

**J.-M. LOUKA**  
*psychanalyste*  
jeanmichellouka@aol.com

## **PROLEGOMENES A TOUT ABORD PSYCHANALYTIQUE DE L'ENDOMETRIOSE<sup>1</sup>**

### **Résumé**

L'endométriose est une maladie qui doit être traitée médicalement ou chirurgicalement.

Cependant, elle peut aussi être abordée comme un « symptôme » au sens de la psychanalyse.

Mais avant de s'engager dans cet abord des « prolégomènes » doivent être considérés. L'idéologie scientiste de l'« Homme machine » de La Mettrie, le sujet de l'inconscient tel que la psychanalyse le promeut depuis plus d'un siècle, le « Post-Traumatic Stress Disorder » des auteurs anglo-saxons, le féminin et la structure psychique classiquement dénommée « hystérie » représentent, pour l'essentiel, ceux-ci.

Une revue de la littérature du domaine psychopathologique anglophone et francophone introduit à notre propre expérience psychanalytique des femmes endométriosiques. Enfin, une consultation publique est envisagée pour confirmer ou infirmer scientifiquement les données de l'expérience psychanalytique.

### **Mots clés**

Endométriose, « homme machine », psycho-traumatisme sexuel, féminin, inconscient, parole, sujet, transfert, psychanalyse.

## **PROLEGOMENA BEFORE ANY PSYCHOANALYTICAL APPROACH TO ENDOMETRIOSIS<sup>1</sup>**

### **Abstract**

Endometriosis is a disease which requires medication or surgery to be treated.

However, it can be considered as a “symptom” psychoanalytically speaking.

Before going further into the question from this point of view, let us examine some “prolegomena”-preliminary principles-. The scientific ideology of a La Mettrie’s “Human Machine”, the unconscious subject promoted by psychoanalysts for more than a century, the Anglo-American notion of “Post-Traumatic Stress Disorder”, and womanhood and the mental structure customarily called “hysteria” stand for the main prolegomena.

English- and French-speaking psychopathological literature is reviewed to introduce our personal experience of women with endometriosis. Finally, a public consultation is considered to confirm or invalidate scientifically data stemmed from psychoanalytical experience.

### **Key words**

Endometriosis, “Human Machine”, psychosexual traumatism, womanhood, unconscious, speech, subject, transference, psychoanalysis

---

<sup>1</sup> The present text follows the publication of my article “*Endométriose et inconscient : introduction à la dimension psychique dans l’endométriose*, *La Lettre du Gynécologue*, n°308-309, janvier –février 2006, made possible thanks to Professor Patrick Madélénat to whom I am most grateful.

## Introduction

L'endométrieose est une "maladie", au sens objectif de la médecine, et de l'OMS. A ce titre, elle doit être traitée comme telle avec les moyens que la science met à la disposition et de la médecine et de la chirurgie d'aujourd'hui.

Mais, l'endométrieose peut aussi être prise et abordée comme un « symptôme », au sens subjectif que lui donne la psychanalyse. Jacques Lacan disait ainsi : « *J'appelle symptôme ce qui vient du réel* »<sup>2</sup> et préconisait au sujet, en fin d'analyse, « d'aimer son symptôme comme soi-même. »

Celui-ci vient et doit être accueilli par le psychanalyste comme tel, dans un premier temps. Il n'est pas, ici, seulement le signe d'une maladie. Il fait cependant point d'appel, pour le psychanalyste, à un conflit, un *nœud de significations en souffrance*, celui du sujet comme *structure* et celui du sujet comme *histoire*. Il est la *mémoire* d'un événement traumatique, d'un *trauma* qui concerne le sujet.

\*

## I - L'homme machine<sup>3</sup>

Le débat classique, récurrent, de la prétendue division de l'âme et du corps est le plus souvent mal posé. Bien sûr qu'il existe une sorte de séparation, mieux de *clivage* entre le sujet et l'organisme auquel, nécessairement, il doit s'appareiller. Mais ce n'est pas par le truchement de l'âme que cela s'effectue, c'est au moyen du langage, et, très précisément du fait même de la matérialité dudit langage. Le langage, et donc la pensée tissée de langage, la parole du sujet, faut-il le dire et le redire, ont *des effets de corps*.

Un scientifique, un chercheur français tel qu'Alain Prochiantz énoncera, dès 1989<sup>4</sup> que : « la pensée est toujours déjà engagée dans la totalité de l'organisme. »

C'est ainsi que l'on peut dire que la parole, l'expression se montre précise et poétique à la fois, est "*clivée au corps*". On sait que l'organisme, de cela, en garde la mémoire, le meilleur exemple à livrer ici, c'est cette sorte de mémoire qui se présente, précisément, sous la forme du *symptôme*.

Ici, dans le champ psychique de l'inconscient, l'endométrieose est un "symptôme", c'est-à-dire, en quelque sorte, une mémoire.

Penser est donc toujours quelque chose de très matériel et de très lié au corps, et avec le corps. Il faudrait alors refuser d'opposer une « pure » activité mentale et les buts matériels qu'elle se propose à atteindre. On pense, ainsi, très matériellement avec ses mains, avec ses pieds, c'est d'ailleurs pour les pieds ce que nous disait Jacques Lacan, car, énonçait-il, pour lui, c'est là que ça résiste. Et l'on s'aperçoit dès lors que l'on pense toujours contre...

Un penseur logicien aussi éminent que Ludwig Wittgenstein l'écrivait clairement : il disait qu'il « pense avec son encier »... Pourquoi ? parce que, expliqua-t-il, il n'arrivait, ses pensées, à les fixer, qu'en les mettant par écrit... !

On se départira ici d'un *corps pure machine*. Ce fut pourtant à la mode scientifique, mais il y a déjà longtemps. Au XVII<sup>e</sup> siècle, Descartes (1596-1650) y croyait fermement. Sauf que pour lui, seul le corps se réduisait à une machine, pas l'âme. Ce qui n'était pas le cas, au XVIII<sup>e</sup> siècle, pour le médecin et philosophe Julien Offroy de La Mettrie (1709-1751), qui voulut que *tout* de l'homme soit « machine ». A tout le moins, il en rêva en 1748 en énonçant : « L'âme n'est qu'un vain terme dont on n'a point idée. Concluons donc hardiment que l'homme est une machine. »<sup>5</sup>

La même idéologie est à l'œuvre à l'ère (l'erre ?) contemporaine où un « homme neuronal » ferait bien l'affaire à réduire ce que nous sommes à nos composants neuro-biologiques.<sup>6</sup> La même idée préside à la pensée d'une « biologie des passions ».<sup>7</sup>

Il ne faut pas confondre les avancées de la science avec l'idéologie qu'elle génère comme une ombre portée et qui vient à la redoubler. Souvent, seule cette idéologie est retenue par les médias dont certains se font

un délice de la colporter auprès d'un grand public qui ne semble demander que cela. Mais les savants, eux, généralement, sont bien plus prudents et moins hâtifs dans des extrapolations, elles-mêmes moins intempestives.

*De facto*, un être humain s'avère être tout autre chose.

Dans ses *Principes de philosophie*<sup>8</sup>, René Descartes fut à l'origine d'une polémique, qui s'étendit sur un bon siècle, en énonçant que : « Lorsqu'une montre marque les heures par les moyens des roues dont elle est faite, cela ne lui est pas moins naturel qu'il n'est à un arbre de produire des fruits. »

Descartes était le conseiller de la pensée de la reine Christine de Suède. C'est à elle qu'il entreprit d'exposer sa conception de l'homme machine sur le modèle mécanique des montres et autres horloges. Mais celle-ci, alors, de lui répondre... : « Je n'ai jamais vu ma pendule faire des bébés. »

Ceci n'empêchera pas le philosophe et mathématicien Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), l'inventeur du calcul infinitésimal, d'écrire, au début du XVIII<sup>e</sup> siècle, en 1704 que : « Tout ce qui se fait dans le corps de l'homme est aussi mécanique que ce qui se fait dans ma montre. »<sup>9</sup>

Un écrivain et philosophe français de la même époque, Bertrand Le Bovier de Fontenelle (1657-1757), Secrétaire perpétuel de L'Académie des sciences de 1699 à 1740, s'offusqua de telles assertions et répliqua : « Vous dites que les bêtes sont des machines aussi bien que des montres ? [...] Deux montres seront l'une à côté de l'autre toute leur vie sans jamais faire une troisième montre. »<sup>10</sup>

Le philosophe allemand Immanuel Kant (1724-1804), se prît à commenter, en 1790, l'argument de Fontenelle. Ce qui l'amena à distinguer la machine du vivant. Il explique alors en quoi, dans une montre, un rouage de celle-ci est la cause efficiente d'un autre rouage. C'est-à-dire qu'une partie de la montre n'existe pas *par* une autre, mais bien *pour* une autre. Autrement dit, la cause de la production des rouages ne se trouve pas en eux, elle se trouve en dehors d'eux. Elle émerge dans un être capable de mettre ses idées à exécution, soit ce qu'on appelle un « inventeur ».

Par exemple, lorsqu'elle se dérègle, la montre ne saurait en aucun cas se réparer elle-même, ou compenser, ou encore reproduire les éléments qui lui sont soustraits. Et c'est à cet endroit, précisément, qu'un organisme diffère : il s'autoformate, il s'autorégule. Kant dira : « Les êtres organisés doivent s'organiser eux-mêmes ». Alors qu'une machine, jusqu'à aujourd'hui ne se reproduit pas. Aucune partie de la machine n'est construite par une autre partie, ni par la machine entière, et aucune machine totale, aucun « tout » n'est construit par un « tout » de la même espèce.<sup>11</sup>

A peu près un siècle plus tard, le grand physiologiste français Claude Bernard (1813-1878), armé de la méthode scientifique pour les sciences expérimentales, et dont les découvertes sont fondatrices de la thérapeutique moderne, ne dira rien d'autre, rien de moins, rien de plus, en 1865, en énonçant sa thèse : « Ce qui caractérise la machine vivante, ce n'est pas la nature de ses propriétés physico-chimiques, si complexes qu'elles soient, mais bien la création de cette machine qui se développe sous nos yeux dans des conditions qui lui sont propres et d'après une idée définie qui exprime la nature de l'être vivant et l'essence même de la vie. »<sup>12</sup>

La psychanalyse, en son invention freudienne, n'ajoutera que peu de chose à ceci, avec *la reconnaissance de l'inconscient*. Qu'est-ce que l'inconscient dans tout cela ? Par rapport à la thèse, ci-dessus, de Claude Bernard : un ajout, un complément. Il faudrait ici, pour tenir compte de l'inconscient, dire que, concernant l'Homme, s'ajoute cette sorte de moteur infini qui s'appelle l'inconscient. Car l'inconscient, c'est ce qui se met en travers, ce qui ne marche pas et qui s'exprime, précisément, par le symptôme, un symptôme (un « savoir emmerdant », disait Lacan),...

...Et pourtant ce qui ne marche pas, c'est ce qui permet, paradoxalement, dans le monde humain, que...cela marche, ...même si ce n'est qu'en boitant (Édipe...). Existerait-il des horloges, des montres, des machines de toutes sortes qui fonctionneraient grâce à ce qui, en elles, ne marche pas ? Des mécaniques dont le dysfonctionnement en serait, *stricto sensu*, le moteur principal ? Eh bien, pour l'Homme c'est très exactement ce qui se passe : le dysfonctionnement, du à l'irréductible dimension de l'inconscient, c'est ce qui le fait fonctionner... ! Même si l'on doit constater, en effet, que pour l'Homme, c'est une souffrance de ne pas être maître en sa demeure la plus intime, ce que l'on appelle « son corps ».

Il faudrait donc, une fois pour toutes, se départir de l'illusion d'une maîtrise de la « psyché » par l'anatomo-physiologie, voire même d'une réduction du psychique à l'organique. Aurait-on l'idée inverse, saugrenue s'il en fût, de réduire l'organique au psychique ? Il faut savoir que cela s'est aussi fait, aux rires des scientifiques ! Néanmoins, ce n'est pas la science, mais l'idéologie de la science, ombre portée, ombre néfaste de la science et dont certains médias font leurs choux gras, qui voudrait, et qui s'applique au mieux, toujours au

plus vite, au plus loin, par ce biais scientifique plus que scientifique, à débarrasser le corps, et nous avec, des inconvénients du désir, i.e. des inconvénients de l'existence, chez l'Homme, cet *animal dé-naturé* (par le langage), de l'inconscient.

Cette idéologie de la science s'est installée aujourd'hui, bien malheureusement, dans un grand nombre de cerveaux, y compris dans l'esprit de certains médecins, et les idées qui la composent ont une forte tendance à dominer le discours officiel du champ médical, rêvant à plus jamais que le sujet humain ne puisse plus se définir exclusivement que par des déterminismes organiques.

Cependant, comme l'on distingue la science de l'idéologie de la science et les scientifiques des scientifiques, il ne faut pas confondre le discours médical avec la médecine et les médecins qui se confrontent quotidiennement à la dimension globale de la souffrance du « *parlêtre* » (Lacan) en son corps. Ils savent bien, quand on les interroge, que leurs patients ne se réduisent pas à un ensemble d'organes et de fonctions.

Ils le savent bien, ... mais quand même ils n'en tiennent pas toujours compte, parce que cet au-delà des organes et des fonctions ne leur semble pas, aujourd'hui, médecine dite scientifique oblige, faire partie de l'épure de leur champ d'exercice médical pour lequel ils ont été rigoureusement formés. Malheureusement, le discours médical impersonnel qui les habite va à l'encontre de cette pratique personnelle qui leur fait ressentir, d'eux-mêmes, un « au-delà » de l'organique. Le discours médical auquel ils se doivent d'être rompus est le résultat de l'application moderne de l'approche physico-mathématique à la réalité biologique de l'humain. Cette application engendre logiquement, nécessairement, une puissante croyance en un corps machinique, lequel ne peut être alors appréhendé que dans sa réduction à ses fonctions et à des interactions physiques et chimiques.

Cette idéologie scientiste produit de multiples croyances en aval, telles ces imaginations, en réalité sans preuve, qui se déclinent sur tous les thèmes propices à la lutte pour l'extinction du discours psychanalytique, c'est-à-dire à la promotion exclusive d'un homme-machine, qu'il existerait, par exemple, une « homme hormonal », pour les uns, un « homme neuronal », pour les autres, à seule fin de prolonger, perpétuer, pérenniser cette croyance en un corps machine, mécaniquement harmonieux. C'est d'ailleurs bien pour fuir l'angoisse d'une dysharmonie plutôt rencontrée quotidiennement dans la pratique de tout un chacun que le rêve machinique est promu avec une telle insistance, une telle puissance, sous couvert de « La Science », ... qui n'en peut mais !

