

CANAL PSY

Advenir au féminin



Sophie de MIJOLLA MELLOR
Nathalie DUMET
Malory PERRICHON

Rubrique Echo
Thèse en cours de Ariane BILHERAN

PRESENTATION

du Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique (C. R. P. P. C.)

Directeur Pr. Bernard CHOUVIER

L'objectif du CRPPC est de développer et d'approfondir les recherches dans la perspective d'une théorisation des pratiques cliniques de terrain et d'une appréhension des différents dispositifs de soin, selon cinq axes programmatiques majeurs :

- Penser les activités praticiennes des psychologues cliniciens en lien avec les évolutions récentes de la psychopathologie.
- Centrer l'analyse théorico-clinique sur la compréhension des situations extrêmes telles qu'elles se manifestent actuellement dans le champ sociétal (situations de catastrophe, de crise, enfermement, précarité sociale et dérives sectaires.)
- Elaborer une réflexion méthodologique générale à partir des différentes techniques et méthodes mises en place aujourd'hui dans le diagnostic et le soin (épreuves projectives, génogramme, dessin et autres médiations thérapeutiques.)
- Développer la réflexion sur les approches thérapeutiques et les prises en charge au sein des institutions hospitalières, des institutions éducatives et des institutions pénitentiaires.
- Favoriser la prise en compte des démarches préventives dans le champ des psychopathologies étudiées.

Cet ensemble complexe d'interactions groupales qui constitue le maillage interne du Centre de Recherches lui permet de développer et de renforcer les liens avec les enseignants-chercheurs des autres Universités, tant sur le plan national que sur le plan international.

CENTRE DE DOCUMENTATION

BIBLIOTHEQUE DU C.R.P.P.C.

(Responsable Gabriela COMTE), salle 134K

Réservée aux étudiants de Doctorat et Master (M1, M2 Recherche et Pro) et aux enseignants-chercheurs de l'Institut de Psychologie, le Centre de documentation propose le prêt d'ouvrages et la consultation sur place de revues, de thèses, de mémoires de recherches et de documents liés à l'exercice de la profession de psychologue. Des recherches documentaires informatisées, par mots-clés, peuvent être effectuées sur la base de données BIBLIOBASE.

Des tests psychologiques projectifs sont rassemblés et mis à la disposition des étudiants lors des permanences de l'Atelier projectif (une permanence hebdomadaire est effectuée par une psychologue clinicienne chargée de la présentation des méthodes de passation des tests projectifs, et de l'accompagnement à l'élaboration du matériel clinique - le lundi, de 17h à 19h - salle 140 K).

Le C.R.P.P.C. entretient une étroite collaboration avec des universités étrangères.

Horaires d'ouverture

lundi de 13h30 à 17h30

mardi de 13h30 à 17h00

mercredi de 13h30 à 17h00

jeudi de 13h30 à 17h00

abonnements

Redécouvrez les anciens Canal Psy.

Pour un abonnement d'un an, Canal Psy vous offre un numéro entre le n°1 et le numéro 40*.

Faites votre choix sur le site web de Canal Psy (cf adresse en dernière de couverture)

je m'abonne pour un an (5 numéros) à Canal Psy et bénéficie de l'offre d'un ancien numéro gratuit.

Tarifs : normal 22,00 € réduit (étudiants, chômeurs)** 16,50 € numéro choisi _____

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal/Ville/Pays _____

Téléphone / e-mail _____

chèque libellé à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université Lumière Lyon 2

* sauf numéros épuisés

** sur présentation d'un justificatif

Canal Psy - Institut de Psychologie - Université Lumière Lyon 2 - 5, avenue Pierre Mendès-France 69676 Bron Cedex

La cruauté originaire
par Sophie de MIJOLLA MELLOR

Anorexie(s) / boulimie(s) :
(im)possibles féminins
par Nathalie DUMET

Miroir, mon beau miroir,
ou le féminin incertain
par Malory PERRICHON

Rubrique Echo :
Le temps de la mort dans la psychose :
un temps mythique ?
par Ariane BILHERAN.
Thèse en cours

Comment penser la spécificité du féminin ? Voilà une question qui a divisé et divise encore nombre de spécialistes des sciences humaines. La différence entre les hommes et les femmes au niveau social s'est longtemps appuyée sur l'affirmation d'une réalité biologique. Les hommes et les femmes ne présenteraient pas la même constitution physique, ni les mêmes compétences cérébrales, dissymétrie désormais entrée dans les représentations populaires, à l'image du best-seller distinguant les hommes venus de *Mars* et les femmes de *Vénus*.

Le mouvement féministe apparu progressivement à partir de la seconde moitié du XX^e siècle a pourtant amorcé une contestation de cette différence culturellement admise. Dernièrement l'anthropologue Françoise HERITIER a ainsi proposé la thèse selon laquelle ces différences biologiques ne seraient que le fruit de plusieurs siècles de ségrégation culturelle. Voilà une proposition au potentiel révolutionnaire peut-être comparable à la proposition de FREUD à l'époque concernant l'existence d'une sexualité infantile...

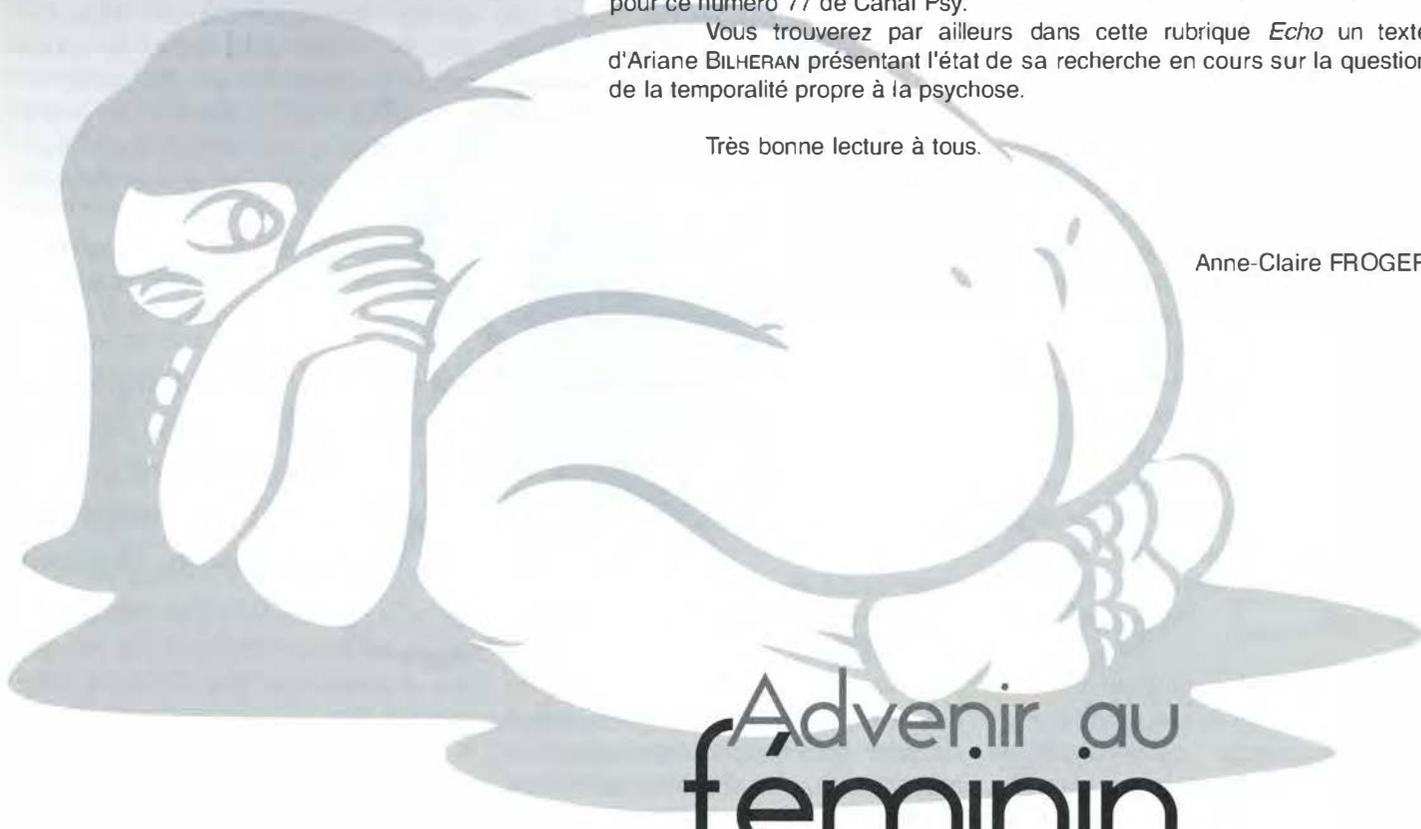
Au-delà de ce débat sur ce qui fonderait la différence des sexes, ce dossier tente de mettre en lumière la construction dont relève la position propre au féminin, et les angoisses ou le « refus » que celle-ci peut générer. En 1926, FREUD reconnaissait la difficulté à laquelle il se heurtait pour penser le développement psychosexuel de la femme en comparant le désir féminin à un « continent noir » pour la psychologie. Dans « Analyse sans fin et analyse avec fin », il décrivait vers la fin de sa vie le « refus de la féminité » comme la butée du processus analytique, concluant son texte par cette affirmation surprenante de la part d'un homme qui avait oeuvré à avancer toujours plus dans les limites de la connaissance du fonctionnement de l'inconscient : « Le refus de la féminité ne peut évidemment rien être d'autre qu'un fait biologique, une part de cette grande énigme de la sexualité ».

