rationalité pathique, dont pourtant la maladie somatique est une forme expressive?

Conclusion

Pour conclure, je dirai que la clinique psychosomatique et psychanalytique fait apparaître que pour vivre dans la relation à l'autre authentiquement, c'est-à-dire avec l'éprouvé subjectif et dans la dimension de l'affect, il faut non seulement *avoir* un corps mais il faut *être* dans un corps. Or être dans un corps ne va pas de soi. Car le corps vécu n'est pas le corps physiologique. Les auteurs qui s'intéressent au corps sont tous conduits à distinguer entre ces deux corps : G. Pankow parle des deux fonctions de l'image du corps, D. Anzieu parle du moi-peau et des signifiants formels pour désigner le deuxième corps. Pour ma part, je parle plutôt de corps physiologique et de corps érotique, avec l'objectif d'analyser à partir de la clinique comment se construit, dans l'intersubjectivité avec les parents, le corps érotique par étayage sur le corps biologique. Le chaînon conceptuel décisif, en

effet, est fourni par Freud; il s'agit de *l'étayage pulsionnel* sur la fonction physiologique. Mais Freud, qui a ainsi donné les concepts de base pour bâtir toute sa théorie de la sexualité (Freud, 1905), a ensuite écarté le corps proprement dit de son programme scientifique ultérieur. À reprendre ce travail de façon plus systématique, on peut développer une théorie de la subversion libidinale du corps physiologique pour construire un deuxième corps : le *corps érogène*, qui est le corps de la relation charnelle à l'autre, au sens de Merleau-Ponty comme de Husserl avec son concept d'intropathie.

De ce fait, on peut tenter de soutenir la thèse que les maladies du corps, j'entends les maladies somatiques différenciées de la conversion hystérique, que les maladies du corps, donc, expriment aussi le sens du vécu subjectif de la chair, des affects, de la souffrance et du plaisir dans la relation à autrui.

Cela, bien évidemment, a des implications non seulement au plan technique, mais aussi au plan éthique, me semble-t-il. Pour conclure donc, je dirai que pratiques récentes dans le domaine de la médecine biologique, font surgir des questions graves sur l'usage des corps, puisqu'elles peuvent poser des hypothèques sur le corps d'un être qui n'est pas encore conçu.

Sur ces questions, la psychanalyse a des avis à formuler : on ne peut pas manipuler n'importe comment les corps, sur la seule référence à la normalité biologique, parce que le corps est aussi l'origine de l'identité, de l'amour et de la pensée. Mais si le psychanalyste et le psychosomaticien veulent assumer la position éthique qu'implique ce point de vue sur le statut fondateur du corps érotique, alors ils doivent aussi en tirer des conséquences, d'une part, au plan pratique en élaborant des techniques permettant de travailler directement sur la construction ou « la reconstruction de l'image du corps » (Pankow) et, d'autre part, au plan théorique en plaçant délibérément le corps dans une position beaucoup plus décisive qu'il ne l'est actuellement dans la plupart des conceptualisations.

christophe dejours

26, rue bourgon

75013, paris

Références

- ARENDRT, H., 1958, *Human condition*, University of Chicago Press. Traduction française : *Condition de l'homme moderne*, Calman Levy, Paris, 1981.
- BOSS, M., 1954, *Einführung in die psychosomatische Medizin*, Hans Huber, Bern-Stuttgart. Traduction française : *Introduction à la médecine psychosomatique*, PUF, 1959.
- BOSS, M., 1975, *Es traunte mir vergangene Nacht ...* Hans Huber. Traduction française : *Il m'est venu en rêve : Essais théoriques sur l'activité onirique*, PUF, Paris, 1989.
- DEJOURS, C., 1986, *Le corps entre biologie et psychanalyse : Essai d'interprétation comparée*, Payot, Paris.

- DEJOURS, C., 1989, *Recherches psychanalytiques sur le corps*, Payot, Paris.
- DOLLE, J.M., 1997, *Au delà de Freud et Piaget*, Privat, Toulouse.
- FLORIVAL, G., 1991, *Phénoménologie de la corporéité (Husserl et Merleau-Ponty)*. Communication au séminaire « Éthique et corporéité » dirigé par S. NOVAES, le 28 Novembre 1991, Centre de sociologie de l'éthique, CNRS, Paris.
- FLYNN, B. C., 1985, Reading Habermas Reading Freud, *Human Studies*, 8, 57-76.
- FREUD, S., 1905, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Payot, Paris, 1965.
- LADRIÈRE, P., *Introduction à la notion de corporéité chez Husserl*, Communication au séminaire « Éthique et Corporéité » dirigé par S. NOVAES, le 24 Octobre 1991, Centre de sociologie de l'éthique, CNRS, Paris.
- LANGS, R., 1988, *Thérapie de vérité, thérapie de mensonge*, PUF, Paris.
- LAPLANE, D., 1985, La relation pensée-cerveau. Faits nouveaux. Nouvelles hypothèses, *L'encéphale*, 11, 7-12.
- PANKOW, G., 1973, Image du corps et psychosomatique, *L'évolution psychiatrique*, 38, 201-213.
- PANKOW, G., 1981, *L'être-là du schizophrène : Contributions à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses*, Aubier Montaigne, Paris.
- TASSIN, J.P., 1989, Peut-on trouver un lien entre l'inconscient psychanalytique et les connaissances actuelles en neuro-biologie?, *Neuro-Psy*, 4, 421-434.