Le rêve de La Mettrie devient ainsi de nos jours une croyance de masse, que l'on élève à pleine puissance via la vulgarisation scientifique médiatique. Ignorant alors, de plus en plus, pourquoi ils vivent, désirent, aiment et meurent, les hommes sont tout disposés à croire que leurs gènes les programment, comme autant de puissances qui, inéluctablement, les dominent et, finalement, les contraignent. Leur vie leur échappe, ils la remettent alors entre les mains des médecins et se font docilement les « enfants sages » des prescriptions de la Santé publique pour un nouvel hygiénisme, au service du contrôle médico-social des corps, c'est-à-dire des vies, contrôle, qui plus est, n'ose pas trop dire son nom...

La pensée obsédante du destin de l'Homme-machine devient aujourd'hui l'idéologie pratique qui justifie le postmodernisme et assoit le libéralisme. Et c'est l'ensemble de l'ordre de la société, telle qu'elle se présente, qui vient à être justifié par cette socialité de l'Homme, qui s'annule en réduisant le tout de l'humain dans l'organique et ses imparables, inéluctables déterminismes. Les gènes ont vaincu les idéaux. L'organicisme et les réductions du psychisme se trouvent chaque jour plus légitimés, ils sont chaque année de plus en plus privilégiés dans les domaines des politiques de santé, comme des enseignements universitaires, ou encore de l'ensemble des *Media* de masse.

A partir des années 1980, et avec l'effondrement des grandes croyances religieuses et politiques sur lesquelles l'humanité avait jusqu'ici réglé sa conduite, *L'Homme-machine*, c'est le rêve-perspective d'un corps de type autiste, c'est-à-dire d'un corps sans parole, mais aussi d'un temps où l'on ne bavarde plus, c'est-à-dire d'un temps exclusivement consacré à *la mesure*, libéré de toute socialité de l'Homme, un temps scientifique. Impersonnellement, « on » mesure. Plus de sujet parlant, car celui-ci en son existence risquerait bien vite de contredire l'enchaînement purement autarcique des causes et des effets, relancé par un *feed-back* infini et depuis toujours inscrit dans les gènes... Le sujet, enfin objectivé !

\*

## II – Du sujet et de la psychanalyse

Qu'est-ce qui préside, qu'est-ce qui ordonne, qu'est-ce qui commande à l'Homme ? sinon son corps répond aujourd'hui l'idéologie issue de la science. Et dans le corps qui dirige ? La molécule, l'hormone, le médiateur chimique, le gène... ?

L'idée d'une autonomie du corps est un rêve scientifique. Ce rêve voudrait que l'on puisse traiter du corps comme d'un paquet d'organes dont l'historisation et la subjectivation deviendraient parfaitement inutiles, obsolètes : des corps sans sujet, sans passé, sans lendemain...

Il s'ensuit qu'un grand nombre de symptômes sont ainsi traités aujourd'hui comme des maladies, et des maladies nouvelles de ce corps, paquet d'organes, de ce corps éclaté mais en même temps réduit au seul corps pulsionnel. Sont abordées comme de soi-disant « nouvelles maladies » à part entière, des symptômes de la souffrance psychique la plus classique, tels que l'insomnie, la tétanie, la boulimie, l'anorexie, la toxicomanie, les dépressions et certains dysfonctionnements sexuels. Coupée volontairement de la reconnaissance de la structure psychique qui l'anime, ce corps, lieu où celle-ci s'appareille, ressortirait du seul ordre biologique. La croyance en une autonomie du corps fait chaque jour un peu plus de ravages en voulant, à tout prix, objectiver le sujet en le réduisant à son corps organique.

Il existe, cependant, un *sujet* et, donc, par voie de conséquence, une *causalité psychique*, à ce corps et à ses maux. C'est la thèse, en tout cas, que soutient depuis plus d'un siècle la psychanalyse en sa naissance freudienne. Elle se situe ainsi du côté des lumières, contre l'obscurantisme de l'idéologie d'un corps réduit à l'organique pur. L'angine, les cystites, l'herpès, les otites, certains ulcères de l'estomac,...sont des maladies dont la nature infectieuse est largement prouvée et bien admise par le public. Mais, par ailleurs, leur causalité est le plus souvent psychique comme s'accordent à le penser non seulement les analystes mais encore la plupart des praticiens de la médecine clinique quotidienne la plus ordinaire. Il est évident, et impératif, qu'elles doivent être traitées comme des maladies infectieuses avec les moyens médicaux ou chirurgicaux adaptés. Mais si l'on prend la voie d'ignorer que les remèdes portent seulement sur les effets, la rechute surgira d'autant plus, d'autant mieux, que l'on croira connaître, ou avoir cerné la cause. La répétition de l'affection indiquera qu'il s'agit là d'un autre enjeu, celui d'une causalité, possiblement psychique, qui doit être accueillie comme telle, et non pas ignorée, voire méprisée.

Cette causalité psychique est le plus souvent refoulée, c'est-à-dire inconsciente. Face à la souffrance psychique dont la cause active est ainsi refoulée, le médecin, dans sa pratique quotidienne, fera aisément l'impasse sur son origine, laquelle, le plus souvent, lui reste parfaitement étrangère à cause de sa formation reçue à la Faculté autant qu'à l'Hôpital.

L'ensemble des travaux de Karl Popper et de ses élèves ont accrédité, durant plusieurs décennies, l'idée que la science se devait d'exclure définitivement la question du sujet afin de se construire comme « La Science », une, donc universelle. Certaines disciplines ont été rangées du « bon côté » de ladite Science, d'autres refoulées. Il s'en est suivi quelques procédures célèbres de légitimation telles que : la récursivité, la falsifiabilité, une expérimentation d'un expérimentateur reproductible, dans des circonstances identiques, par un autre expérimentateur. Il s'agit, à chaque fois, de bien s'assurer que l'on s'est complètement débarrassé de toute subjectivité. Ici, le sujet est bien neutralisé, « *tué* », et l'on vérifie qu'il ne bouge plus...

La question est tout autre pour la psychanalyse, et même inverse. Le sujet, eh bien...c'est justement ce que l'expérience fait *naître* ! Et pourtant, cela ne veut pas dire, paradoxalement, que l'expérimentation serait exclue du champ de cette discipline. Elle se fera précisément, non pas avec un *objet*, mais grâce à *une collection de sujets*.

Qu'est-ce qu'un cure psychanalytique ?, sinon ce qui permet de subjectiver des traumatismes inconscients. Ce qui a pour effet, direct, de réduire considérablement les conséquences symptomatiques. Cependant, un *traumatisme* se produit à chaque fois dans des circonstances qui sont propres à chaque personne, à chaque sujet. Ainsi cette expérience du traumatisme personnel n'est pas, en soi, généralisable, ni, bien entendu, reproductible. Néanmoins, c'est après-coup que le psychanalyste se fait expérimentateur, chercheur, en tirant *les invariants communs à plusieurs cures*. Ce qui a fait dire que la psychanalyse, en quelque sorte, s'expérimente à l'envers.

Chaque cas est, bien sûr, particulier et l'on ne saurait expérimenter en psychanalyse des êtres humains comme on le fait ailleurs des animaux de laboratoire. Le plus important à reconnaître ici est le fait d'expérience suivant : *plusieurs analyses peuvent être mises en série et il apparaît alors des régularités, lesquelles peuvent être par la suite vérifiées dans d'autres cas*.

Il en est des êtres humains,...comme des arbres : aucun arbre ne ressemble à un autre arbre, chaque feuille également, de chacun de ces arbres, diffère de sa voisine. Cela n'empêche nullement le botaniste d'extraire de leurs caractéristiques communes des règles générales !

Il en est de même en psychanalyse. Chaque cas est aussi *singulier*. Cependant, chaque cas n'en correspond pas moins à des *types*, des *genres*, des *structures psychiques*.

Chaque cas fait apparaître des règles, des modes de formation, de constitution du symptôme, comme du comportement, même si la logique, celle de l'inconscient, qui y préside, n'est pas précisément aristotélicienne.

Il existe donc bien du généralisable en psychanalyse, en recherche psychanalytique, et le généralisable appartient de droit, par définition, au domaine de la science. Bien qu'il soit désagréable, il faut en convenir, pour chacun de nous de reconnaître que nous ne sommes pas aussi « uniques » que nous nous l'imaginons !

Pourtant, depuis son origine, même avant son démarrage scientifique, le médecin guérit un individu, et depuis un peu plus d'un siècle la psychanalyse le fait aussi, à sa manière, d'un sujet.

Aristote : « Toute pratique et toute production portent sur l'individuel : ce n'est pas l'Homme en effet que guérit le médecin traitant, sinon par accident, mais Callias ou Socrate, ou quelque autre individu ainsi désigné qui se trouve accidentellement être un homme. »<sup>13</sup>

Cependant, pour Aristote, et c'est là sa définition de la science, il n'est de science que de l'universel. Principe toujours valable aujourd'hui, bien sûr. Pourtant il faut admettre aussi qu'il existe une science singulière de chaque inconscient et accepter que celle-ci déroge à la définition, à l'instant citée, de la science selon Aristote. Ainsi, malgré que la particularité de la cure d'un analysant ne soit pas généralisable, il n'en demeure pas moins que la mise en série de plusieurs cures est, elle, généralisable et relève alors de la science telle qu'Aristote en donne le principe d'universalité.

**Du côté de la Science** : la science la plus courante fait des hypothèses, les expérimente et construit une thèse dont la communauté des savants réclame qu'elle soit rigoureusement débarrassée de toute trace de subjectivité.

**Du côté de la Psychanalyse** : c'est l'expérience qui est première, celle-ci vient d'abord en plein accord avec le précepte de Newton : *hypotheses non fingo*. Ce qui entraîne un double mouvement : d'une part le patient, *l'analysant* comme on l'appelle depuis Lacan pour montrer qu'il est ici actif, doit subjectiver cette expérience ; d'autre part, le psychanalyste peut en faire la théorie.

Freud, formé très rigoureusement à la science expérimentale par ses maîtres, n'a cependant pas cherché à construire des théories à partir d'une hypothèse, pour fonder la psychanalyse. Il a fait le contraire, il a dégagé des faits jusque-là inaperçus ou négligés tels que les lapsus, les rêves, les actes manqués... Le symptôme s'en est trouvé abordé autrement. La théorie est venue plus tard, parfois bien plus tard dans son œuvre de découvreur du champ de l'inconscient.

Les sciences dures, mais ordinaires, et la psychanalyse, cette science extra-ordinaire, se présentent alors à nous dans une sorte de rapport rigoureusement inversé quant à la thèse (la théorisation) et à la subjectivité (le sujet). Il y a entre science et psychanalyse comme un chassé-croisé et ainsi une profonde difficulté à s'appréhender l'une l'autre. C'est même ce rapport d'inversion qui a présidé à la naissance de la psychanalyse. En 1896, la psychanalyse se constitue en science en créant ses propres concepts, qu'elle emprunte cependant aux disciplines connexes du moment historique qu'elle traverse : la neurologie, la psychiatrie, la thermodynamique, la philosophie, l'ethnologie... Il s'agit d'une véritable coupure épistémologique au sens de Gaston Bachelard, mais aussi de Louis Althusser, la faisant dès lors fonctionner à rebours des autres sciences. Là où la science pour construire son savoir scientifique élimine le sujet et ce qu'il y eut même de subjectif dans ses prémisses, — car l'invention, la trouvaille, la formule, ne l'oublions pas est venue d'**un sujet, le savant, l'expérimenteur** —, là la psychanalyse pour construire le sien l'y réintroduit. Cette dernière suit donc bien **un chemin inverse** afin de rétablir les droits de la subjectivité, quand, dans le même temps, un certain nombre de chercheurs scientifiques cultivent le principe de la méconnaissance systématique de la subjectivité, à commencer par la leur.

Freud neurologue, on le sait, pour inventer la psychanalyse abandonne la neurologie. Il affirme à ce moment-là que sa découverte sera désormais détachée de la physiologie nerveuse. Il écrit : « Pour le moment, notre topique psychique n'a rien à voir avec l'anatomie. »<sup>14</sup>

Est-il si étonnant, alors, de voir sous la plume, aujourd'hui, de réputés neurophysiologistes tels que Edelman (prix Nobel en neurosciences) et Tononi, un renoncement à localiser une aire de la conscience pour laquelle ils disent clairement que l'on ne trouvera jamais les déterminations dans le cortex. Pourquoi ?... Puisque « les fonctions supérieures du cerveau exigent des interactions à la fois avec le monde et avec d'autres personnes. »<sup>15</sup>

Il devient alors parfaitement dépassé, voire stupide, d'exiger de la psychanalyse des procédures de validation qui ne correspondent en rien à **sa méthode**. La psychanalyse est parfaitement dans l'incapacité de se plier à des critères d'objectivité scientifique qui ne sont, en fait, que la volonté d'objectiver le sujet en le réifiant. Il faut comprendre, et admettre, cette spécificité de la psychanalyse comme science. Ce ne peut, même, être

qu'un préalable pour des chercheurs qui voudraient examiner, par exemple, les relations entre l'activité psychique et l'activité cérébrale. Le psychique n'est pas le cérébral, comme on l'aura saisi.

La psychanalyse a d'abord été inventée dans *une visée thérapeutique*. C'est dans ce registre qu'elle *subjective le savoir inconscient* - c'est sa fonction princeps -, lequel est cristallisé, mais se révèle aussi, sous la forme des *symptômes*.

*L'origine, c'est le traumatisme*. Au moment du surgissement de l'évènement traumatisant, que s'est-il passé pour le sujet ? Eh bien, le plus souvent, le sujet ne voulut rien en savoir. Pourquoi ? Parce que c'était insupportable, le sujet n'avait pas les moyens de faire face à la situation, les moyens de « penser », de métaboliser par la pensée, ce qui lui arrivait, dans une certaine brutalité, dans une certaine violence. Ensuite, eh bien, ensuite...ce savoir ressurgit : le symptôme, littéralement, « écrit », *sur le corps*, voire *dans le corps* (maladies auto-immunes, tumeurs cancéreuses, endométriose (?),...), ce que le sujet a voulu ignorer.

Au moment où « frappe » le traumatisme, *les formations de l'inconscient* (rêves, lapsus, actes manqués, symptômes), qui sont des impressions pulsionnelles, *se fixent* en cet instant. Ces formations deviennent ainsi *les vestiges* d'un moment où le sujet a été lui-même *figé en son corps*. Ce qui en donne l'image la plus parlante fut la découverte sur les sites antiques de Pompéi et d'Herculanum de ces sujets corporésés dans des postures de la vie quotidienne, y compris les positions sexuelles du coït.