C'est bien de ce « roc » du biologique dont il est question dans ce dossier. Quel serait donc ce « féminin » en souffrance qui se manifeste dans les troubles alimentaires de certaines jeunes femmes, ou chez ces femmes dont l'organisation défensive est subitement mise à mal par la survenue d'un cancer du sein ? Existe-t-il des traits spécifiquement féminin tels la cruauté ? Autant de questions sur lesquelles les auteurs de ce dossier se sont penchés pour ce numéro 77 de Canal Psy.

Vous trouverez par ailleurs dans cette rubrique *Echo* un texte d'Ariane BILHERAN présentant l'état de sa recherche en cours sur la question de la temporalité propre à la psychose.

Très bonne lecture à tous.

Anne-Claire FROGER



Advenir au
féminin

La cruauté originelle

Sophie de MIJOLLA MELLOR

« J'avais dans mon assiette un poisson particulièrement appétissant et bien doré, une sole grillée je crois... J'en prélevais délicatement les premiers filets et les dégustais avec délices. Puis j'entrepris de creuser l'œil avec ma petite cuiller et c'est alors qu'à mon horreur indicible, le poisson se mit à bouger : il était vivant dans mon assiette !

J'étais pétrifiée par le sentiment d'une culpabilité sans nom de ne pas m'en être rendu compte avant. »

Ce rêve enfantin et terrible condense le paradoxe de la pulsion cruelle qui n'est ni le désir d'infliger de la souffrance ni celui d'en jouir mais proprement l'ignorance de l'altérité sensible de l'autre qui n'est perçu que comme une proie. Aussi, contrairement au sadisme, la cruauté a-t-elle d'abord une dimension archaïque qui se confond avec la pulsion elle-même.

La cruauté ne se révèle telle que lorsque la motion pulsionnelle dans sa nature autarcique est prise à revers par la révélation « a posteriori » que lui renvoie son objet lorsqu'il lui montre qu'il est vivant, sensible, mutilable, parfois de manière irréversible.

Pourtant la cruauté banale prend des aspects plus acceptables, au moins en apparence. Bien loin de la destructivité ou du sadisme, elle n'hésite pas à se donner l'innocence de l'expression de la réalité, voire celle de la dureté de la loi et se confond alors avec le refus inexorable de l'apitoiement ou de la miséricorde.

La cruauté resurgit pourtant insensiblement quand le sujet se prend à vouloir l'imposer comme une nécessité en s'en faisant l'agent. Il risque alors de s'y identifier et de se désolidariser de la souffrance de celui qui la subit et, raide comme la justice, de s'infatuer

d'un rôle qu'il pense supérieur.

De l'expérience enfantine de trahir une frère ou une sœur et de le faire punir en rapportant ses méfaits aux parents, à l'obéissance passive, ou prétendue telle, de l'exécutant d'ordres inhumains, il n'y a qu'une différence d'âge et de degré.

Dans les deux cas une solidarité « naturelle » se brise et se bafoue afin de jouir des bénéfices d'un rapprochement avec le pouvoir. Mais en quoi cette affaire relèverait-elle du « féminin » ?

Il ne s'agit pas, on s'en doute, d'attribuer la cruauté aux femmes comme un apanage spécifique, ni même de dire en quoi le fait d'appartenir au genre féminin dessinerait une typologie particulière d'actes ou de fantasmes cruels. Peut-être, en revanche, dans la mesure où l'agressivité et la violence sont plus précocement et solidement réprimées chez la fille, les conditions d'observation de la pulsion cruelle originelle sont elles plus aisément observables.

Ne l'oublions pas : c'est sa fille, Anna, qui a appris à FREUD les méandres fantasmes d'une petite fille témoin de

la violence parentale à l'égard d'un autre enfant de la fratrie...

On sait que son père n'hésitera pas à y

voir « un trait primaire de perversion » (FREUD, 1919) et à en construire la structure ternaire du fantasme « Un enfant est battu », dont on ne retient souvent que l'apport concernant le masochisme, issu du retournement qui fait de l'enfant battu le fantasme lui-même.

Or c'est au contraire de la première

phase du fantasme que nous souhaitons repartir (« Le père bat l'enfant haï par moi ») telle que Anna devenue fille préférée de FREUD le lui révélera, à l'âge adulte, dans le rapprochement oedipien qui mettra celui-ci en position d'analyste et assurera à celle-là d'être indéfectiblement « du côté du père »... Qu'est-ce qu'évite tout enfant dans cette rupture de la solidarité fraternelle sinon l'expérience douloureuse que FREUD décrit en ces termes : « Ainsi, plus d'un enfant qui se considère comme trônant en sécurité dans l'amour inébranlable de ses parents a été d'un seul coup déchu de tous les cieux de sa toute puissance présomptueuse. » (ibid., p.227).

Il nous faut donc retourner au temps d'avant la chute, avant cette « rupture du sol de l'évidence » (MIJOLLA-MELLOR, 1992) pour situer le plaisir propre au fantasme de fustigation. Or, à ce stade, c'est la mère ou du moins le maternel tel que le père aussi peut, en partie, y avoir part qui constitue le monde.

Cependant, le féminin que nous désignons ici n'est pas pour autant le maternel vu du point de vue de la

Le féminin ainsi désigné est ce conglomérat primordial dans lequel l'enfant est immergé qu'il soit fille ou garçon et dont il devra sortir pour ne pas rester appendice ou terre colonisée de cette matrice originelle

mère, et pas non plus le féminin tel que FREUD s'efforcera de le définir comme une acquisition longue et difficile pour la petite fille.

Il s'agit de cette image archaïque bien représentée par la conjonction entre l'approche kleinienne et celle de Piera AULAGNIER, où la vie pulsionnelle de l'enfant se confond avec le féminin de

la mère qui tend à l'englober, entend ses demandes avec ses propres projections et se fait pour lui « porte-parole » dans sa relation anticipante au monde.

Le féminin ainsi désigné est ce conglomérat primordial dans lequel l'enfant est immergé qu'il soit fille ou garçon et dont il devra sortir pour ne pas rester appendice ou terre colonisée de cette

(...) la cruauté [se situerait] en deçà du sadisme dans la jouissance de la toute puissance que l'enfant prête à la mère primordiale

matrice originelle.