Chose à chaque fois surprenante dans l'expérience du psychanalyste, c'est *la subjectivation de la parole* qui, à ce sujet, lui redonne vie au point même où l'évènement traumatisant le paralysa. Et ce qui lui permet une telle *libération* s'appelle, depuis Freud, une cure psychanalytique. Cette libération advient, surgit même quelques fois assez brusquement, vivement, avec l'advenue du *sujet* qui manquait à un savoir inconscient jusque-là sans sujet, impersonnel, et qui s'appelle *le symptôme*.

Ainsi l'on peut conclure que *l'acte analytique*, l'acte de l'analyste avec son analysant, libère le sujet d'une science jusque-là restée impersonnelle. Il le subjective, une psychanalyse est donc une expérience qui parcourt le chemin inverse de celui de la science. Là où la science *suture* le sujet, la psychanalyse lui restitue sa *division subjective*, l'écartant ainsi de *sa propension à se réduire à un objet pour l'Autre* (science, ou parent, ou amant(e)).

Qu'est-ce alors, au point où nous en sommes arrivés, qu'un *symptôme* pour la psychanalyse et les psychanalystes, ces praticiens de l'inconscient ? Le symptôme c'est *l'abris où se réfugie un savoir particulier...mais sous une présentation généralisable*. Ainsi, chaque expression, formation de l'inconscient (issue de l'inconscient), qui est unique (c'est-à-dire jamais produite avant par quiconque et dont les présentations peuvent varier à l'infini), est le tenant-lieu d'une condensation d'un traumatisme passé, lequel vient à être représenté par des symboles, dans l'actuel, et se présente ainsi comme *lieu de mémoire*. A contrario, les symptômes physiques qui résultent de ces formations de l'inconscient se ressemblent la plupart du temps, ils peuvent, de ce fait, être classés en types ou en genres. La symptomatisation se fait donc d'une manière relativement uniforme. Une migraine, des maux de gorge, une rage de dents...n'ont aucune singularité et le médecin pourra les décrire d'une manière objective, généralisable, sans avoir à tenir compte des particularités psychiques du sujet dont ils procèdent, celles-ci relèvent cependant *du savoir d'un seul sujet*. Elles sont aussi subjectives quant à la cause. C'est pourtant cette cause que veut et que doit, hélas !, ignorer le médecin pour une meilleure efficacité de sa fonction thérapeutique de prescripteur d'une molécule réparatrice qui n'a que faire de la dimension du *sujet*, telle qu'en parle le psychanalyste.

Pourtant, tenir compte des symptômes et des comportements tel que s'y exerce le psychanalyste est la seule façon d'arriver à *cet ordre de savoir qui est celui de la structure*. Grâce à l'ensemble des formations de l'inconscient réunis par l'observation et l'écoute attentives, le psychanalyste saura de quelle *structure psychique* ressortit son patient : *névrose, psychose ou perversion*. Ce qui aura son importance pour aborder et réduire le symptôme, mais aussi libérer le désir dudit sujet.

*La psychanalyse, comme la médecine, est un art qui prétend à une science*. L'art du psychanalyste consiste à saisir, attraper, accrocher au passage le savoir singulier du psychanalysant. Il extrait ce savoir singulier du savoir dé-subjectivé qui l'enveloppe et ainsi l'occulte dans le symptôme. C'est parfois trois fois rien, un petit détail incongru, un petit fil qui dépasse dans le discours, et comme sur un tricot, en tirant dessus, celui-ci se démaille... et ce petit bout qui dépassait, ce petit bout de savoir singulier, qui est unique, se montre appartenir en même temps à une science générale. Le particulier se démontre ainsi chevaucher le général.

Il faudrait reprendre ici la métaphore de l'arbre, car la singularité du savoir de l'inconscient ressemble, précisément, à la feuille de l'arbre : elle appartient à la généralité de toutes les feuilles, mais en même temps elle se différencie de toutes les autres feuilles passées, présentes et même à venir. Toutefois, le savoir général fait obstacle, et cache le savoir particulier : dès que la feuille est décrite, on s'aperçoit que sa spécificité disparaît derrière tous les termes généraux employés. Il en est de même pour la description d'un cas en psychanalyse : les termes généraux de la théorie obèrent la spécificité que l'on voudrait atteindre pour ce cas particulier.

Néanmoins, ce savoir général, celui que produit la théorie analytique et qui pourrait être révélé (« Vous êtes une hystérique, un psychotique... ») n'est même pas utile au progrès d'une cure. Il est bien souvent, au contraire nuisible de l'annoncer à l'analysant, de l'avouer même à sa pressante demande, car il devient par trop *objectivant* pour celui-ci, ce qui est contraire à *la voie de subjectivation* que l'analyste souhaite voir prendre par son analysant. Car il n'y a pas d'efficacité à attendre avant que n'apparaissent les particularités du savoir inconscient du sujet en analyse, lesquelles ont engendré le symptôme. Donc, il faut retenir que *seuls importants les détails uniques de l'histoire du traumatisme*.

C'est l'exemple du cas de Lucy R. des *Etudes sur l'hystérie* de Joseph Breuer et Sigmund Freud.<sup>16</sup> Lucie R. souffre d'une rhinite purulente. C'est là son *symptôme général*. Et elle a souvent l'impression de sentir *une odeur de cigare*. C'est une sorte d'*hallucination*. Elle recouvre *le souvenir d'un traumatisme sexuel*. C'est une sorte de *mémoire*. Le symptôme de rhinite purulente, en quelque sorte, précipite à l'évocation du symbole qui est l'odeur du cigare. Cela se fait dans *un passage du subjectif à l'objectif, lequel occulte le trauma*. Ainsi, *la singularité d'un traumatisme se desubjectivise en passant à la généralisation du symptôme*, c'est précisément là que réside sa fonction. *L'effacement d'un savoir particulier par une représentation générale résulte de la régression pulsionnelle des formations de l'inconscient*. On voit ici comment l'odeur de cigare s'associe à ce qu'elle représente, c'est-à-dire le trauma sexuel. Le sujet est alors sur la voie de se libérer du symptôme. Freud incite Lucy à emprunter cette voie, par le seul moyen de la parole associative qui atteint le trauma et le défaut d'abréaction dont il fut l'objet.

Le psychanalyste est un praticien qui a affaire constamment à des répétitions et des régularités symptomatiques. Celles-ci, notons-le, ont, *de facto*, la même valeur que l'expérimentation. Ces singularités qui s'expriment dans le discours de son analysant, le psychanalyste doit les saisir, il le fait grâce à la théorie psychanalytique. Mais il doit affronter surtout *la singularité d'un savoir particulier*, lequel n'est autre que l'occurrence unique d'un savoir général, et peut resubjectiver *le symptôme*, qui, lui, n'est autre qu'*un savoir sans sujet*. Cependant, il faut retenir que ce n'est pas précisément le savoir qui est opérationnel dans la cure.

Question : comment subjective-t-on un savoir ? Le savoir de l'inconscient ne déroge pas au savoir de toute science. Le savoir de *l'inconscient*, lui aussi, se passe du sujet, bien qu'il possède, en plus, la particularité de ne pas être réflexif. En somme, c'est *un savoir qui s'ignore lui-même*.

De son côté, l'analyste ne délivre pas un savoir aux vertus curatives comme le pense le commun des mortels. Il n'enseigne pas plus une sagesse qui, par exemple, permettrait de se faire une raison devant un mal inévitable, désormais accepté, bon gré, mal gré.

Non, l'analyste agit par...sa *présence*. Sa présence corporelle, tout d'abord. Complémentaire du « je » qui s'exprime, la présence de l'analyste produit cette sorte d'*étincelle subjective, ce déclic qui va défaire l'objectivation du symptôme*. On l'aura compris, la libération ne provient pas d'un savoir, lequel ne peut devenir qu'un bénéfice après coup, souvent inconstant.

La *présence* du psychanalyste, à elle seule, chose toujours surprenante, subjective. Elle permet ce tour de force de rendre le savoir inconscient du symptôme à sa réflexivité, et de constater que ce savoir va s'éteindre dès qu'il se saura lui-même !

C'est bien alors la présence du psychanalyste qui permet à son analysant de *devenir présent à son propre dire*. C'est cet *acte de rendre conscient qui détache le symptôme du corps*. Le savoir de l'inconscient se découvre *au moyen du transfert* qui lui résiste. Une fois attrapé par son fil subjectif, le *symptôme* qui est *un nœud de signifiants* se desserre. Il se fantasmatisé et, surtout, pousse à l'action. Le sujet se dégèle, en quelque sorte, il se met à aimer, à travailler, à jouir de la vie, ce qu'il ne pouvait plus faire, englué qu'il était dans le symptôme. *L'acte du psychanalyste subjective l'objectivation du symptôme*. Il atteste ainsi que l'existence du sujet précède toujours les déterminismes dans lesquels il s'est piégé. Le sujet n'est pas la conséquence, mais la condition.

L'analyste, lui-même, ne peut que reconnaître qu'il commence par *résister*, c'est-à-dire ne rien comprendre au problème, à la souffrance et à ses causes de son nouvel analysant. Mais, grâce à cette résistance, la présence du psychanalyste subjective le savoir inconscient, et ainsi elle soulage ses formations

symptomatiques. L'inconscient compte et rend malade, la présence de l'analyste dé-compte, le sujet enfermé dans cette prison.

Ainsi, il en résulte un réel soulagement du corps. On peut constater que l'acte analytique procure au sujet une liberté qu'il n'avait jamais connue auparavant. En effet, c'est le plus souvent depuis l'enfance qu'il vivait bien en dessous de ses capacités, de ses moyens et de sa puissance. On l'aura compris, la cure ne délivre pas un savoir nouveau, mais elle dé-couvre **un sujet du savoir inconscient**. Il faudrait cependant plus parler précisément d'une **libération** plutôt que d'une liberté. En effet, un sujet se soulage de ses symptômes (libération) et se débrouille ensuite avec son désir plutôt qu'avec le destin qui semblait lui être promis (cette « débrouille » est sa liberté, ...laquelle ne concerne plus alors l'analyste).

Nous retiendrons, *in fine*, que dans l'analyse, il s'agit moins de la découverte d'un savoir – comme on le croit très souvent –, que de la **subjectivation d'un savoir inconscient**, dont la **présentation** courante a pour nom : **le symptôme**.

\*

### III - Des femmes et de l'endométriase

Nul ne doute que des processus psychiques s'articulent à l'organique. Mais le fonctionnement psychique ne saurait se réduire à celui du cerveau. Aborder **le psychique** comme on le fait du cerveau expose à des erreurs dans la méthode, donc dans les résultats. Ce fut l'erreur d'un Cabanis qui, il y a plus d'un siècle déjà écrivit que « le cerveau sécrète de la pensée comme le foie sécrète la bile ». <sup>17</sup> Le corps n'est pas qu'une machine dont il suffirait de démonter les rouages pour le comprendre.

La découverte freudienne a aujourd'hui plus d'un siècle d'existence. Elle a développé et assuré sa théorie et sa méthode dans les dernières décennies. Sa pratique s'est développée et son champ s'est élargi. Mais elle n'en reste pas moins souvent rangée dans l'esprit d'un large public, mal ou peu informé, parmi les croyances qui font, parfois, de l'effet, mais sans avoir fait « scientifiquement » leurs preuves. Lorsque que la guérison survient, en psychanalyse, l'on s'entend dire, doctement : « une guérison ne prouve rien » !

La chercheuse Isabelle Stengers a montré que la médecine est devenue scientifique lorsqu'elle a réussi à distinguer l'effet thérapeutique par suggestion de celui qui agit sur sa cause. <sup>18</sup> En effet, on le sait, il faut différencier la guérison qui résulte d'un suggestion, elle non reproductible, de celle qui se vérifie dans n'importe quel cas, elle, donc, reproductible. La médecine a pris cette voie : elle ne guérit pas (ou plus) par suggestion, mais elle recourt à la méthode scientifique depuis un bon siècle et demi environ (Claude Bernard, Pasteur, Bichat...). Mais la psychanalyse prétend aussi, comme la médecine moderne, à la science. C'est pourquoi elle a, avec Freud, elle aussi, abandonnée la suggestion en laissant à d'autres (les psychothérapeutes, et...quelques médecins) les pratiques de l'hypnose, mais encore, par exemple, elle a renoncé à la pression de la main sur le front accompagnée de l'injonction, pour le patient, de se remémorer, comme Freud, lui-même, l'utilise et le rapporte, avec Breuer, dans leurs *Etudes sur l'Hystérie* [1895].

La psychanalyse s'est résolument placée sur le chemin de **la cause**, afin de l'accueillir dans le champ de la parole et de permettre ainsi au sujet de la subjectiver dans le but de s'en déprendre.

Comme un large public, mal ou peu informé, les jeunes femmes souffrant d'endométriase ne sont pas du tout préparées à accueillir autre chose que la démarche dite « scientifique » à laquelle se réfère, pour son efficacité, la médecine d'aujourd'hui. Le discours dominant, c'est le discours médical.

Lorsque l'on révèle à une jeune femme qu'elle souffre d'une maladie que la médecine nomme « **endométriase** », et qu'on lui explique le comment des diverses implantations ectopiques des cellules endométriales dans son corps féminin, et des conséquences à attendre pour celle-ci sur le plan algique, certes, mais surtout dans cette anxieuse perspective de la **reproduction**, on l'entraîne brutalement dans des champs qui lui sont, la plupart du temps, naturellement parfaitement étrangers : l'anatomie, la physiologie, l'immunologie, l'endocrinologie...

Elle, elle ne retient, pour sa part, qu'une chose : elle souffre d'une maladie organique qui la dépasse, et sur laquelle elle pense qu'elle ne peut rien. Elle perd ainsi la maîtrise. Seul le médecin est à même de l'aider à moins souffrir et, seul le médecin représente l'unique espoir de lui permettre, au mieux, d'avoir, un jour, mais quand ?, les enfants qu'elle souhaite. Elle se retrouve ainsi esseulée, profane, face à ce qu'elle perçoit, à travers le médical, comme étant la science universelle toute puissante qui la destitue de toute capacité à « s'en sortir » seule, c'est-à-dire par elle-même. **Cette situation l'hystérise et place son médecin, son chirurgien en position de maître. C'est au couple hystérique-maître auquel l'on va devoir dorénavant avoir affaire.**

Alors, venir lui parler, ou simplement attirer son attention sur autre chose que sur le savoir médical et la pratique chirurgicale concernant son corps organique, c'est lui faire affront. Pourquoi ?