Mais en quoi la cruauté est-elle ici concernée ?

Si nous revenons à la première phase du fantasme « Un enfant est battu », nous trouvons sous la plume de FREUD une bien intéressante formulation qui nous conduit tout droit à l'informe insaisissable du conglomérat précédemment évoqué. Le fantasme qui satisfait à la fois la pulsion amoureuse de l'enfant et ses intérêts égoïstes n'est pas facile à caractériser : « Cela ressemblerait donc à la promesse faite par les trois sorcières à Banco : pas à coup sûr sexuel, pas même sadique, mais pourtant la matière d'où doivent sortir l'un et l'autre ».

Cette étrange prédiction shakespearienne situe la cruauté en deçà du sadisme dans la jouissance de la toute puissance que l'enfant prête à la mère primordiale.

Que celle-ci soit aussi faite de la complémentarité qu'apporte l'enfant, qui en jouit par symbiose, explique pourquoi ce féminin-là repose sur le fantasme de celui-ci. La cruauté y apparaît comme un temps d'avant, ce que l'ambiguïté de la notion de « barbarie » tentera de rejoindre dans un retour qui ne peut être que destructeur. A l'inverse, ce que le rêve du poisson évoqué plus haut confirme, c'est que comme représentation primaire, la cruauté est inconsciente et, en revanche, se révèle dans l'après-coup de la chute hors de la toute puissance qui en fait alors une faute irrémédiable.

Vouloir malgré tout tenter de s'identifier

à cette toute puissance cruelle est impossible car le vœu lui-même est sadique dans son essence, guidé par une attente de plaisir qui n'ignore plus rien de la souffrance de l'autre.

A ce point, se rejoignent et se fixent en un nœud pervers la destructivité spontanée, qui est liée au mouvement même de la vie qui s'affirme aux dépens et dans l'inconscience de ce qui l'entoure, et la rigidité des équilibres de pouvoir qui en assurent la régulation.

S'appuyant sur cette dernière, le sadisme individuel va prendre l'alibi d'une cruauté nécessaire et salutaire, légale en un mot, celle qui ignore, rejette, élimine comme on « dégraisse » le personnel excédentaire d'une entreprise ou que l'on « élague » ce qui n'est pas rentable ou qui fait de l'ombre...

Mais peut-on se déprendre de la cruauté ?

FREUD nous a appris que d'un point de vue individuel ou collectif, il était vain et dangereux de vouloir ignorer notre penchant à l'agression et à la prédation d'autrui. Le connaître permet-il pour autant d'en réprimer ou d'en sublimer l'exercice ou bien au contraire, est-ce que le champ alors ouvert n'est pas d'autant plus illimité qu'il se

Rats qu'il n'a pour sa part aucun penchant à la cruauté, qu'il ne voudrait certes pas le tourmenter, mais qu'il ne peut le dispenser de choses dont il ne dispose pas : « Il pourrait tout aussi bien me demander de lui faire cadeau de deux comètes », conclue-t-il.

La dénégation de FREUD a long à nous apprendre sur le sujet de la cruauté. On sait qu'il exigera de l'Homme aux Rats que, malgré son angoisse et sa souffrance, réitérés par le récit du supplice cruel des rats qui pénètrent dans l'anus du condamné par un entonnoir et le dévorent de l'intérieur, il le dise à haute voix et, en l'énonçant, en assume la terrible jouissance.

La cruauté s'inscrit en cascade dans un jeu de miroirs : celle de l'inventeur du supplice, celle du bourreau, celle de celui qui la raconte (le « capitaine cruel » mais aussi l'Homme aux rats lui-même) et enfin celle des écoutants qui la retransmettront comme élément du récit clinique.

On y verra selon les protagonistes une barbarie sadique, une jouissance masochiste ou l'expression de la dureté de la règle, celle de l'analyse en l'occurrence, qui impose de tout dire quel que soit le déplaisir qui s'y attache.

Tenter de débusquer la cruauté sous ses formes banalisées et d'en comprendre la signification pulsionnelle et les risques d'extension individuels et collectifs constitue pour le psychanalyste une gageure à tenter.

Mais comment l'appréhender en une forme simple sans la vider de son contenu et en faire un portrait abstrait, une épure métapsychologique ?

Le recours à la littérature est une manière de retrouver la clinique sans avoir à se confronter aux insolubles questions éthiques qui surgissent dès que l'on rend compte d'une histoire confiée par un patient. En l'occurrence la cruauté au féminin pouvait être assez largement illustrée et devenir l'argument à l'origine de ce livre par les « reines du crime » qualifiant certaines romancières de langue anglaise, auteurs de romans policiers ou de nouvelles.

Considérées souvent comme les héritières d'Agatha CHRISTIE, elles en sont en réalité fort différentes et ne se ressemblent pas davantage entre elles. Elles ont cependant quelque chose en commun qui justifie cette filiation imagi-



pare des apparences de la bonne conscience et des bons motifs ? Ce difficile partage entre dureté et cruauté fait le fonds de bien des dérivés. FREUD lui-même n'hésite pas à assurer à son patient l'Homme aux

naire. Il apparaît qu'une interrogation sur ce que les lecteurs - et plus particulièrement les lectrices - de ces textes pouvaient y rechercher (et y trouver massivement, si on tient compte du fait qu'il s'agit à chaque fois de best sellers) est de nature à éclairer une jouissance du cruel, une manière de vivre les motions primitives dans ce domaine qui ne sont jamais qu'imparfaitement recouvertes par le vernis de la civilisation.

Au-delà de l'énigme et du suspense, de l'angoisse et du plaisir que génère le scénario lorsqu'il s'agit d'une situation imaginaire maîtrisée, quelque chose de commun dans la manière de conduire le récit, de présenter les faits, me semble justifier le rapprochement entre ces femmes auteurs de fictions. Cet affect récurrent qui traverse leurs textes se rapporte à la cruauté, et l'interrogation surgit de savoir si on serait alors en présence d'une modalité spécifiquement féminine de cette composante pulsionnelle que FREUD considérerait d'essence masculine.

Certes, la distance de la narration permet de désigner cette cruauté comme celle de l'autre auquel aucune identification n'est requise et qui conforte au contraire le lecteur dans sa position d'innocence. Mais, pourquoi avoir besoin de s'en persuader toujours à nouveau si ce n'est pour mobiliser le frisson de la présence du pulsionnel sous sa forme archaïque, celle du temps d'avant quand la culpabilité n'avait pas encore exercé son emprise ? L'immédiateté du principe de plaisir est au fondement de la cruauté qui se confond toujours avec l'insensibilité, voire l'inhumanité, non pas dans la recherche de la souffrance de l'autre mais dans l'indifférence, l'ignorance à son égard.

Une telle position s'avère rapidement intenable car elle supposerait un sujet sans fantasme, sans perception de l'autre. De ce fait, le destin de la cruauté originaire est d'être rattrapée par le sadisme qui introduit du désir et donc de l'humain.

Pourtant, cette indifférence nous concerne autrement que comme une position mégalomane délirante ou abstraite. Elle renvoie fondamentalement à la disproportion, à l'asymétrie qui existe entre le bébé et sa mère.

C'est cette même disproportion que l'on retrouve toutes les fois où il est question de cruauté qui s'exerce toujours à l'égard d'un faible qu'il s'agisse d'un enfant, d'un animal ou d'une minorité ethnique. Le modèle originel de

cette relation de dépendance de celui qui va devenir victime à l'égard de celui qui va abuser de sa force se trouve dans la relation entre la mère et le tout petit enfant.

Si les pleurs de ce dernier lorsqu'ils l'alertent et qu'elle y répond efficacement constituent la matrice de l'échange humain et le point de départ des motifs moraux, n'est ce pas précisément parce qu'il est en son redoutable pouvoir de les ignorer ?