Parce que c'est la faire un tant soit peu chanceler dans son état exclusif de « malade », c'est-à-dire douter de son plein statut de *victime*. C'est rouvrir cet éternel et impossible débat, pour elle qui n'en veut pas, entre le corps et l'esprit, entre l'âme et la matière, entre l'organique et le psychique. Son corps est bien là, mais sa tête est ailleurs, obturée.

Elle est malade, et bien naturellement elle veut qu'on la soigne, plus, qu'on la guérisse. Cela passe par les médicaments, cela doit se plier aux interventions du chirurgien, soit...mais que l'on n'aille pas lui parler d'autre chose que de son organique de corps. De la psychanalyse et des ses prétentions à évoquer une autre dimension que celle du corps organique, du psychanalyste qui l'interroge sur ce qu'elle, en tant que sujet, pense de tout cela, sur l'histoire de ce corps aujourd'hui souffrant, sur la survenue et les circonstances de ses premières règles, sur sa rencontre avec la sexualité, plus précisément de la question du sexuel pour elle et de son corps comme corps, aussi, de jouissance...Ah non ! Pas ça.

Il ne s'agit pas de cela, pour elle. Pour son médecin généraliste et son gynécologue, non plus ! L'inconscient, pour eux, « n'existe pas ». En outre, ils n'en veulent rien savoir. Ils ne se croient conscients, eux, que de ce qu'ils appellent « la réalité ». Et la réalité, c'est, pour eux, le corps qui l'incarne. Ils ne savent pas qu'une intuition de l'inconscient, existe, déjà, très sérieusement, depuis l'Antiquité. Dans le *Gorgias* ou dans *La République* de Platon : dans le célèbre mythe de la caverne, les hommes ne sont pas conscients de la réalité, car ils ne regardent pas du bon côté et ne voient alors que des ombres qu'ils prennent pour telle.

Et pourtant, comment lui expliquer que *la psychanalyse n'entre pas dans cette dichotomie du psychique et de l'organique* ? Qu'elle a été mal renseignée. Que l'inconscient existe bel et bien et que Freud a été dans l'obligation d'inventer un étrange concept en forgeant celui de *pulsion*.

### Le concept de pulsion : un janus bi-frons :

*La pulsion* introduit une nouveauté radicale. Elle dialectise toute opposition du mental et du cérébral, au point même de l'invalider. La psychanalyse est née en s'appuyant sur ce concept unique que l'on pourrait dire à double face, ou *bi-frons*. Grâce à ce concept purement psychanalytique, la psychanalyse souligne, dès ses débuts freudiens, que l'opposition du psychique et de l'organique ne la concerne pas. Il n'était pas même question que cette discipline à vocation scientifique - de Freud à Lacan, cette position n'a jamais varié - , reprenne à son compte, par exemple, le parti du spirituel contre le charnel, prenant la suite, dans le droit fil des Eglises qui, durant tous ces siècles ont maintenu, précisément au nom de cette opposition, un parfait obscurantisme... ! Quant à l'inverse, le charnel contre le spirituel, elle laissera cela à la science, précisément. Cela ne lui réussit pas trop mal comme on le sait, afin de se constituer comme science en suturant le sujet divisé (entre psychique et organique, entre conscient et inconscient, entre énoncé et énonciation...). La science, médicale en l'occurrence, ne considère un corps, que réduit à son organisme, un point c'est tout.

Mais l'on remarquera que dès que le psychisme n'est plus opposé au corps, la bataille du psychanalytique et du scientifique perd sa raison principale et que la haine est vidée de son sens. *La localisation n'est pas la compréhension*.

Vers la fin de sa vie, Sigmund Freud écrit : « De ce que nous appelons psychisme [...] deux choses nous sont connues : d'abord un organe somatique, le lieu de son action, le cerveau [...] et ensuite nos actes conscients dont nous avons une connaissance directe, et que nulle description ne saurait nous faire mieux connaître. Tout ce qui se trouve entre ces deux points extrêmes nous demeure inconnu, et s'il y avait entre eux quelques connexions, elles ne nous fourniraient guère qu'une localisation précise des processus conscients sans nous permettre de les comprendre. »<sup>19</sup>

Le concept de pulsion est une invention freudienne. Mais il faut savoir que le terme, *Trieb*, faisait couramment partie du vocabulaire des romantiques allemands, et en philosophie il se retrouve utilisé par le philosophe allemand Johann Gottlieb Fichte (1762-1814), considéré comme le philosophe intermédiaire entre l'idéalisme d'Immanuel Kant et la dialectique de Friedrich Hegel (1770-1831), qui s'interrogea sur la possible adéquation entre la réalité des choses, telle que le conçoit l'entendement, et la liberté humaine.

Fichte utilise *Trieb* dans le sens d'un effort accompli par l'élan vital du « moi » pour remplir une infinité et s'y réfléchir. On a pensé que Freud s'en était peut-être inspiré lorsqu'il s'est mis à distinguer les « pulsions du moi », des « pulsions sexuelles ».

Freud introduit le terme de pulsion, sans trop crier gare, dans ses *Trois Essais sur la théorie de la sexualité* [1903]. Il considère alors la pulsion comme un motif récurrent, mais assez vague. Il systématisé le

terme de pulsion, qui devient alors un concept à part entière, dans la *Métapsychologie* [1914]. Où elle apparaît alors bien comme **un concept fondamental de la psychanalyse**. Freud a donc abordé la pulsion, en ses débuts, comme une « présupposition provisoire et passablement obscure ». Elle se dévoile comme une force psychique qui s'étaye sur les besoins et les orifices correspondants du corps, tels que la bouche, l'anus, mais aussi les yeux, les oreilles, etc.. Ainsi, de l'interne, du « dedans » organique se trouve modelé à partir de l'externe, du « dehors », c'est-à-dire à partir de l'interprétation des besoins corporels par la mère en fonction de son propre manque à elle.

Il est nécessaire de bien comprendre ce que Freud dit, quand il dit que la pulsion est un « **concept limite entre le somatique et le psychique**. » Cela ne signifie pas que ce serait le concept qui serait limite, mais que c'est un **concept de la limite**, c'est-à-dire de ce qui se produit sur cette **frontière**, sur cette **limite**, pour autant que l'on puisse appeler tel **le retournement du psychique en somatique**, retournement sans lequel il n'y aurait pas même de psychique.

Il faut ici, aussi, retenir le mot de Lacan qui définit, à notre sens, parfaitement la pulsion, en condensant avec une grande pertinence sa formule lorsqu'il énonce que c'est : « **L'écho d'une parole dans le corps**. »

Mais Freud est bien intrépide ! Car à l'époque où il n'en a pas définitivement encore la preuve, il alla jusqu'à écrire ceci : « Nous pouvons donc bien en conclure que ce sont elles, les pulsions, et non pas les excitations externes, qui sont les véritables moteurs du progrès qui ont porté le système nerveux, avec toutes ses potentialités illimitées, au degré actuel de son développement. »<sup>20</sup>

C'est à partir de **la mère**, de ses demandes exorbitantes de satisfaction que s'enclenche la pulsion du côté de l'enfant. C'est d'abord un plaisir pour l'enfant mais, très rapidement, c'est trop, ce que la mère demande, exige !

C'est bien, mais c'est trop ! Trop cela devient **incestueux**, et se retourne en son contraire. Les pulsions sollicitées imposent une pression trop forte à l'organisme. Elles sont alors rejetées au-dessus d'un certain seuil, d'une certaine limite. C'est le cas, par exemple de l'anorexie mentale du nourrisson qui témoigne de la trop grande pression, un excès de l'investissement de la pulsion orale du bébé par la demande maternelle. Cet excès déclenche ce que Freud appelle dans un premier temps, en 1915, un « refoulement primordial » de la pulsion<sup>21</sup>, puis dans un second temps, dix ans plus tard, il le nomme plus justement un « **rejet** ». <sup>22</sup> Le rejet s'illustrera par des vomissements, la défécation, les cris, l'envie brutale d'uriner dans certaines situations. Tout cela ne se fait pas sans une certaine **jouissance**, laquelle peut se définir comme **la part de déplaisir dans le plaisir, intriqué au plaisir**. Chez l'enfant, ... mais aussi chez l'adulte.

**Une femme** qui a le sentiment, la sensation d'être **abandonnée** peut se mettre à vomir, ou bien être prise de coliques, de diarrhées, faire des crises dites en France de « spasmophilie », ne pas pouvoir se retenir d'uriner, ne plus pouvoir regarder dans les yeux (rejet de l'excès de pulsion scopique qui l'instrumente), etc... Le sujet se met alors à **rejeter à l'extérieur la part incestueuse** (il y a « tueuse » dans incestueuse) de l'investissement psychique de son corps. Dès que **le plaisir pulsionnel vire au cauchemar, les pulsions**, qui sont normalement toujours dans un collage avec les perceptions (au « système perception-conscience » [Freud]), sont rejetées. Décollées des perceptions, elles investissent le monde exclusif des sensations, c'est là, précisément, que des hallucinations, par exemple, peuvent apparaître.

On l'aura bien compris : la première détermination que subit un sujet, c'est d'être **l'objet de jouissance de l'Autre** (la mère au départ). Ce qu'il accepte, mais ce qu'il accepte jusqu'à un certain point. Au-delà de ce point, **il rejette la jouissance en excès**. Que se passerait-il si la jouissance se réalisait « jusqu'au bout » ? Le corps, comme ravi, se réduirait alors à la boulimie d'une bouche insatiable, à un anus en défécation continue, à un urètre ouvert au jet d'urine en flux continu, à un chant ou un cri sans fin, à une éjaculation infinie...

Non, **le sujet ne veut pas être un corps pur objet de l'Autre**, un corps qui n'aurait comme sujet que l'Autre du désir. C'est **le refoulement** qui permet d'introduire **une limite à la jouissance, sans laquelle cette jouissance, il le sait bien, arriverait à l'annuler, à l'anéantir**. Ce n'est donc pas, chez le sujet, un refus de la jouissance, toujours plus, ce qu'il adore, ... mais **un refus de son annulation en tant que sujet**. Il ne veut pas se réduire à l'objet de jouissance de l'Autre, c'est là la condition de sa subjectivité. **C'est en imposant cette limite, le rejet de l'objectivation -, que le sujet naît**. C'est le premier cri de l'enfant qui pourrait illustrer ce premier rejet de l'objectivation. L'enfant se situe alors comme intériorité par rapport à cet « extérieur » qu'il rejette. Mais il ne suffit pas que le sujet naisse par cette courageuse « négation » de l'objectivation. Car la négation va refouler les déterminismes qui vont alors devenir inconscients, et malheureusement, ceux-ci continuent alors de plus belle à piloter ledit sujet sans, en plus, qu'il s'en rende vraiment compte. **Ce qu'il ignore le commande**, il n'a acquis qu'une prétendue liberté, pourtant courageusement arrachée à l'Autre.

Où alors trouver un point d'appui solide pour atteindre à *une autre liberté* que celle qui consiste « simplement » à nier les déterminismes ?

Freud n'a jamais parlé de déterminisme, il a, par contre introduit le concept de *surdétermination* dès 1899/1900 dans la *Traumdeutung*.<sup>23</sup> On pourrait penser que la surdétermination, c'est la causalité multiple. Non. C'est une « *causation* » qui comporte à l'intérieur d'elle-même sa propre contradiction. On donne l'exemple du trauma sexuel, chez une femme, qui se produit au moment où l'amour se met précisément à engendrer la peur d'être violée, justement par la personne aimée elle-même. Le concept de surdétermination est nécessaire à la compréhension de la nature humaine, pour autant que la causalité d'un symptôme est l'exact résultat de déterminismes contradictoires, lesquels, pris isolément, n'expliquent absolument rien.

Et l'on s'aperçoit très vite que l'on ne peut guérir un symptôme par des explications. C'est là que prend place la liberté recherchée plus haut, au-delà de la négation des déterminismes, aussi courageuse que soit ce « dire non » du sujet face à l'Autre. Cette liberté oblige le sujet qui fait face à des déterminations si contradictoires, ... à quoi ? A choisir !

A choisir entre plusieurs possibilités. Le sujet ne peut pas éviter la causalité, pas plus qu'il ne peut faire l'économie de sa liberté. Il a réagi aux déterminismes, maintenant il agit par un choix. Il n'est pas passif, il sait (des fois il lui faut quand même une plus ou moins longue psychanalyse personnelle... !), il sait qu'il est au poste de commande de son conscient ET de son inconscient, ...s'il le veut ! Mais, pour ce faire il doit ouvrir la porte de sa prison avec la clé de la contradiction à laquelle il doit faire face.

Cette *liberté du sujet* dont on parle se résume à se décomposer en deux temps, afin de mieux s'affirmer. Premier temps : au moyen de la négation ; deuxième temps : grâce au choix qu'entraîne sa liberté forcée. Le premier temps ne suffit pas, car le « dire non » débouche sur une liberté qui stagne, piégée dans ce contre quoi le sujet lutte. Mais cela se débride lorsque le sujet ajoute un choix à sa négation. « *Dire non* » et « *faire un choix* » définit le sujet, un sujet de plein emploi, un sujet accompli comme sujet, parfois nécessairement un sujet passé par l'analyse, un sujet, toutefois qui s'accepte comme « surdéterminé », à condition de résoudre cette surdétermination par son choix.

Cette liberté, bien sûr, ne sera toujours qu'une liberté relative, bien qu'entière. Relative parce que la surdétermination ne peut s'affranchir complètement des déterminations. Il ne s'agira, en aucun cas, pour le sujet, de renier les déterminismes, ou la causalité contradictoire, ni de s'y soumettre. Néanmoins, entre deux termes, l'un sera choisi, pendant que l'autre persistera sur le mode dénié.

Que deviendra, par exemple, le père, à la fois aimé et détesté ? Le sujet pourra « choisir » l'amour du père, la part détestée refera alors surface sous la forme, par exemple, d'un objet phobique qui sera une exacte présentation, mais déniée de la haine envers le père. Ainsi, la dénégation, on le voit, maintient la contradiction tout en faisant un choix. Elle représente, très rigoureusement, l'index de la *surdétermination*.

On peut ainsi conclure : *la subjectivité renouvelle le problème de la causalité et du déterminisme*. On a vu que, contrairement aux déterminations bio-organiques, *les déterminations psychiques sont dialectiquement contradictoires*. Ce qui cause le désir humain ne se place pas au niveau d'une réponse à ce qui serait là, écrit depuis toujours, mais, bien au contraire, dans ce qu'il faut reconnaître comme *une innovation qui se situe au-delà de toute détermination*.

C'est à cet endroit que l'on peut repérer la position de la psychanalyse par rapport aux autres sciences, dans cet écart entre une causalité toujours à venir du sujet et les déterminismes dont le sujet humain ne veut pas et qu'il refoule (rejette). Il est alors dans l'action et ce qu'il refoule, dans le même temps, se met à causer son désir, lequel, littéralement, le pro-jette en son destin.

La structure psychique d'un être humain procède de la façon avec laquelle le sujet va *dire « non » au désir de l'Autre* (de la mère au début, puis...). La théorie de la clinique psychanalytique a repéré et défini ces *modalités de la négation* dans leur rapport au déterminisme, et compte tenu des structures psychiques. Il s'agit du *refoulement* pour les *névroses*, du *déni*, pour les *perversions*, de la *forclusion*, pour les *psychoses*.

L'expérience montre que le sujet peut dominer les contraintes auxquelles il entre en résistance, car il ne se réduit à aucune des déterminations qu'il combat. Il est le maître de la négation. A ce titre il précédera toujours ce dans quoi il s'est engagé, c'est son entière liberté de sujet. La psychanalyse est là pour le lui faire entendre, le lui faire rencontrer afin qu'il y trouve son meilleur appui. La psychanalyse est « au service » de cette liberté du sujet, elle n'a pas d'autre raison d'être. En cela elle n'a rien à voir ou à faire avec un quelconque exercice de rééducation auquel certains, avec méprise, ou condescendance, voudrait la réduire. C'est cette *libre position du sujet* qui nous montre, chaque jour, à nous les psychanalystes, qu'elle commande une structure à laquelle, ledit

sujet, n'a de cesse ainsi d'échapper. Elle justifie l'existence pérenne de la psychanalyse et la pratique séculaire des psychanalystes.

\*

Qu'en est-il de l'abord de la psychologie médicale, laquelle n'est pas la psychanalyse, concernant l'endométriose et - ce qui n'est pas nécessairement la même chose -, concernant les sujets femmes souffrant de cette affection que les médecins nomment « endométriosiques ».

Un auteur comme Alain Audebert<sup>24</sup>, spécialiste de l'endométriose en France, pose la question, qui donne le titre à son article d'avril 2006 : *La femme endométriosique est-elle différente ?* Il y répond d'entrée de jeu, au niveau de son introduction : « De plus en plus de faits laissent à penser que la femme atteinte d'une endométriose présente *des caractéristiques qui la rendent différente des autres femmes. [...]* »

Sont par la suite évoqués : des « anomalies génétiques » ; un « endomètre différent » ; des « particularités favorisant la douleur », au sein desquelles : 1) *un profil psychologique*, 2) une sensibilité à la douleur ; des « conditions algogènes associées », au sein desquelles : 1) le syndrome de l'intestin irritable, 2) la cystite interstitielle, 3) la fibromyalgie ; « un risque de cancer accru » avec : I) quelles sont les affections malignes ayant un risque accru ?, II) ces données ont-elles été confirmées ? (1. cancer du sein ; 2. cancer de l'ovaire), III) lymphome non hodgkinien ; puis Conclusions.

On se limitera ici à ce paragraphe « un profil psychologique ». Que dit l'auteur et, à travers lui, que dit la littérature ? En somme peu de choses, mais pas n'importe quoi, comme l'on va s'en apercevoir.

Cela mérite de citer le passage *in extenso* :

« Peu de publications se sont réellement intéressées à l'état psychique des femmes présentant une endométriose. Nous n'aborderons pas le sujet controversé du rôle du psychisme et du stress dans la genèse de l'endométriose ou celui des algies d'origine psychique. Nous rappellerons brièvement, selon leur chronologie, les quelques études disponibles concernant l'évaluation des facteurs psychologiques chez les femmes présentant une infertilité ou des douleurs associées à l'endométriose.

Une étude chez 11 femmes présentant une endométriose a montré que leur développement psychosexuel était influencé négativement et que, par ailleurs, leurs relations avec autrui et en particulier les médecins étaient modifiées (21).<sup>25</sup>

Une première étude concernant des femmes infertiles a montré qu'elles présentaient un niveau d'anxiété plus grand les rendant plus sensibles au stress (22).<sup>26</sup> Les auteurs estiment que ces femmes, en raison d'une anxiété plus grande, sont plus aptes à développer une endométriose (22). Un autre groupe de 56 femmes infertiles, dont 38 ayant une endométriose et 18 une infertilité tubaire, a été soumis à des tests psychométriques (23).<sup>27</sup> Les femmes présentant une endométriose ont montré des niveaux plus élevés d'anxiété et une tendance à une plus grande préoccupation somatique (23).

Davantage d'études ont concerné, plus spécifiquement, les femmes présentant des douleurs chroniques. Les femmes présentant des douleurs chroniques associées à une endométriose ou sans cause identifiée n'ont pas un profil psychologique différent (24).<sup>28</sup> Par contre, en comparaison avec un groupe témoin, elles ont des scores plus élevés en ce qui concerne la dépression, l'hypochondrie, l'anxiété et la psychasthénie et une plus forte tendance à la névrose (24). Une autre étude a montré que les femmes présentant une endométriose et des douleurs avaient un état d'anxiété plus marqué (25).<sup>29</sup> Une autre compare des femmes algiques avec endométriose à des cas où la douleur reste "inexpliquée" (26).<sup>30</sup> Aucune différence ne fut retrouvée en ce qui concerne l'humeur et la personnalité, par contre, les femmes ayant une endométriose avaient des douleurs plus sévères et un retentissement social plus important (26). Dans une autre étude, 81 femmes présentant des algies pelviennes, dont 40 avec une endométriose, ont été soumises à des tests psychométriques, les scores sont plus élevés pour l'introversion, la névrose, le psychotisme et l'anxiété, et le profil psychologique des femmes ayant une endométriose est différent de celui des autres femmes algiques pour d'autres causes (27).<sup>31</sup> Plus récemment, chez 50 femmes présentant une endométriose, la prévalence de la dépression a été évaluée à l'aide du Beck's Depression Inventory modifié (28).<sup>32</sup> 92% des femmes présentaient des symptômes dépressifs, modérés ou importants dans 56% des cas. Enfin, une dernière équipe a souligné l'importance des facteurs psychosomatiques, psychosexuels, sociaux et biographiques dans le cadre de l'endométriose (29).<sup>33 34</sup>

\*

On fera plusieurs remarques et commentaires :

- 1) N'est-il pas regrettable que soit d'emblée évacué « *le sujet controversé du rôle du psychisme et du stress dans la genèse de l'endométriose ou celui des algies d'origine psychique.* » ? Que le sujet soit controversé, et d'ailleurs par qui et pourquoi ?, ne devrait pas être un obstacle à ce qu'il soit abordé. C'est là un grand morceau de la question qui est immédiatement écarté et l'on peut trouver dommage un tel choix.
- 2) Concernant les femmes endométriosiques, il nous est d'abord annoncé, au moyen d'un article publié en 1999, que leur « *développement psychosexuel était influencé négativement et que, par ailleurs, leurs relations avec autrui et en particulier les médecins étaient modifiées.* »
- 3) « *un niveau d'anxiété plus grand les rendant plus sensibles au stress.* » et , qu' « *en raison d'une anxiété plus grande, (elles) sont plus aptes à développer une endométriose.* »
- 4) « *des niveaux plus élevés d'anxiété et une tendance à une plus grande préoccupation somatique.* »
- 5) « *des douleurs chroniques associées à une endométriose ou sans cause identifiée n'ont pas un profil psychologique différent.* » mais « *des scores plus élevés en ce qui concerne la dépression, l'hypochondrie, l'anxiété et la psychasthénie et une plus forte tendance à la névrose.* »
- 6) « *un état d'anxiété plus marqué.* »
- 7) « *des douleurs plus sévères et un retentissement social plus important.* »
- 8) « *les scores sont plus élevés pour l'introversion, la névrose, le psychotisme et l'anxiété, et le profil psychologique des femmes ayant une endométriose est différent de celui des autres femmes algiques pour d'autres causes.* »
- 9) « *la prévalence de la dépression a été évaluée à l'aide du Beck's Depression Inventory modifié. 92% des femmes présentaient des symptômes dépressifs, modérés ou importants dans 56% des cas.* »
- 10) « *l'importance des facteurs psychosomatiques, psychosexuels, sociaux et biographiques dans le cadre de l'endométriose.* »

Cette revue de la littérature internationale nous montre quoi ? Elle nous montre, en dix points, ce que la recherche attrape de significatif concernant la dimension psychique engagée chez les femmes endométriosiques.

Les auteurs de ces études notent en premier lieu que les femmes souffrant d'endométriose ont **un développement psychosexuel influencé négativement** par cette affection. Ils remarquent aussi que ces femmes, ces patientes entretiennent avec autrui, en général, et avec leurs médecins, en particulier, **des relations modifiées**.

Mais, ce qui vient d'abord en avant dans les résultats de ces études, c'est **l'anxiété**. Toutes les études s'accordent à considérer que le niveau d'anxiété est plus élevé chez les femmes endométriosiques, ce qui les rend **plus sensibles au stress**, mais aussi à une **plus grande préoccupation somatique** ; elles sont sujettes aussi à des **douleurs plus sévères**. Et les auteurs notent, en outre un **retentissement social plus important** dans leur cas. Cette anxiété étant plus grande, certains auteurs pensent que cela rend ces femmes **plus aptes à développer une endométriose**.

Des auteurs qui utilisent des tests psychométriques ont noté des scores plus élevés pour : **la dépression, l'hypochondrie, l'anxiété, la psychasthénie et la tendance à la névrose** ; d'autres, des scores plus élevés pour **l'introversion, la névrose, le psychotisme** et encore **l'anxiété**. Ces derniers ajoutent que les femmes endométriosiques ont un **profil psychologique différent** des autres algiques. Enfin, ceux qui pratiquent les échelles de dépression avancent que **92%** des patientes souffrant d'endométriose sont l'objet de **symptômes dépressifs modérés**, mais que **56%**, donc plus d'une sur deux, sont assaillies par des **symptômes dépressifs importants**.

Enfin, il faut encore retenir la mise en évidence par d'autres expérimentateurs, de l'importance des *facteurs psychosomatiques, psychosexuels, sociaux et biographiques*.

Ce qui amène l'auteur, Alain Audebert, l'un des meilleurs spécialistes français de l'endométriose, à conclure que : « *La femme endométriosique, et plus particulièrement celle qui souffre et présente des lésions sévères, n'est pas comme les autres* »<sup>35</sup>

Il ajoute, après avoir rassemblé tous les autres arguments des dimensions bio-médicales de cette « *femme pas comme les autres* » : « [...] Elle réunit aussi diverses particularités [...] et enfin des *troubles psychologiques*, qui sont retrouvés dans d'autres pathologies somatiques douloureuses. [...] Enfin elle est *davantage exposée* [...] ».

Et termine ainsi : « Ces notions, [...] doivent être connues en pratique afin d'assurer une information, une prise en charge à courts termes et à longs termes adéquates, impliquant, en particulier la *multiplidisciplinarité* et la prise en compte d'éventuels *troubles psychologiques*. »

Le tableau ainsi dépeint de la femme endométriosique est assez chargé, ne serait-ce que du point de vue psychique, point de vue que nous privilégions ici. Il justifie de s'y intéresser de plus près et les expressions, traduites de l'anglais scientifique des publications internationales ne favorisent pas cette approche. Qu'est-ce qu'en effet, par exemple, qu'un « développement psychosexuel influencé négativement » ? Ou bien « des relations modifiées avec autrui et les médecins » ? Ou encore de la « psychasthénie » ou du « psychotisme », ou « la tendance à la névrose » ? Ces expressions sont assez vagues et manquent quelque peu de rigueur pour le champ psychiatrico-psychanalytique francophone.

Néanmoins, on comprend que la femme endométriosique est, plus que tout autre, plus qu'il ne se rencontre ordinairement ou dans d'autres affections, sujette aux « *troubles psychologiques* » (« *disorders* », en anglais). Raison suffisante et nécessaire pour s'interroger sur son cas et aller y voir de plus près.

Il y a quelque chose, dans ce champ de la maladie endométriosique qui nous questionne, au-delà de la maladie médicale. *Il y a quelque chose qui se passe au niveau psychique des sujets femmes souffrant de cette affection,...mais quoi ?*

Un autre auteur, grand spécialiste français de l'endométriose, Jean Bélaïsch<sup>36</sup>, a publié, en 2003, un article intitulé *Endométriose et Psychologie*<sup>37</sup>, dans lequel il annonce d'emblée que « *Notre expérience personnelle nous pousse à penser que ce terrain immunitaire particulièrement favorable au développement d'une endométriose doit lui-même résulter d'un état de stress prolongé.* »

« C'est après la confiance d'une de nos patientes (qui avait pendant des années été exposée à *un traumatisme d'ordre sexuel, à la limite de l'abus*, mais qu'elle avait particulièrement mal supporté) que nous avons été poussés à vérifier si d'autres patientes endométriosiques n'avaient pas été exposées aux mêmes chocs répétés. Et nous avons été frappés, au hasard des interrogatoires de certaines de nos patientes endométriosiques qui nous avaient consultés pendant les semaines suivantes, par *la découverte d'abus sexuels* ou *de situation de stress prolongée* dans leurs antécédents. »

« [...] Nous avons retrouvé chez la moitié de nos patientes soit très précisément 95 sur 200 *un traumatisme sévère et surtout prolongé dans le temps, en relation avec des abus sexuels ou des problèmes familiaux graves impliquant parents, souvent séparés ou père inconnu, ou conjoints*. Ces chocs psychologiques avaient été très difficiles à supporter et continuaient à tourmenter les femmes atteintes. »

« [...] Comment peut-on comprendre cet effet délétère d'une situation de stress prolongée ?

On peut tout d'abord penser que le stress est simplement cause d'une plus grande sensibilité à la douleur voire d'une stérilité psychogène. C'est d'ailleurs à cette conclusion que sont parvenus de nombreux spécialistes de l'endométriose ou de la douleur chronique du petit bassin.