A ce titre l'indifférence maternelle peut bien apparaître comme la figure emblématique de la cruauté, d'une cruauté sans sadisme qui ne serait que l'absence de l'extension de son narcissisme à l'infans, nécessaire à la survie de ce dernier.

Les figures féminines convoquées ont converti cette dimension le plus souvent en son envers, soit celui de l'emprise sur l'autre avec son cortège de justifications au nom du Bien, de l'éducation ou du sacrifice personnel. Mais le fantasme de la Déesse Mère, omnipotente et indifférente constitue la face cachée de ce continent noir vis-à-vis duquel l'aberration suprême serait d'imaginer qu'il puisse vouloir quelque chose en dehors des objets de sa propre complétude.

Sophie de MIJOLLA-MELLOR
Professeur de
psychopathologie et psychanalyse
à l'Université Paris Diderot
Psychanalyste,
membre du IV^e Groupe
Directrice de l'Ecole Doctorale
« Recherches en psychanalyse »

**Le modèle originel
de cette relation
de dépendance de
celui qui va devenir
victime à l'égard de
celui qui va abuser
de sa force se trouve
dans la relation entre
la mère et le tout
petit enfant**

AnoreXie(s) / boulimie(s) :

(im)possibles féminins ?

Nathalie DUMET

introduction

Bien avant d'être compris sous l'angle des angoisses de vide, d'abandon et de séparation, souvent compensées et occultées par le (trop) plein, les troubles alimentaires que sont l'anorexie et la boulimie ont largement été pensés historiquement (cf. N. DUMET, 1999) en regard :

- des angoisses orales de dévoration et par conséquent du lien défectueux ou toxique à l'objet maternel, d'une part ;
- et des avatars dans le processus de construction des identifications secondaires et du rapport à l'objet génital(isé), d'autre part.

En effet, le moment électif de survenue de ces troubles, à savoir dans l'après-coup de l'avènement pubertaire, à l'adolescence, et très souvent dans la conjoncture des premières relations amoureuses et sexuelles du sujet, des troubles qui plus est touchant majoritairement la gente féminine, a d'abord conduit à l'hypothèse selon laquelle anorexie et boulimie constitueraient des défenses à l'encontre de la génitalisation du corps et de l'identité, des défenses contre la relation génitale elle-même et témoigneraient ainsi de l'échec de l'intégration des identifications sexuelles secondaires. Anorexie et boulimie correspondraient ainsi à des régressions orales devant la flambée pulsionnelle génitale : le dégoût ou relus de la nourriture de l'anorexique équivaldrait à un dégoût à l'égard de la sexualité voire à son rejet. Selon un fantasme de conception orale, l'anorexique refuserait l'objet-aliment par peur d'en être grosse, c'est-à-dire fécond(é)e, engrossée, et/ou exhiberait un corps-phallus destiné à nier les angoisses de castration. Les orgies alimentaires de la boulimie voire le mouvement de va-et-vient de l'objet dans la cavité buccale (entre prise et rejet) traduiraient quant à eux l'intensité des appétits sexuels hautement culpabilisés et refoulés du sujet.

Délaissant les enjeux névrotiques, les travaux et auteurs contemporains insistent davantage quant à eux, comme nous le rappellerons plus haut, sur la problématique narcissique qui serait, chez ces patient(e)s, prévalente sur le registre objectal et libidinal, problématique proche à certains égards des configurations psychosoma-

tiques dans lesquelles l'expression et la décharge des tensions dans le soma primeraient sur l'élaboration mentale et révéleraient la défectuosité de celle-ci – ce que S. FREUD en son temps n'avait pas non plus manqué de noter rapprochant en effet ces troubles alimentaires de la névrose d'angoisse dès lors qu'ils échappaient à une conflictualisation névrotique.

A bien des égards, anorexiques et boulimiques représentent alors – incarnation, même ! – la réalité clinique qui fait l'ordinaire du clinicien des temps modernes, celle-là même jadis réputée des cas difficiles, à savoir : états-limites et autres personnalités aux fragiles limites moïques pour ne pas dire aux carences voire souffrances identitaires-narcissiques, aux difficultés de représentations, aux angoisses de desêtre et autres agonies primitives, aux modalités paradoxales d'investissement et de lien à l'objet, oscillant entre appétence et rejet, sur un registre qui n'a alors, chez ces patients, plus rien d'hystérique, loin s'en faut.

Pour autant, cette prégnance du narcissisme, et d'un narcissisme de mort (A. GREEN, 1980), cet en-deçà des enjeux névrotico-œdipiens éludent-ils totalement chez les anorexiques-boulimiques la problématique du féminin ? Mais de quel féminin s'agit-il ici ? Qu'en est-il donc de la féminité, de sa construction et de ses éventuels avatars chez les patientes anorexiques et/ou boulimiques, tel est l'objet de cette contribution.

De quelques notions : féminin et féminité

Tout d'abord, quelques définitions pour clarifier notre propos. Nous nous accordons avec J. GODFRIND (2001) pour définir la féminité comme l'ensemble des caractéristiques conscientes et inconscientes qui

spécifient la femme, et dont le développement s'organise certes en appui sur la réalité anatomique et sexuelle propre et les expériences corporelles qui s'y rattachent, d'une part, sur les données environnementales et culturelles dans lesquelles évolue le sujet, d'autre part, mais aussi et fondamentalement à partir des échanges affectifs noués avec l'objet. Objet maternel d'abord, à l'occasion des soins précoces dispensés par la mère à son bébé-fille ici, investie notamment comme même que soi, une mère qui n'en est pas moins – en principe – une femme désirante et qui, via « la censure de l'amante » (D. Braunschweig, M. FAIN, 1975) se rendra suffisamment « absente » à son enfant pour laisser advenir chez elle le manque, et alors aussi le désir, et plus largement encore les capacités psychiques et hallucinatoires ; censure de l'amante qui permettra aussi de ce fait – quand tout se passe

(...) la construction de la féminité chez la femme suppose donc au départ l'intégration du féminin, ou plutôt d'un féminin commun ici aux deux sexes, caractérisant l'état de passivité ou plutôt de réceptivité (orale) dans lequel se trouve le nourrisson (...)

bien – d'introduire précocement la figure paternelle auprès de la fillette, induisant une triangulation précoce de la relation, laquelle se complexifiera au moment du conflit œdipien caractéristique de la phase génitale du développement psychosexuel dont il est d'usage de reconnaître le rôle organisateur (sa résolution surtout) dans sa double valence (positive et négative) ; organisateur de la sexualité génitale du sujet, de la maturation/secondarisation de ses identifications (sans oublier plus largement son inscription dans l'espace social et symbolique, référé à la Loi). En effet, aux identifications homosexuelles primaires de la fillette, de registre essentiellement narcissique, vont désormais s'ajouter des identifications homosexuelles secondaires, préludes à l'investissement de l'autre désormais reconnu dans sa différence sexuelle et en conséquence d'une relation à

l'autre désormais de registre génital.

Au plan psychique, la construction de la féminité chez la femme suppose donc au départ l'intégration du féminin, ou plutôt d'un féminin commun ici aux deux sexes, caractérisant l'état de passivité où plutôt de réceptivité (orale) dans lequel se trouve le nourrisson – garçon comme fille – livré aux suffisamment bons soins maternels, dépendant de l'objet maternel, soumis à ses mains (et parfois aussi en cas de dérives pathogènes à l'emprise maternelle), et à partir desquels s'organisera la suite de son développement et surtout son processus identificatoire.

Ce féminin originel qui caractérise la position d'intromission de l'enfant offert à l'adulte, apparaît, selon J. ANDRÉ (1995), comme le précurseur et paradigme même du sexe féminin qui s'offre en creux à la réceptivité génitale du pénis de

son partenaire sexuel et dont la version généralisée favorisera chez la femme ce que J. SCHAEFFER (1997) a théorisé en termes de « soumission-abandon à l'amant de jouissance ». Toutefois, et avant d'en arriver à cette phase de la psychogenèse de la féminité dans sa dimension libidinale et génitale accomplie, il importe de revenir sur les bases narcissiques de son organisation, qui doivent pour l'essentiel à ce qui se déploie dans la relation précoce mère-fille et à l'investissement maternel du bébé-fille. Cet investissement de la mère pour son enfant englobe à la fois la préoccupation maternelle primaire (D.W. WINNICOTT), la séduction et sexualisation des soins (J. LAPLANCHE, 1987) et le sexuel de cette mère qui n'en est pas moins, en principe, une femme sexuellement désirante tournée vers l'homme (D. BRAUNSCHWEIG, M. FAIN, 1975). J. GODFRIND (2001) propose de rendre compte de l'ensemble de ces caractéristiques de l'investissement de la mère sous le terme générique de « maternel féminin », au creuset duquel s'organisera l'identification primaire du sujet, gage des assises narcissiques de sa personnalité, gage également de la construction de son corps érogène (via « la subversion libidinale », selon C. DEJOURS, 1989). C'est aussi à partir de cette relation primordiale que va s'organiser chez le sujet son « homosexualité primaire » (P. DENIS, 1984), qui n'est autre que la forme primaire



que revêt la sexualité infantile et qui s'adresse à un objet reconnu comme tel mais d'abord indifférencié quant au sexe ; (homo)sexualité primaire qui n'en suppose pas moins, pour faire un distinguo plus subtil, le dépassement de la « sexualité archaïque » (J. McDUGALL, 1989) caractérisée, elle, par une confusion sujet-objet et le fantasme, chez le sujet, d'un corps pour deux – lequel fantasme s'avère justement prégnant chez les patientes boulimiques et anorexiques.

Pour revenir au processus de construction psychosexuelle de l'enfant, celui-ci apparaît, dans sa dimension primitive tout du moins, ne pas différer selon que cet enfant soit né garçon ou fille, à la nuance près, et non des moindres alors, que l'investissement maternel du bébé sera peu ou prou – mais quoiqu'il en soit : toujours – coloré par le sexe de son bébé et par la place que ce sexe viendra justement occuper dans l'économie affective et fantasmatique de la mère. Sans vouloir débattre ici de l'opportunité question d'un narcissisme spécifiquement féminin, il ne saurait être question d'éluider l'importance, dans ce temps originel constitutif des assises narcissiques du sujet, que prend la réalité du sexe biologique de celui-ci enfant dans l'investissement maternel qui adviendra de ce dernier.

Anorexie/boulimie : refus, rejet et/ou modalité d'intégration du féminin ?

Ces quelques éléments théoriques posés, quid de la psychogenèse de la féminité chez les patientes anorexiques/boulimiques ?

Compte tenu du moment de survenue de ces troubles, dans le contexte de l'adolescence et de la sexualisation du corps, il est indéniable qu'anorexie et boulimie traduisent les difficultés rencontrées par l'adolescente lors de l'avènement de la sexualité génitale, voire le rejet – momentané – de celle-ci. J'en donnerai pour brève illustration l'observation clinique de cette jeune fille de 13 ans, hospitalisée trois mois après le début d'une anorexie sévère qui menaçait d'être délétère de par une restriction totale d'alimentation et qui au final, à l'aide d'une prise en charge institutionnelle, s'est rapidement résorbée. Au cours de son hospitalisation, Camille, c'est ainsi que nous l'appellerons, refusait certes de manger, mais avait pris l'habitude de réclamer systématiquement d'autres fruits que ceux figurant sur son plateau-repas. L'infirmière-référente chargée de veiller à la bonne prise alimentaire journalière de

Camille, et animée d'une infinie patience et disponibilité auprès de sa jeune patiente, accepta en somme de « jouer le jeu » de Camille, c'est-à-dire ici de répondre aux

demandes multiples, répétitives et apparemment insensées de Camille, qui réclamait donc systématiquement, itérativement que son fruit lui soit changé, plusieurs fois de suite, et sans qu'elle le mangeât pour autant malgré les multiples remplacements qui lui étaient proposés. Jusqu'au moment où cette infirmière, un jour, incidemment, lui amena une pomme - fruit au symbolisme sexuel bien connu... - que Camille s'empressa alors de manger sans peine aucune. Cette pomme était... sans queue, tel est ce qui apparut à la faveur d'une séance de groupe d'analyse de la pratique au cours de laquelle l'infirmière-référente de Camille fit le récit de cette prise en charge et qui permit alors de dégager la signification hautement sexualisée et génitalisée des aliments, et en particulier de certains fruits, pour Camille. Précisons alors que Camille était devenue pubère moins d'un an avant le début de ses troubles anorexiques et se trouvait donc aux prises avec l'intégration de son pulsionnel féminin et de la différence entre les sexes (qui se formulait en somme en termes d'avoir ou pas une queue). Face aux enjeux génitaux de cette étape adolescente de son développement, Camille n'avait trouvé que la voie de l'anorexie pour tenter de juguler ses préoccupations et incertitudes identitaires, sexuelles et relationnelles. Une fois celles-ci advenues dans l'espace thérapeutique, la patiente récupéra rapidement un mode alimentaire satisfaisant et pérenne permettant sa sortie définitive de l'hôpital.

Pour autant les pathologies anorexiques et boulimiques, leur persistance dans l'économie psychosomatique et leur gravité au plan pronostic sont loin de se restreindre à une « mauvaise intégration œdipienne » (M. CORCOS, 2000), à de tels et uniques enjeux objectaux et génitaux qui plus est. Si, comme l'écrit P. JEAMMET, « la configuration œdipienne est le moteur essentiel de la régression de l'anorexique, forme et intensité de celle-ci invitent à regarder d'autres paramètres », en particulier narcissiques. En effet, et en deçà de la problématique, si chère à cet auteur, d'une impossible séparation du sujet d'avec l'objet d'amour pour rendre compte des agirs alimentaires à l'adolescence, c'est bien davantage à un refus du féminin primaire que semblent engager les troubles anorexiques et boulimiques.

Si la génitalité et la secondarisation de l'identité sexuelle qui en principe l'accompagne s'avèrent si conflictuelles psychologiquement pour ces adolescentes (ou jeunes adultes) anorexiques et/ou boulimiques, c'est parce que cela vient convoquer leurs expériences primitives, autrement dit les vestiges ou traces, souvent traumatiques,

**(...) c' est bien parce que les premiers soins corporels ont souvent été vécus chez ces patientes comme envahissants (...)
qu'ils ont laissé persister dans l'espace psychique
(et le rapport ou corps qui en découle)
des fantasmes et des angoisses d'intrusion (...)**

Nathalie DUMET
Psychologue clinicienne
Maître de conférences
en psychologie clinique
Université Lyon2

du féminin primaire. Selon J. ANDRÉ (1995) en effet, c'est bien parce que les premiers soins corporels ont souvent été vécus chez ces patientes comme envahissants, empiétants, comme trop pénétrants encore, qu'ils ont laissé persister dans l'espace psychique (et le rapport au corps qui en découle) des fantasmes et des angoisses d'intrusion, d'invasion, empêchant la construction d'une enveloppe (et d'une représentation) corporelle suffisamment contenant, fiable, imperméable, c'est-à-dire suffisamment solide, capable en tous les cas de ne pas être détruite par l'objet partiel (le sein, le pénis) ou total (la mère, plus tard l'homme, a fortiori l'amant). Si les angoisses de castration génitale réactivées à l'adolescence s'avèrent désorganisatrices pour ces patientes, c'est donc parce que se trouvent aussi et simultanément drainées avec elles des angoisses de castration narcissique et surtout d'intrusion, autrement dit d'atteintes à l'intégrité subjective.