Notre interprétation est toute différente. *C'est le traumatisme prolongé lui-même qui est à l'origine de ces endométrioses et cela par le biais d'une altération de leurs défenses immunitaires.* On sait aujourd'hui qu'il existe un véritable réseau psycho-neuro-endocrino-immunologique. La répétition du stress et sa longue durée affectent le système immunitaire qui n'est plus capable d'assurer la destruction des cellules endométriosiques arrivant dans le pelvis chaque mois. Les implants d'endométriose se développent alors. Et on comprend que selon l'état psychique, l'évolutivité des lésions puisse varier notablement. Cette interprétation conduit à accorder une très grande importance à l'état de bien être ou de mal être de toute patiente endométriosique. Mais nous admettons volontiers que le mécanisme expliquant le développement des lésions puisse être différent chez certaines femmes ayant cependant souffert de telles tensions psychiques prolongées. »

A propos du vécu : « [...] on peut y trouver plusieurs thèmes », dit Jean Bélaïsch, qui exemplifie son propos avec des citations issues du discours de patientes.

### ***LE THÈME DE LA MALADIE ENDOMETRIOSIQUE CATASTROPHE***

Je veux aller de l'avant, mais là j'ai conscience d'être détruite... J'ai l'impression que j'avance, que je vais mieux, mais plus j'avance, plus je découvre à quel point je suis meurtrie en profondeur et je suis désespérée... J'ai l'impression d'avoir été mutilée, je sais que c'est pour mon bien, parce que mon corps ne fonctionne pas bien...

### ***LE THÈME DE LA CAUSE DE L'ENDOMETRIOSE***

D'abord je suis également convaincue qu'en dépit d'un contexte physiologique favorable, la maladie s'est déclenchée sous l'effet d'un choc psychologique ou d'une évolution psychologique. Je suis également convaincue de pouvoir guérir grâce à ce suivi (par une psychothérapeute).

### ***LE THÈME DE L'UTILITÉ DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE***

Je consulte depuis peu une psychiatre, ...te dire qu'elle m'aide, je ne sais pas, mais comme par hasard je me sens mieux depuis quelques semaines. Et puis je prends soin de moi : je fais attention à ce que je mange (psychologiquement en essayant de manger des choses saines, tu as l'impression d'aimer ton corps de l'intérieur et qu'il te le rend bien)....

### ***LE THÈME DE LA LUTTE ET DE L'AMBIVALENCE***

J'ai alors décidé de me battre autrement...(sa gynécologue médicale lui avait conseillé une réopération alors que la première opération n'avait eu aucun des effets escomptés et fort sagement le chirurgien avait refusé cette deuxième intervention ; mais ce désaccord entre ses deux médecins l'avait déstabilisée). Je me suis tournée vers les médecines douces ostéopathie, acupuncture, homéopathie. Elle reçoit un traitement de progestatifs et elle prend conscience de l'ambivalence de son désir d'enfant.

"Pour ma part, il s'est avéré que j'avais des problèmes avec mes parents, que je suis empreinte d'une histoire maternelle forte (qui me donne une mauvaise vision des hommes et de l'enfantement), que j'ai des problèmes sexuels et de couple...J'essaye de m'affirmer et ... je gagne de la confiance en moi et de l'estime pour moi."

### ***LE THÈME DE LA RESSEMBLANCE ET DE LA DIFFÉRENCE***

Il est admirablement exprimé dans la réponse à un témoignage: "Que te dire de plus, ce que tu vis nous le ressentons chacune à notre tour. Et je pense que chaque endo est différente, pas seulement physiologiquement mais aussi dans le contexte psychologique de la maladie."

### ***Enfin LE THÈME DE LA PEUR***

Peur de ne pas être à la hauteur avec un homme à cause du handicap de l'endométriose.

Peur de ne pas pouvoir avoir d'enfant quand on le voudra.

Peur et angoisse d'avoir une maladie chronique toute sa vie et qui va vous faire broyer du noir en permanence ... »

Et l'auteur de conclure : « *Il existe une dimension psychologique à l'origine et consécutive à la maladie endométriosique.* »

Nous ferons référence, enfin, à un autre article de Jean Bélaïsch (en collaboration avec Paul Allart), intitulé *Endométriose et vécu de l'adolescence*<sup>38</sup>.

A l'occasion de celui-ci, l'auteur reprend, trois ans après l'article précédemment cité, les résultats de son expérience de la question des femmes endométriosiques. Il y réaffirme « *qu'au moins une femme sur deux atteintes de cette affection a souffert pendant l'adolescence de traumatismes émotionnels de gravité plus ou moins sévère mais toujours prolongés.* » (p.1) Ce qui a été noté dans la littérature concernant la genèse des douleurs provoquées ou dans l'accentuation de la perception de ces douleurs.

Cependant, Jean Bélaïsch évoque une autre hypothèse : « *Ces traumatismes pourraient favoriser le développement des lésions endométriosiques elles-mêmes.* » (p.1) Il ajoute plus bas : « *Nous soulevons donc l'hypothèse que ces chocs émotionnels prolongés puissent altérer les défenses immunitaires de certaines femmes prédisposées ou vivants dans un environnement pathogène, au point de rendre possible la greffe endométriosique.* » (p.1).

Puis l'auteur va plus loin : « *les sortes de traumatismes psychiques qui ont ainsi été décrits par nos patientes sont de tous ordres ; mais on peut les réduire à deux types majeurs : l'abus sexuel et l'abandon qui ont pu advenir à un quelconque moment de la vie. Parfois les deux causes sont réunis : l'abandon plaçant la jeune enfant ou adolescente dans une situation qui favorise les abus physiques.* » (p.3). « *[...] Les sentiments éprouvés dans les deux cas sont donc ceux d'une dévalorisation plus ou moins profonde ou d'une anxiété insurmontable.* » (p.3). Puis : « *Sur plus de 300 patientes consultant successivement, plus de la moitié ont ainsi fait part de stress dont elles n'auraient jamais parlé si l'interrogatoire avait été conduit dans les conditions habituelles. Et plusieurs de nos patientes nous ont déclaré qu'elles n'avaient jamais raconté leur histoire auparavant.* » (p.3).

Jean Bélaïsch aborde ensuite la littérature dont les résultats recourent ses propres constatations. Plusieurs publications se rapprochent de son observation. L'étude de Low, Edelman et Sutton, l'étude de Peveler, Edwards, Daddow et Thomas, celle de Strauss, Didzus et Speidel, celle de Nijs, Koninckx, Verstraeten, Millens, Nicasy de 1984, toutes ici mentionnées plus haut avec le travail de recension d'Alain Audebert. A quoi s'ajoute l'étude de Koninckx, de 1987<sup>39</sup>, qui conclut que les femmes souffrant d'anxiété chronique seraient plus souvent atteintes d'endométriose.

Jean Bélaïsch aborde enfin la question générale des abus sexuels et particulièrement concernant l'endométriose.

« *La littérature s'est aussi préoccupée des conséquences des abus sexuels dans l'enfance.*<sup>40</sup> (p.5).

« *Une revue exhaustive de ces conséquences a été entreprise par Angela Browne et David Finkelhor<sup>41</sup> [...] ils remarquent que parmi les effets à long terme, rapportés chez les femmes ayant souffert d'abus sexuels dans l'enfance, la dépression, d'une part, et les symptômes d'anxiété et de tension sont décrits en premier et sont apparemment les moins discutés.* » (p.5).

« *Depuis leur analyse parue en 1986, de nombreuses publications ont traité des corrélations entre abus sexuels et douleurs pelviennes chroniques, mais aucune ne s'est attachée à la relation directe unissant endométriose et abus sexuels.* »<sup>42 43 44</sup> (p.5).

Et l'auteur de commenter ainsi ces données : *Ces publications ont cependant le mérite de démontrer l'extrême intrication des facteurs organiques et des facteurs psychiques. Elles insistent sur le retentissement sur la psyché de toutes les formes de traumatismes physiques ou sexuels. Et elles constatent que malgré son*

*caractère organique apparent l'endométriose n'occupe pas une place précise dans la genèse des douleurs. »* (p.6).

Mais, reprenant le fil de son expérience, Jean Bélaïsch commente ses propres résultats : « *Si cependant, on veut prendre en compte les possibles effets des traumatismes psychologiques décrits par la moitié de nos patientes, on est conduit par l'ensemble de ces études à faire jouer un rôle à l'anxiété prolongée et à la tension morale qu'ils ont pu créer. Mais surtout on doit retenir que la femme endométriosique n'est pas différente d'après les évaluations psychologiques de celle qui souffre de douleurs inexpliquées et dont l'état psychique est considéré généralement comme particulièrement instable. »* (p.6).

Enfin, nous citerons encore ce passage de l'article de l'auteur comme étant très représentatif des questions que l'endométriose soulève : « *Une publication toute récente<sup>45</sup> [...] qui donne une dimension « métapersonnelle » à l'état psychique du sujet car elle prend en compte l'histoire de toute la famille. Elle démontre les perturbations profondes du système neurovégétatif présentées par la patiente et évoque leur implication dans les manifestations sinon même dans la genèse de l'endométriose. »*

*« Leur étude a mis en œuvre une batterie remarquable d'appareils qui mesurent les réflexes physiologiques liés au stress : température digitale, niveau de sudation, électroencéphalogramme, électromyogramme. L'équipe a aussi analysé en détail l'histoire de la famille sur trois générations confortant l'analyse que nous faisons du vécu de nos patientes.*

*Ils mettent l'accent sur deux points essentiels : - d'une part ces mesures indiquaient chez la patiente et ses parents un état de stress prolongé, - et d'autre part l'histoire de la famille et les contacts sociaux avec les autres membres de la famille différaient de façon frappante de ceux du témoin normal. Comme l'écrivent Harrison et coll., jusqu'ici les voies de la réactivité biologique n'ont pas été documentées chez les femmes souffrant d'endométriose. « Et les facteurs associés à des niveaux élevés de réactivité aux stress chroniques, n'ont pas été distingués de stress provoqués par les symptômes et les traitements de l'endométriose. ».*

Quoi qu'il en soit, à chaque fois, à chaque étude, à chaque entretien, revient sur la sellette l'état exceptionnel d'*anxiété* où se trouvent plongées les femmes souffrant d'endométriose, par quelque biais qu'on les aborde : études statistiques, études cliniques, questionnaires fermés, questionnaires ouverts, libre parole, anamnèse lors d'entretiens cliniques, psychanalyse...

L'état d'anxiété est fortement accru chez les femmes endométriosiques provoquant, selon les études et les auteurs, un déficit immunitaire par les biais multiples d'une *perturbation du réseau psycho-neuro-endocrino-immunologique*. Cet état exceptionnel est significativement accru chez ces patientes et il peut être, par tout clinicien qui y prête garde, observé chez une importante proportion de malades souffrant d'endométriose chez lesquelles il est plus que manifestement visible, observable. Enfin, il faut mentionner qu'un certain nombre de spécialistes chevronnés de l'endométriose, tels, par exemple, que Bruhat, Canis, Lachowsky et Madelenat, se sont autorisés récemment à rapporter au cours de colloques, congrès ou symposiums, qu'un *facteur psychique* serait très certainement sous-jacent aux symptômes présentés par leurs malades endométriosiques.

\*

#### **IV - Névrose (psycho)traumatique**

##### **et Post-traumatic stress disorder**

De quoi s'agit-il ? Il s'agit d'un : « Type de névrose où l'apparition des symptômes est consécutive à un choc émotif généralement lié à une situation où le sujet a senti sa vie menacée. Elle se manifeste, au moment du choc, par une crise anxieuse paroxystique pouvant provoquer des états d'agitation, de stupeur ou de confusion mentale. Son évolution ultérieure, survenant le plus souvent après un intervalle libre, permettrait de distinguer schématiquement deux cas :

- a) Le traumatisme agit comme élément déclenchant, révélateur d'une structure névrotique préexistante ;

b) Le traumatisme prend une part déterminante dans le contenu même du symptôme (ressassement de l'évènement traumatisant, cauchemar répétitif, troubles du sommeil, etc.), qui apparaît comme une tentative répétée de « lier » et abrégier le trauma ; une pareille « fixation au trauma » s'accompagne d'une inhibition plus ou moins généralisée de l'activité du sujet.

C'est à ce dernier tableau clinique que Freud et les psychanalystes réservent habituellement la dénomination de névrose traumatique. »<sup>46</sup>

Cette entité, adoptée par les psychanalystes, aurait été introduite par l'Allemand Herman Oppenheim, en 1888.<sup>47</sup> Celui-ci l'emploie, principalement, à propos des accidents de chemin de fer, cauchemar de l'époque. Il définit alors le diagnostic de « névrose traumatique ».

« C'est une entité clinique autonome qui comprend le souvenir obsédant de l'accident, des troubles du sommeil et une agitation telle que dans les hôpitaux, les malades doivent être isolés car ils gênent leurs voisins de lit ! », explique, aujourd'hui, le Pr. Louis Crocq.<sup>48</sup> Il poursuit : « Oppenheim y range également les cauchemars de réminiscence, la phobie des chemins de fer, la labilité émotionnelle. Il parle de « sidéro-dromophobie », imputant ce trouble à l'effroi – *schreck* – qui, dit-il « provoque un ébranlement psychique tellement intense qu'il entraîne une altération psychique durable. ». A ceux qui imputent ces symptômes, classiquement, à une commotion cérébrale, Jean-Martin Charcot répondra que, pour lui, les troubles des accidentés du chemin de fer sont bel et bien de l'ordre du psychique et non pas dus à une commotion cérébrale. Il parle à ce sujet en termes d'*hystéro-neurasthénie* lors de ses fameuses *Leçon du mardi* à la Salpêtrière (1888). A cette même époque, Pierre Janet, élève de Charcot, prépare sa thèse de psychologie au Havre et travaille sur cette même question du souvenir brut de l'évènement traumatique. Mais il en parle maladroitement en terme d' « idée fixe », - alors qu'il ne s'agit pas d'une idée, rien ici de « cognitif » -, il y voit une sorte de corps étranger non assimilé. ...Qui déclenche des *reviviscences* de toutes sortes dont le sujet est la proie. Sigmund Freud n'est pas en reste, qui commence par reprendre les thèses de Janet. Mais, lui, va parler de « *réminiscences* ». Louis Crocq résume : « après un choc émotionnel, le souvenir brut de l'évènement demeure au sein du préconscient comme un parasite, provoquant des symptômes de conversion et des abréactions répétées et inefficaces. La thérapeutique consistera à faire pratiquer des associations d'idées sur ces résurgences pour amener à leur libération. »<sup>49</sup>

C'est bien évidemment avec les guerres de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et celles du XX<sup>e</sup> siècle, celle de 1914-1918, en particulier, que se développent les travaux à propos des névroses traumatiques, dites alors « névroses de guerre », et des syndromes mentaux post-accident. L'expérience américaine, à partir de la Première, puis surtout de la Seconde Guerre Mondiale, va générer beaucoup de travaux autour du *choc émotionnel*. Mais c'est avec et après la guerre du Vietnam, pour les Américains, que va prendre place en 1980 le fameux *PTSD*, ou *Post-Traumatic Stress Disorder*, diagnostic créé et imposé par le DSM de l'American Psychiatric Association.

Ne nous y trompons pas, le PTSD, bien qu'américain, n'est autre que la « névrose traumatique » européenne des psychiatres et des psychanalystes germano-français.

Question de dominance scientifico-culturelle, les Américains n'auront de cesse, de 1980 à aujourd'hui, de s'échiner à vouloir imposer leur concept, refusant catégoriquement le terme de « névrose », trop entaché de conception psychanalytique selon eux (alors que Philippe Pinel et Boissier de Sauvage utilisent déjà le terme de « névrose » un siècle avant Freud !), et dans leur haine, récente, du freudisme - après l'avoir par trop adulé dans les années 1950 -, qu'ils arborent en tous lieux, jusqu'au *non sense*.

Louis Crocq fait remarquer que les Américains, « [...] surtout introduisent le terme stress, montrant ainsi leur obédience à une hypothèse résolument biologique. »<sup>50</sup>

Il poursuit, et je le citerai largement pour éclairer notre question dans l'endométrieuse :

« La très officielle Classification internationale des maladies mentales, dans sa révision de 1992, adopte en tout cas le diagnostic de PTSD – que l'on peut traduire par « *état de stress post-traumatique* » - en remplacement de la névrose traumatique. Auparavant, elle a introduit un diagnostic précis pour la réaction des premières heures : la réaction aiguë à un facteur de stress qui ne dure pas au-delà d'une journée. Et réserve un diagnostic plus compliqué, plus lourd, de modification durable de la personnalité, après une expérience de catastrophe - ce qui correspond de fait à la névrose traumatique. »<sup>51</sup>

« Avec mes collègues francophones, nous nous sommes opposés sur ce point aux Américains car il nous a semblé important de faire *une distinction entre stress et trauma. Le stress est une réaction bio-neuro-physiologique d'alarme, de mobilisation et de défense contre une agression. Le trauma est, lui, un phénomène psychologique d'effraction des défenses psychiques, y compris la défense qui consiste à attribuer du sens à l'évènement.*

*Dans le trauma, il y a confrontation avec le réel de la mort et du néant, sans possibilité d'y attribuer du sens.* On distingue les trois réactions : immédiate (premières heures), post-immédiate (du 2<sup>ème</sup> au 30<sup>ème</sup> jour) et la période différée et chronique (névrose post-traumatique ou PTSD).

- *La réaction immédiate* : beaucoup de sujets s'adaptent très bien, éventuellement au prix de symptômes éprouvants, neurovégétatifs, mais ils arrivent à fixer leur attention, à élaborer la bonne décision et à aider leurs camarades. Mais on peut voir aussi des réactions de stress dépassé, d'inhibition, d'agitation, de fuite panique (on retrouve des gens à 2Km de l'accident) ou d'action automatique (des gens qui agissent d'une manière coordonnée mais ne s'en souviendront plus après). A l'extrême, il y a des réactions névrotiques (hystérie) et psychotique (confusion, manie, mélancolie).

- *La période post-immédiate* : ou bien tout rentre dans l'ordre progressivement et le sujet n'est plus accaparé par le souvenir de l'accident et reprend ses occupations, ou bien il y a persistance des symptômes de dissociation. Le sujet reste obsédé par le souvenir de l'accident et on voit apparaître des reviviscences, des phobies, des troubles du sommeil, des cauchemars, etc... Charcot appelait cela période de latence, d'incubation, de méditation, de contemplation ou de rumination.

- Enfin, *la période différée-chronique* : elle correspond à ce que l'on appelle *la névrose traumatique ou le PTSD*. Elle se présente sous la forme d'*un syndrome de reviviscence, avec hallucinations, illusions, souvenirs forcés, vécus et agis comme si l'évènement se reproduisait, cauchemars, jeu répétitif* (chez l'enfant), le tout étant spontané ou provoqué par un stimulus qui évoque l'accident. Et accompagné d'un *intense orage neurovégétatif*. Mais elle peut également présenter des symptômes non spécifiques (que l'on dit aussi associés) : *asthénie, anxiété, hystérie, plaintes somatiques, troubles psychosomatiques, troubles du comportement (agressivité, boulimie, anorexie, conduites addictives). Et des altérations de la personnalité : état d'alerte, sursauts, résistance passionnée à l'endormissement, évitement de tout ce qui rappelle le trauma, perte d'intérêt pour les activités jadis motivantes, repli sur soi.*

Dans la pratique, on rencontre toute une gamme de syndromes psycho-traumatiques chroniques : ils peuvent être immédiats ou différés, transitoires ou durables – voire chronicisés), pauci ou pluri-symptomatiques, modérés ou sévères (voire quasi-psychotiques), peu gênants ou invalidants. Dans cette gamme, certains répondent aux critères du PTSD ; d'autres sont infra-critères ou atypiques ou bien correspondent à la névrose traumatique ou à la modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe. Certains patients ont beaucoup de symptômes, d'autres un ou deux...mais ce ne sont pas forcément ces derniers les moins atteints. »<sup>52</sup>

\*

## V - De notre expérience

Bien que de formation universitaire et ayant passé vingt ans dans la recherche scientifique, notre expérience est celle d'un psychanalyste. Exclusivement celle d'un praticien de la psychanalyse qui exerce sa fonction, en cabinet et à l'hôpital, depuis trente ans.

Il arrive à un psychanalyste, sur une telle durée, de rencontrer des cas d'endométriose. Il ne le sait pas tout de suite. Il peut s'en apercevoir à l'écoute attentive de certains symptômes de ses patientes. Il s'agit généralement de douleurs du *pelvis*, mais pas toujours et les cas peuvent se présenter dans une grande diversité de manifestations qui vont jusqu'à exclure toute douleur.

Si les gynécologues et les chirurgiens gynéco-obstétriciens peuvent avoir affaire à des centaines de cas d'endométriose, - dans les textes cités plus haut, un spécialiste comme Jean Bélaïsch a établi des statistiques qui reposent sur 200 cas personnels issus de sa pratique dans le premier article cité, et 300 dans le second -, il ne saurait en être de même pour le psychanalyste.

Nous avons l'expérience d'une trentaine de cas vus à l'hôpital,<sup>53</sup> et d'une quinzaine de cas au cabinet.

Je suis un psychanalyste français, ce qui veut dire que ma langue, que l'on appelle maternelle, est le français.

J'ai une trentaine d'années d'expérience de cette *praxis* originale que Sigmund Freud a inventée sous le nom de psychanalyse, comme psychanalysant, contrôlé, puis psychanalyste et contrôleur moi-même.

Ma légitimité, - question cruciale en notre métier où l'université médicale ou de sciences humaines ne peut répondre par la délivrance de ses diplômes qui, en notre domaine disciplinaire, ne garantiraient à peu près rien, seraient-ils nationaux -, je la tiens de pouvoir, parmi mes pairs et à la suite de mes maîtres, me compter.

J'appartiens à la cinquième génération des psychanalystes dans le monde depuis Freud. Je peux ainsi décliner ma filiation : Freud (0) eut, parmi ses premiers élèves, Hanns Sachs (1), qui analysa Rudolph Loewenstein (2), lequel fut l'analyste de Lacan (3). Ce dernier aura, parmi ses premiers élèves, Serge Leclaire (4). « Le premier psychanalyste lacanien », selon Elisabeth Roudinesco<sup>54</sup>. Je suis l'un des élèves de Leclaire, j'appartiens donc aussi à la deuxième génération des lacaniens. Ayant suivi l'enseignement de Lacan vivant, ce qui s'appelaient son Séminaire, ayant pratiqué son école du 69, rue Claude Bernard à Paris, je peux me dire disciple de Lacan et élève de Leclaire. Je ne suis donc pas un enfant illégitime du lignage freudien et de la psychanalyse. Freudien, je suis un lacanien.

### L'invitation du psychanalyste

Quelle est depuis ses débuts l'invitation de la psychanalyse, reprise individuellement par chaque analyste ?

Dire tout ce qui nous vient dans la tête (tout ce qui nous tombe dans la tête, *Einfall* dit Freud), c'est-à-dire en somme tout ce qui fait signe. Tout ce qui nous tombe dans, passe par, la tête, plongé dans un dispositif où l'on ne voit pas le visage et surtout le regard de celui ou de celle à qui l'on destine son discours. Il s'agit de parler sans fin prédéterminée, sans avoir à juger de ce qui est utile ou inutile à dire, ou nécessaire pour viser telle ou telle fin. Ainsi, tout ce qui se dit peut prendre un statut égalitaire, et rien ne prédomine, à priori, dans le dire.

Même après trente ans de pratique de la chose, c'est une étrange expérience... Ordinairement, quand quelque chose ne va pas, vous avez pris l'habitude, infantile en somme, si vous ne savez plus quoi comprendre ou comment faire avec ce qui vous tombe dessus, d'en référer à un autre qui, lui, doit bien savoir comment faire, comment penser, comment décider : mère, père, aîné, ami, professeur, médecin, avocat, prêtre, expert, juge, député, etc...

Et vous pensez, très naturellement, qu'il est là pour vous répondre. Et, chose curieuse, chose insensée, lui aussi, pense qu'il est là pour vous répondre ! Il sait. Il sait là où vous ne savez plus. Il sait au-delà d'où vous savez. Il vous dira pourquoi c'est comme ça pour vous, et même plus, comment y remédier. Vous devez faire comme ceci. Lui, il sait.

Eh bien, l'invention freudienne, c'est tout le contraire ! La voie ouverte par Freud, c'est ce monde-là, mais à l'envers ! Prenez la parole, prenez le risque de la parole, seul(e). Parlez avec vos propres mots, laissez résonner à vos oreilles vos propres signifiants, articulez-les en présence d'un(e) inconnu(e) qui se doit de se tenir au secret de ce que vous pourrez dire. Faites cette expérience, vous rencontrerez très vite que votre parole va vous mener quelque part, d'elle-même. Et ce ne sera pas en vain que vous aurez eu ce culot, ce courage. De quoi mon *symptôme* fait signe ? Moi seul le sait sans savoir que je le sais, mais ma parole, elle, si je ne la filtre, le sait. Je me dois de l'écouter. Autrui ne peut savoir pour moi. Encore moins à ma place. Il ne peut que seulement me permettre d'y accéder..., à quoi ? A ce mien savoir. Cela s'appelle rencontrer un/*son* analyste, son bon entendeur.

Il est particulièrement difficile à une femme souffrant d'endométriose d'admettre qu'il lui faille consulter un psychanalyste. Très souvent elle le refuse, arguant « qu'il ne s'agit pas de cela », pour elle ! Ce qui vient d'être décrit plus haut, à l'instant, cette invite, ne lui convient généralement pas. Est-ce dû à cette *anxiété* très spécifique cernée par tous les auteurs, sans exception ? Ou tout particulièrement à ce « *profil psychologique* » différent repéré par Alain Audebert ou Jean Bélaïsch ? Est-ce dû à la perturbation que subirait son « *développement psychosexuel influencé négativement* » ? « La femme endométriosique, et plus particulièrement celle qui souffre et présente des lésions sévères, n'est *pas comme les autres* », affirme Alain Audebert. Jean Bélaïsch repère, quant à lui « *un traumatisme d'ordre sexuel, à la limite de l'abus* » dans des situations de stress prolongées. Et de conclure qu'« il existe *une dimension psychologique à l'origine et consécutive à la maladie endométriosique* ». Mais celui-ci va plus loin lorsqu'il avance ses statistiques personnelles en déclarant « *qu'au moins une femme sur deux atteintes de cette affection a souffert pendant*

*L'adolescence de traumatismes émotionnels de gravité plus ou moins sévère mais toujours prolongés.* » et que « **Ces traumatismes pourraient favoriser le développement des lésions endométriosiques elles-mêmes.** » Il soulève « [...] l'hypothèse que ces chocs émotionnels prolongés puissent altérer les défenses immunitaires de certaines femmes prédisposées ou vivant dans un environnement pathogène, au point de rendre possible la greffe endométriosique. » L'auteur livre, enfin, quels sont les traumatismes décrits par ses patientes : ils « sont de tous ordres ; mais on peut les réduire à deux types majeurs : *l'abus sexuel* et *l'abandon* qui ont pu advenir à un quelconque moment de la vie. Parfois les deux causes sont réunies. [...] Les sentiments éprouvés dans les deux cas sont donc ceux d'une *dévalorisation* plus ou moins profonde ou d'une *anxiété insurmontable*. »

Abus sexuels, sentiments d'abandon et de dévalorisation, anxiété insurmontable... : tous ces éléments signalés par les médecins, généralistes, gynécologues ou chirurgiens et tous les observateurs se retrouvent très exactement être *les mêmes dans la pratique du psychanalyste*. Toutes nos patientes endométriosiques témoignent avoir subi un état dit de « stress prolongé », généralement non-parlé, au sein d'un groupe familial peu enclin à la parole – d'où le sentiment d'abandon dont parle Jean Bélaïsch -, au cours de cette période, lequel est une conséquence de cette *absence de parole*. A chaque fois nous avons été confronté aux effets d'un véritable *psychotraumatisme*. Parfois, il s'agit d'un *abus sexuel* caractérisé avec pénétration du corps, viol ou inceste (au moyen d'objets divers ou avec une partie du corps de son agresseur, donc pas toujours le pénis), d'autres fois on retrouve à l'anamnèse des attouchements, frôlements, caresses ambivalentes, sur les zones corporelles sexuelles et dont la patiente ne comprendra le sens, accompagné d'une angoisse incoercible, qu'après-coup, parfois beaucoup plus tard, au moment de la puberté ou à l'occasion de premiers rapports sexuels, ...voire même seulement sur le divan de l'analyste.

Il faut mettre à part le cas des circonstances de *la survenue des premières règles*. Il n'y a pas eu, à proprement parler de violence sexuelle (génitale) perpétrée sur le corps de la fillette, mais une violence symbolique sexuelle lorsque personne - *la mère* au premier chef qui n'a mis aucune parole sur ce qui se passait pour sa fille – n'a accueilli la jeune fille en ce moment délicat et angoissant et que celle-ci a du « *se débrouiller toute seule* » pour faire face anxieusement à son état. Dans ce cas, il y a eu aussi un psychotraumatisme, équivalent en intensité et en conséquences, aux traumatismes générés par les viols et l'inceste.