Toutefois, il convient de se demander si ces psychopathologies correspondent alors systématiquement à un refus d'accéder à une position génitale ou si, de façon plus nuancée, elles peuvent aussi relever d'une démarche singulière de féminisation, constituer une possibilité de subjectivation féminine spécifique ? L'attraction objectale, et notamment l'attraction sexuelle génitale, peut être assimilée à l'intériorité avide d'une mère archaïque, et constituer de ce fait une menace pour l'intégrité subjective. Or, là où jadis l'infans ne disposait d'aucune défense pour se protéger des menaces effractives issues de la rencontre avec l'objet, voire du « fantasme de déperdition originaire » (C. TERNYNCK, 2000), l'adolescente anorexique dispose maintenant quant à elle de la possibilité de fermer les orifices (bouche, anus, sexe) de son psychosoma ; dorénavant, « le moi se ferme, se rétracte, se refuse là où jadis il était ouvert, épanché, répandu » (C. TERNYNCK, 2000), c'est-à-dire passif et réceptif comme on l'évoquait plus haut. Dans une telle optique, la mise à distance de l'objet, de l'objet génital notamment, voire la désobjectalisation qui accompagnent ces psychopathologies alimentaires apparaissent dès lors comme des tentatives, certes périlleuses et parfois sans issue, de subjectivation féminine. En conclusion, il apparaît que loin d'être systématiquement impossibles féminins, c'est-à-dire achoppements du sujet devant la sexualité féminine, refus voire rejets de la féminité, dans ses soubassements autant narcissiques que libidinaux, primaires que secondaires, anorexiques et boulimiques constituent aussi certains... possibles féminins.

Bibliographie

- André J., 1995, *Aux origines féminines de la sexualité*, Paris, PUF
Braunschweig D., Fain M., 1975, *La nuit, le jour*, Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental, Paris, PUF
Corcos M., 2000, *Le corps absent*, Paris, Dunod
Dejours C., 1989, *Recherches psychanalytiques sur le corps. Répression et subversion en psychosomatique*, Paris, Payot
Denis P., 1984, « Homosexualité agée et homosexualité psychique », *Les Cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie*, 8
Dumet N., 1999, « Anorexie - Boulimie. Bref survol historico-clinique », *Canal Psy, Université Lyon 2*, 40, pp. 11-13
Dumet N., Mathieu V., 2005, « Ex(or)ciser le féminin traumatique. Scarification et abus sexuel chez la jeune femme », *Champ psychosomatique*, 40, pp. 101-113
Godfrind J., 2001, *Comment la féminité vient aux femmes*, Paris, PUF
Green A., 1980, *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*, Paris, Ed. de Minuit
Jeammet Ph., -1984, « L'anorexie », suivie de « Psychopathologie de l'anorexie mentale », *EMC Psychiatrie*, 3, 3735A10, 29 p.
Laplanche J., 1987, *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF
McDougall J., 1989, *Théâtres du corps*, Paris, Gallimard
Schaeffer J., 1997, *Le refus du féminin*, Paris, PUF
Ternynck C., 2000, *L'épreuve du féminin à l'adolescence*, Paris, Dunod

Miroir, mon beau miroir ou le féminin incertain

Malory PERRICHON

Au détour de ma pratique en cancérologie auprès de femmes atteintes de cancer du sein, un questionnement a émergé quant à la place que le regard pouvait prendre dans la psyché de ces patientes.

En effet, le sein prend, dans notre culture, une valence de séduction. Devenant objet de marketing il se doit d'être parfait, magnifié. Il s'expose au regard sur les plages, ou par les jeux de décolletés. Sa composante nourricière est peu à peu gommée, mise au second plan. Dès lors, la découverte de leur reflet dans le miroir n'est que rarement simple pour les femmes venant de subir une opération plus ou moins mutilante. Ce nouveau reflet rentrant en collusion avec leurs propres représentations corporelles, une multitude d'affects tels que l'angoisse ou la peur peut survenir. Elles peuvent se retrouver notamment face à une perte de leur potentiel de séduction.

Or, certaines femmes ont particulièrement retenu mon attention par la composante honteuse qu'elles manifestaient, et qui se trouvait traitée par des mécanismes de type exhibition et retournement projectif¹. Cela m'a conduit à penser² que cette honte se révélait être une honte identitaire qui trouverait son origine dans la constitution même de leur identité de femme, celle-ci s'étant réalisée par un investissement massif de leurs seins. L'atteinte du sein au moment du cancer viendrait donc mettre à mal cette construction identitaire.

Selon WINNICOTT, la mère, par son regard, permet à l'enfant d'intégrer son sentiment d'existence et est donc au fondement de la constitution de son narcissisme primaire. Comme le dit René KAËS dans son article « Introduction à l'analyse transitionnelle »³, « [le visage de la mère] est notre premier miroir où nous réunifions (...) les morceaux de notre Moi corporel dans l'imagé qui en forme l'unité ». C'est donc ce regard premier qui est au fondement de la reconnaissance de l'identité. Qu'en est-il de cette construction identitaire chez ces patientes dont l'identité est ébranlée par le cancer du sein ?

M-F. DISPAUX relève également que la question du regard est centrale dans le mythe de Narcisse. C'est après avoir vu

son reflet dans l'eau que Narcisse tomba amoureux de son image et se noya. Si, dans ce mythe, Narcisse est fasciné par la beauté que lui renvoie son image, dans le cas de la plupart des femmes atteintes d'un cancer du sein, nous pouvons observer un mouvement inverse. Beaucoup de patientes fuient l'image que leur renvoie leur miroir. Celle-ci est pour elles insupportable au point qu'elles multiplient des jeux de miroir leur permettant d'obtenir une image parcellaire d'elles-mêmes. Elles positionnent par exemple leurs flacons de produits de beauté devant le miroir pour ne pas être confrontées directement à leur image. Certaines cherchent à trouver le bon angle du miroir à trois faces de leur salle de bain pour ne pas avoir à recevoir leur image de plein fouet.

Or, chez les patientes présentant une atteinte identitaire cet évitement se révèle plus exacerbé. La situation d'Eve⁴, une patiente ayant subi une ablation totale d'un sein que j'ai été amenée à suivre en consultation il y a quelques années, me semble illustrer le vécu persécutoire du regard d'autrui au quotidien. Cette patiente est en effet soucieuse à l'extrême de son apparence physique : elle ne peut tolérer de sortir, « ne serait-ce que pour descendre les poubelles » sans s'être préparée, c'est-à-dire habillée toujours avec le plus grand soin, et maquillée. Lorsqu'elle n'en a pas le courage, elle dit préférer passer ses week-ends au lit, de peur de rencontrer des personnes de sa connaissance. Lors d'une séance où nous abordions ses difficultés relationnelles, cette patiente me dira en me regardant droit dans les yeux « toute ma vie j'ai cherché un miroir dans le regard de l'autre ». Lors d'une séance ultérieure, Eve décrit avec une colère désabusée dans la voix la façon dont elle se voyait dans son miroir durant sa chimiothérapie : « Chauve, édentée⁵, avec un sein mutilé, vraiment c'était risible ». J'ai l'impression qu'Eve se regarde à ce moment-là comme un « monstre de foire »/de voir... ?

Nous pourrions nous demander si ce miroir, qui peut sembler « impitoyable » puisque, quoi qu'elle fasse, il lui renvoie inexorablement la même image, ne viendrait pas rappeler une certaine composante du regard premier de la mère. C'est

en effet le regard de cette dernière qui assure la continuité d'être de l'enfant, lui permettant d'intégrer ainsi une estime de soi suffisante.

Pourtant il lui est arrivé de me montrer des photos exposant ses cicatrices, ce qui semble l'inscrire dans un paradoxe puisqu'elle chercherait tout autant à les cacher qu'à les exhiber. Or, la racine latine du terme « monstrueux » est *monstrare* qui signifie « montrer ». Cette expression, issue de mon contre-transfert, pourrait venir mettre en évidence l'investissement du vecteur regardant/regardé, et cela en particulier dans une dimension identitaire. « Se montrer » se révélerait alors essentiel pour exister même si cela peut être dans un contexte emprunt de honte.

Françoise, une autre patiente, est venue enrichir par ailleurs ce questionnement sur la part « monstrueuse » que me font ressentir ces patientes. En consultation, elle peut en effet me faire vivre un sentiment d'étrangeté en m'apparaissant alternativement très séduisante ou au contraire très repoussante et cela dans un laps de temps extrêmement court. De même j'ai pu retrouver cette étrangeté avec une autre patiente qui me semblait à un moment jeune et dynamique et subitement vieille et lasse. Quant à Eve, elle me revoyait tantôt une image féminine tantôt masculine qui me semblait surprenante.

Cette distorsion se retrouvant chez toutes ces patientes, je me suis questionnée sur son origine et sur ma sensation de malaise face à ce phénomène répété. Comment comprendre ici cet élément contre-transférentiel et ce que les patientes tentent d'élaborer par cette répétition dans le transfert ?

Or, ces patientes se retrouvent confrontées dans leur vie quotidienne à cette distorsion et amènent en séance la souffrance en résultant. Ainsi, Françoise a en effet longuement abordé sa colère vis-à-vis des personnes qui ne lui laissent pas le passage dans la rue. Agée d'une cinquantaine d'années, Françoise renvoie une image assez dynamique, il se dégage d'elle une allure jeune, voire sportive. Or, en consultation, elle s'énerve, revendique : « de mon temps on laissait la place aux personnes âgées ». Il me semble qu'elle exprime ici, sans le percevoir, un écart entre sa propre

vision d'elle-même et celle des autres. Cet écart semble être vécu comme intolérable, comme une véritable agression à son être. Elle vit un décalage entre son ressenti interne et le retour que le monde lui fait d'elle.

D'ailleurs cette patiente me fait penser de façon irrésistible à la chanteuse Françoise HARDY, au point où son véritable prénom s'est quasiment effacé. Ce lien s'est probablement réalisé en raison des propos que cette célèbre chanteuse des yé-yé pouvait tenir sur elle-même : ayant un physique généralement perçu comme agréable, elle s'est cependant assez souvent disqualifiée sur ce point. Ici encore nous retrouvons la question de la distorsion.

Cette situation m'a alors fait penser à une autre femme vivant une situation similaire : la reine hostile à Blanche-Neige dans le conte repris par les frères GRIMM. En effet, la reine semble vivre tout comme ces patientes une distorsion entre sa vision d'elle-même et celle renvoyée par le miroir.

Son miroir a pour particularité d'être « parlant », c'est-à-dire à la fois doué de parole, et convaincant, puisque ne pouvant mentir. Or la reine se trouve être d'une grande beauté et très soucieuse de cette question. Elle interroge régulièrement son miroir : « Miroir, mon beau miroir, dis-moi qui est la plus belle dans le pays ? ». La vie de Blanche-Neige s'écoule sans incident, jusqu'à ce que le miroir réponde un jour à la reine : « Ma reine, vous êtes très belle, mais Blanche-Neige est mille fois plus belle que vous ». La fureur de la reine se déchaîne alors sur Blanche-Neige, et elle ordonne à un chasseur de la tuer. Ce dernier lui laisse finalement la vie sauve. L'apprenant par son miroir, la reine tente alors de la tuer elle-même. Pour cela elle se déguise, en s'enlaidissant, pour ne pas être reconnue. La scène de transformation, issue de la version cinématographique de WALT DISNEY, est en cela très frappante car l'on peut voir cette reine se transformer sous les yeux des spectateurs en une vieille femme laide repoussante et indéniablement inquiétante.

Or, l'issue, différente suivant les versions de ce conte, vient nous parler de la façon dont la reine va tenter de surmonter cette distorsion. En effet, la reine finit par briser son miroir et tantôt elle meurt d'un éclat du miroir qui lui transperce le cœur, tantôt elle se rend au mariage de Blanche-Neige où les nains lui mettent des chaussures de fer rouge et l'obligent à « danser » toute la

nuit jusqu'à mourir. Dans ce conte la reine ne trouve donc pas d'issue à cette distorsion et en meurt.

B. BETTELHEIM, dans *Psychanalyse des contes de fée*, relève que ce conte vient interroger la question du narcissisme parental, et par conséquent le narcissisme de la reine en tant que représentant maternel. Ici la question qui nous importe est plutôt celle de la crise identitaire de la reine. Comment pouvons-nous comprendre que la reine détruit ici violemment le miroir ?



La reine semble s'être construite sur cette exigence : être la plus belle du pays. Les propos du miroir viennent ainsi attaquer ce qui est pour elle son identité : qui est-elle si elle n'est plus l'unique beauté ? Ainsi tout comme la reine, que peuvent devenir ces patientes dont l'identité sexuée est mise à mal par le cancer du sein ?

Interrogeons-nous sur le rôle que peut avoir le miroir dans le conte. Lorsque le miroir répond à la reine qu'elle est la plus belle il tient alors le rôle d'un « miroir narcissique ». C'est-à-dire un miroir qui renverrait à la reine une image réassurante narcissiquement. Serait-ce pour pallier au manque de « miroir interne » qui aurait dû se constituer de l'ensemble introjecté des représentations renvoyées initialement par la mère à son enfant ?

Puis le miroir change son propos, il devient alors un miroir qui ouvre sur le monde intro-

duisant l'altérité en la personne de Blanche-Neige. En décalant son discours, il devient alors miroir au sens physique du terme. Aucun miroir ne reproduit strictement à l'identique. Il subsiste toujours une différence entre l'objet et son reflet, ce dernier ne représente pas la réalité mais une de ses formes. Or ce miroir devient alors « miroir potentiel » puisqu'il contient ici un peu de soi et un peu de non-soi pour reprendre les travaux de WINNICOTT développés dans *Jeu et Réalité, l'espace potentiel*. Dans le conte, le passage du « miroir narcissique » au « miroir potentiel » fait violence à la reine car il attaque sa construction identitaire et provoque un chaos psychique. En réaction, la reine attaque l'objet responsable, selon elle, de sa souffrance.

Françoise exprime elle aussi avec force sa colère lorsqu'elle décrit la situation où elle vit cette distorsion : « tout le monde m'énerve ! » dit-elle. Son ton s'échauffe. Elle ne se sent probablement pas comprise durant les séances où elle aborde ces questions et paraît se débattre dans une situation qui l'agresse. Elle semble ici se trouver dans la même situation que la reine brisant son miroir.

Lors d'une séance où cette patiente reprend pour la énième fois cette situation aucun retour ne semble apaiser cette fureur. J'ai l'impression que mes interventions sont non seulement inefficaces mais aussi qu'elles lui font violence. Aucune remarque ne semble prendre valeur élaborative pour elle ni rentrer en résonance. Je me sens impuissante face à cette patiente, comme face à un jeune enfant que l'on ne comprend pas. Je cherche alors ce qui pourrait l'apaiser et nous aider à sortir de cette impasse. Je m'interroge alors à

vive voix : « Pourquoi laisse-t-on sa place aux personnes âgées ? ». Françoise me répond alors : « parce que ça fait vraiment très mal aux articulations de rester debout ». A cet instant, Françoise a le regard comme perdu à l'intérieur d'elle-même puis finit par se sourire.

Par l'intermédiaire de la personne âgée, Françoise parlerait d'elle et de sa propre souffrance. Or mon questionnement, sur un mode empathique, a pu susciter chez elle une forme de décalage. Un autre, en l'occurrence le thérapeute, s'intéresse à sa possible souffrance. C'est un peu comme si je lui permettais d'être portée part un regard enveloppant, bienveillant lui permettant ici de se réconcilier avec l'autre.