A chaque fois, à chaque cas, il appert donc qu'il y a eu *traumatisme* et, plus précisément, *psychotraumatisme* avéré tournant autour de *la question du sexuel (pas du « génital »*, mais au départ confondu avec celui-ci par la patiente). Si j'ai pu faire état plus haut des travaux du Pr. Louis Crocq, c'est que le modèle, l'entité de la *névrose traumatique*, dénomination classique des psychiatres et des psychanalystes dans l'ère francophone ou, si l'on préfère, du *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)* des Anglo-Saxons et de la Classification internationale, semble *paradigmatique* en ce qui concerne les cas d'endométrioses que j'ai eu, jusqu'à présent, à connaître. Sur la trentaine de cas à l'Hôpital et la quinzaine de cas au cabinet, sur près donc d'une cinquantaine de cas en trente ans de pratique, aucun ne déroge à ce modèle.

Un certain nombre de femmes endométriosiques sont donc des patientes qui semblent avoir développé cette maladie, l'endométriose, à distance des traumatismes, le plus souvent de l'ordre de *l'abus sexuel*, qu'elles ont subi, parfois même dans la petite enfance, mais essentiellement d'une *manière répétée* (les viols et/ou l'inceste) et qui, surtout, s'est *prolongée* durant des mois et des années dans un sentiment d'*incompréhension* et d'*abandon* (le cas, par exemple, d'une patiente incestée dès l'âge de six jusqu'à l'âge de 16 ans sur un mode quasi quotidien).

Toutefois l'endométriose ne semble pas un cas isolé dans la pratique du psychanalyste au cabinet et à l'hôpital. Nous avons l'expérience de retrouver avec une fréquence telle qu'elle fait suspecter un même mécanisme dans lequel l'inconscient se montre avoir une grande valeur participative, hormis les *cancers*, dans certaines *maladies auto-immunes* (telles, par exemple, que le lupus érythémateux, ou la maladie de Crohn...) ou dans les *maladies rhumatismales* (telles, par exemple, que la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante...). *Dans ces maladies les psychotraumatismes sexuels sont légions*, et l'état de douleur et d'anxiété de la patiente permettent de faire point d'appel au regard du médecin clinicien, qui adresse cette dernière au psychanalyste.

A chaque cas, là aussi, se retrouvent ces *psychotraumatismes à distance*, plus ou moins anciens, *toujours actifs dans l'actuel*, et qui semblent ne pas avoir « bougé » d'un pouce, comme *enkystés*, parce qu'ils n'ont pas été parlés ou n'ont pas trouvé leur « bon entendeur », continuant ainsi leurs *ravages* auprès des patientes douloureuses, rajoutant, en cela, à leur souffrance qu'ils décuplent.

Mais alors, il faut arriver à se poser la question, *épistémologique*, de reconnaître que l'origine, *la cause* première de ces maladies, l'endométriose, le lupus, la maladie de Crohn, la polyarthrite rhumatoïde, la

spondylarthrite ankylosante, mais encore un certain nombre non limitatif d'autres affections, pourrait bien être, sinon partiellement, ces violents (violants ?) *psychotraumatismes* et que le moyen d'expression de ces *ravages non parlés, non accueillis* à ce moment de l'histoire du sujet féminin, font retour, et après s'être comme *enkystés, s'incarnent* littéralement, et flambent biologiquement dans des zones organiques du corps symboliquement investies, qui indiquent métaphoriquement, à qui veut bien l'observer (le *voir*, pour le médecin, l'*entendre*, pour le psychanalyste), *l'endroit, le lieu comme figé, gelé, du traumatisme originel et de la souffrance consécutive*.

Ils autorisent, en outre, le développement considérable d'*une foisonnante fantasmatique de type hystérique*. En effet, le fonctionnement est alors à reconnaître comme étant celui de *l'hystérie*, d'une *hystérie traumatique* dont les versants de rétention et de conversion ont été poussés jusqu'à *l'incarnation dans la maladie somatique*. Et l'on peut dès lors conclure, à juste titre, qu'une femme endométriosique est une femme qui souffre de *réminiscences*.

Cela signifierait alors que **la maladie viendrait prendre ici la place et la fonction d'un moyen – moyen radical, moyen concret, matériel, enfin objectivable et ainsi décodable par la science et la médecine scientifique –, moyen d'expression, adresse à l'Autre jusque-là aveugle et sourd, pour cette cause, de se faire voir, entendre enfin. Mais à quel prix ?**

Tout ce qui vient d'être dit ici, jusqu'à cette hypothèse, énoncée ici *in fine*, devra être soumis à encore plus d'expérience et d'étude de cas, avant de pouvoir se risquer à affirmer plus avant, ...ou infirmer, ce que nous venons d'avancer en ces *Prolégomènes*.

Raison pour laquelle j'ai demandé à ouvrir une consultation psychanalytique publique destinée aux patientes endométriosiques et à laquelle Monsieur le Professeur **Charles Chapron**, Chef du *Service de Gynécologie Obstétrique II et Médecine de la Procréation* du Groupe Hospitalier Cochin-Saint-Vincent de Paul (AP-HP, Paris) m'a répondu favorablement en souhaitant m'accueillir dans son service dès l'automne 2006.

Qu'il en soit, ici, sincèrement remercié.

Paris, le 8 octobre 2006.

<sup>1</sup> Le présent texte fait suite à la publication de mon article : *Endométriose et inconscient : introduction à la dimension psychique dans l'endométriose*, *La Lettre du Gynécologue*, n°308-309, janvier-février 2006. Je remercie, ici, Monsieur le Pr. Patrick Madélenat qui en a permis la publication.

<sup>2</sup> Lacan J., *La Troisième*, VII<sup>e</sup> Congrès de l'École freudienne de Paris, Rome, 31 octobre – 3 novembre 1974, *Lettres de l'École freudienne de Paris*, N°16, novembre 1975, p.185. Lacan faisait équivaloir le Réel et l'impossible : « Le réel, c'est l'impossible », aimait-il à répéter à ses élèves.

<sup>3</sup> Ce chapitre et le suivant empruntent aux, et s'appuient sur, les thèses soutenues dans le livre de Pommier G., *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Flammarion, Paris, 2004, p.433.

<sup>4</sup> Prochiantz A., *La construction du cerveau*, Paris, Hachette, 1989.

<sup>5</sup> La Mettrie J.O.(de), *L'Homme-machine*, 1748.

<sup>6</sup> Changeux J.P., *L'homme neuronal*, Paris, Fayard, 1983.

<sup>7</sup> Vincent J., *Biologie des passions* [1986], Paris, Odile Jacob, 1999.

<sup>8</sup> Descartes R., *Les principes de la philosophie* [1644], *Œuvres*, Paris, Vrin, 1964 et 1974.

<sup>9</sup> Gottfried. Wilhelm. Leibniz, *Nouveaux essais sur l'entendement humain*, [1704], texte inséré dans *La Monadologie*, Paris, Delagrave, 1983.

<sup>10</sup> Fontenelle B.(de), « *Lettres galantes* », *Œuvres*, Paris, Fayard, 1990, t.I, pp.322-323.

<sup>11</sup> Kant I., *Critique de la faculté de juger* (1790), Paris, Vrin, 1986, II<sup>e</sup> partie, p.193.

<sup>12</sup> Bernard C., *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* [1865], II<sup>e</sup> partie, chap. II, § 2, Paris, Delagrave, 1978.

<sup>13</sup> Aristote, *Métaphysique*, Paris, Vrin, 1986, p.6.

- <sup>14</sup> Freud S., *L'inconscient* [1915], *Métapsychologie*, opus cité.
- <sup>15</sup> Edelman G.M. Tononi G., *Comment la matière devient conscience ?*, Paris, Odile Jacob, 2000.
- <sup>16</sup> Breuer J., Freud S., *Stüdien über Hysterie* [1895], *Etudes sur l'Hystérie*, Paris, PUF, 2000.
- <sup>17</sup> Cabanis P.J.G., *Rapport du physique et du moral*, Paris, Baillière, 1884.
- <sup>18</sup> Stengers I., *L'invention des sciences modernes*, Paris, Flammarion, 1993.
- <sup>19</sup> Freud S., *Abrégé de psychanalyse* [1923-1924], Paris, PUF, 1998.
- <sup>20</sup> Freud S., *Pulsion et destin des pulsions* [1915], in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1969, p.17.
- <sup>21</sup> Freud S., *Pulsion et destin des pulsions*, opus cité.
- <sup>22</sup> Sigmund Freud, « Die Verneinung », *La Dénégation* [1925], trad. fr. P. Thèves et B. This, revue *Le Coq Héron*, (Erès) 1982.
- <sup>23</sup> Freud S., « Die traumdeutung », *L'Interprétation des rêves* [1900], Paris, PUF, 1970.
- <sup>24</sup> Audebert A., *La femme endométriosique est-elle différente ?*, article publié sur le Site web de l'association *Endofrance, Corps médical*, avril 2006. A. Audebert est gynécologue-obstétricien à l'Institut Greenblatt de Bordeaux. Il est l'auteur de plusieurs articles sur l'endométriose et participe à de nombreux congrès médicaux à travers le monde.
- <sup>25</sup> Bodden-Heirich R., Hilberink M., Frommer J., Statkotter A., Rechenberger I., Bender HG., Tress W. *Qualitative research on psychosomatic aspects of endometriosis*. *Z Psychosom.Med.Psychother.*, 1999; 45: 372-389.
- <sup>26</sup> Nijs P., Koninckx PR., Verstraeten D., Mullens A., Nicasy H., *Psychological factors of female infertility*, *Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol.*,1984; 18: 375-379.
- <sup>27</sup> Strauss B., Didzus A., Speidel H., *A study of the psychosomatic aspects of endometriosis*. *Psychother.Psychosom.Med.Psychol.*, 1992 ; 42 : 242-252.
- <sup>28</sup> Renaer M., Vertommen H., Nijs P., Wagemans L., Van Hemelrijck, T., *Psychological aspects of chronic pelvic pain in women*, *Am.J.Obstet.Gynecol.*, 1979 ; 134 : 75-80.
- <sup>29</sup> Walker E., Katon W., Harrop-Griffiths J., Holm L., Russo J., Hickok LR., *Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse*, *Am.J.Psychiatry*, 1988 ; 145 : 75-80.
- <sup>30</sup> Peveler R., Edwards J., Daddow J., Thomas E., *Psychosocial factors and chronic pelvic pain : a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain*, *Psychosom.Res.*, 1996 ; 40 : 305-315.
- <sup>31</sup> Low WY., Edelman RJ., Sutton C., *A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins*, *J.Psychosom.Res.*, 1993 ; 37 :111-116.
- <sup>32</sup> Lorencatto C., Vieira MJ., Pinto CL., Petta CA., *Evaluation of the frequency of depression in patients with endometriosis and pelvic pain*, *Ev.Assoc.Med.Bras.*, 2002 ; 48 : 217-221.
- <sup>33</sup> Lutje W., Brandebourg U., *Psychosomatic aspects of endometriosis*, *Zentralbl.Gynakol.* 2003 ; 125 : 281-285.
- <sup>34</sup> Audebert A., *opus cité*, pp.3-4.
- <sup>35</sup> Audebert A., *opus cité*, p.9.
- <sup>36</sup> Bélaïsch J., *L'endométriose*, (coordonné par J. Bélaïsch), Paris, Masson, Coll. Obstétrique Gynécologie, et spécialement le chapitre «*Endométriose génitale et traumatismes psychologiques.*» **Jean Bélaïsch**, médecin interniste, est Président d'honneur de la Société d'Andrologie de langue française, Président du Groupe d'étude sur l'Endométriose.
- <sup>37</sup> Bélaïsch J., *Endométriose et Psychologie*, sur le site web de l'association *Endofrance*, « Corps médical », février 2003, 9 p.
- <sup>38</sup> Bélaïsch.J., Allart P., *Endométriose et vécu de l'adolescence*, (10 p.), *Gynécol Obstet Fertil* 34: p.242-247, 2006.
- <sup>39</sup> Koninckx PR., *Pelvic endometriosis ; consequence of stress ?*, *Contrib. Gynecol. Obstet.* Bruhat, Canis ed. ; Karger, Basel 16 : 56-59, 1987.
- <sup>40</sup> Cunningham J., Pearce T., Pearce P., *Childhood sexual abuse and medical complaints in adult women*, *J.Interpres. Viol.* 3 : 131-144, 1988.
- <sup>41</sup> Browne A., Finkelhor D., *Impact of child sexual abuse : a review of the research*, *Psychol. Bll.* 99 : 66-77, 1986.
- <sup>42</sup> Walker E., Katon W., Harrop-Griffiths J., Holm L., Russo J., Hickok LR., *Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse*, *Am.J.Psychiatric.*, 145 : 75-80, 1988., déjà cité dans l'étude d'A. Audebert.
- <sup>43</sup> Reiter RC., Shakerin LR., Gambone JC., Milburn AK., *Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and nonsomatic chronic pelvic pain*, *Am.J.Obstet.Gynecol.* 165 ; 104-109, 1991.
- <sup>44</sup> Rapkin AJ., Kames LD., Darke LL., Stampler FM., Naliboff B., *History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain*, *Obstet.Gynecol.* 76 : 92-96, 1990.

- 
- <sup>45</sup> Harrison, Fertil. Steril., Leyendecker G., Kunz G., Herbertz M., Beil D., Huppert P., Mall G., Kissler S., Noe M., Wildt L., *Uterine peristaltic activity and the development of endometriosis*, Ann.N.Y.Acad.Sci., 2004 Dec. ; 1034 : 338-355.
- <sup>46</sup> Laplanche J., Pontalis J-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, article *Névrose traumatique*, PUF, [1967], 1997, p.286.
- <sup>47</sup> Selon l'*Encyclopédie médico-chirurgicale : Psychiatrie*, 37520 C 10, p.6.
- <sup>48</sup> Crocq L., *Les séquelles psycho-traumatiques de l'accident de la circulation ne datent pas d'hier !*, Revue Automobile Médicale, N°463, Dossier *Route et médecine*, Assises nationales sur les accidents de la route, mai/juin 2006, pp.22-24. Louis Crocq est psychiatre, médecin-général, professeur associé à l'Université René Descartes (Paris V), créateur du réseau national des cellules d'urgence médico-psychologiques.
- <sup>49</sup> Crocq L., *opus cité*, p.23.
- <sup>50</sup> *Idem, Ibidem*, p.24.
- <sup>51</sup> *Ibid.*
- <sup>52</sup> *Ibid.*
- <sup>53</sup> Dans le service de Chirurgie gynécologique et sénologique du Pr. Jean Blondon, Groupe Hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris, de 1998 à 2003.
- <sup>54</sup> Roudinesco E., *Histoire de la psychanalyse en France*, 2 tomes, Seuil, 1986.