Dans l'ensemble de cette clinique, nous avons pu nous rendre compte que ces femmes souffrent particulièrement du regard porté sur elles par autrui, regard qu'elles percevaient comme « impitoyable ».

J'ai eu l'occasion dans mon DEA de développer l'hypothèse selon laquelle ces femmes présentaient un investissement particulier de leur sein. C'est en effet un organe visible qui se révélerait porteur du féminin pour ces patientes ; son atteinte entraînerait alors une crise identitaire de l'ordre du chaos psychique.

Après une mastectomie, une patiente qui se regardait dans le miroir voyait ainsi une partie bombée avec un sein, et l'autre plate porteuse d'une cicatrice. Cette dissymétrie produisait chez elle une sensation d'étrangeté, qui l'avait amenée à exprimer alors ainsi : « Si je ne suis pas une femme, ni un homme, qui suis-je ? ».

Ces femmes disent se sentir différentes, au point de ne plus se reconnaître, et paraissent se percevoir comme « monstrueuses », au sens d'étrangères à elles-mêmes, à l'identité indéfinie. Nombres de patientes peuvent en effet parler ainsi de ce qu'elles perçoivent en se regardant dans le miroir : « C'est choquant ! Quand je me vois dans le miroir comme cela je me dis qu'ils (les médecins) auraient mieux fait de tout enlever parce que là c'est vraiment monstrueux ».

Or, cette notion de monstrueux peut renvoyer aux chimères de l'Antiquité, ces figures mythologiques, mélanges de plusieurs espèces animales. Cette définition me paraît bien représenter le vécu de ces femmes qui peuvent avoir l'impression d'être le produit d'éléments disparates. La perception en séance d'images contraires, telles ces impressions de beauté et laideur concomitantes, m'a amenée à m'interroger sur ce que cela venait signifier de la problématique de ces patientes. D'autant qu'elles évoquaient elles-mêmes cette distorsion mais plutôt comme un décalage entre l'image que le monde extérieur leur renverrait selon elles et leur propre représentation d'elles-mêmes. On peut retrouver ce thème dans le conte des frères GRIMM au travers du personnage de la reine qui déploie une énergie considérable à lutter contre l'apparition de Blanche-Neige qui vient désorganiser massivement son équilibre interne. Le conte met ainsi en scène l'impasse psychique dans laquelle se trouve enfermée la reine qui ne parvient pas à s'en décaler.

Aussi la dernière vignette clinique concernant Françoise semble apporter un éclairage sur la nature des échanges qui pourraient potentiellement introduire un décalage dans le rapport parfois persécutoire qu'elle peut entretenir avec l'environnement. En effet, Françoise paraît notamment interpréter le fait que l'on ne lui laisse pas la place dans la rue comme une agression plus ou moins délibérée contre sa personne. Ce qui provoque chez elle une colère réactionnelle assez forte. Or celle-ci trouve à s'apaiser lorsqu'un tiers parvient à entrer en contact avec la partie d'elle-même en souffrance, masquée au premier abord par cette carapace de colère ou de frustration.

En conclusion nous pouvons donc penser que viendrait ainsi se rejoindre, au sein de la relation transféro-contre-transférentielle patient-thérapeute, ce point crucial de la souffrance identitaire de ces patientes en quête d'intégration au sens où l'emploie WINNICOTT.

Ces patientes seraient à la recherche d'un miroir qui pourrait leur permettre de sortir de cette impasse dans laquelle elles se trouvent. Il nous est possible de relever que la souffrance identitaire de ces femmes peut s'élaborer en premier lieu grâce à la rencontre d'un objet résistant aux attaques destructrices issues du chaos identitaire qu'elles traversent, objet qui puissent prendre en compte leur ressenti.

Malory PERRICHON
Psychologue Clinicienne
Doctorante à l'Université Lyon 2

¹ Cf. les travaux d'Alain FERRANT sur le traitement de la honte.

² Voir développement de cette hypothèse dans *Féminin et honte d'être, lorsque le cancer dévoile la béance narcissique*. DEA de psychopathologie clinique, sous la direction d'A. FERRANT, Université Lumière Lyon 2.

³ In R. KAËS et al, 1979, *Crise, rupture et dépassement*, Dunod, Paris, éd. 2004.

⁴ In M-F. DISPAUX, "Miroir brisé : réflexions sur le regard dans la construction du narcissisme", *Revue belge de psychanalyse*, n° 39, Automne 2001.

⁵ Au moment de rédiger la clinique de cette patiente le choix du prénom m'a mis face à un questionnement. Le premier qui s'est manifesté à ma pensée est celui de Lilith, personnage mystique juif qui aurait été la première femme de l'humanité maudite pour avoir refusé la maternité. La coloration négative associée au personnage, puisqu'elle est considérée par certaine tradition comme étant responsable de la part négative de l'humanité, m'a dissuadé et mon choix s'est porté alors sur le nom d'Eve. Ce n'est que plus tard que je me suis rendue compte du rapport spéculaire existant entre ces deux personnages.

⁶ La chimiothérapie peut entraîner des problèmes dentaires importants.

⁷ Je relève ici un lapsus écrit lors de la rédaction de cet article.

L'expérience intersubjective de la psychose est celle d'un temps singulier. D'aucuns ont dit qu'il pouvait s'agir d'un temps figé (MADIONI, 1998), d'un « temps des glaciations » (RESNIK, 1999) : dans la psychose, le temps serait arrêté, comme sous le joug d'une fixation majeure. C'est à partir de cet étonnement que j'ai initié ma recherche de doctorat (en cours), avec la question suivante : s'agit-il d'une atemporalité, d'une ignorance du temps ou bien d'une temporalité autre ? Il m'est en effet apparu que la temporalité psychotique ne s'inscrit pas dans ce que j'appelle « la temporalité sociale ». Cette dernière régit notre quotidien au sein de la société ; elle se caractérise par le temps des horloges, un temps chronologique, linéaire, irréversible, qui nous condamne à la finitude et à la perte (dont l'une des figures est la mort). Toutefois, la thèse du temps arrêté dans la psychose m'a semblé trop expéditive. C'est pourquoi le présent article se propose d'explorer une perspective féconde pour caractériser ce temps de la psychose : étudier la temporalité du mythe, telle qu'elle a été analysée par les anthropologues, pour voir dans quelle mesure elle pourrait, par analogie, nous éclairer sur la temporalité psychotique. Sans prétendre évoquer ici tous les aspects temporels du mythe ou ceux de la psychose, je souhaiterais, à partir de l'étude d'un cas clinique, en penser un aspect spécifique : celui du temps de la mort. Comment la temporalité mythique nous donne-t-elle à penser la mort dans la temporalité psychotique ? Je tenterai de montrer que l'une des figures psychotiques de la mort est la permanence, loin de la disparition inhérente à la « temporalité sociale », ainsi que les incidences de cet aspect sur le cadre thérapeutique.

Mathieu a 27 ans. C'est sa première hospitalisation, à l'issue d'hallucinations et d'un épisode délirant. Je le rencontre en entretien plusieurs fois au cours de son hospitalisation, qui a lieu dans le service de psychiatrie interne d'un Centre-Hospitalo-Universitaire, au sein duquel je puise la pratique clinique de la psychose nécessaire à ma recherche. Ces entretiens ont lieu à la demande de Mathieu, qui est très sollicitant, et pour lequel je semble représenter une connaissance toute puissante des phénomènes psychiques, presque un pouvoir mystique pour éloigner les démons dont il pense être la proie. Mathieu dit être particulièrement inquiet, car il éprouve d'étranges hallucinations somatiques ainsi que des hallucinations acoustico-verbales en lien avec ses hallucinations somatiques. Il ne présente pourtant

aucun trouble physique avéré. Outre les hallucinations auditives, accompagnées d'idées de persécution, Mathieu ressent une présence imminente de la mort physique et psychique : « On me tire dessus avec des bruits », dit-il. Puis il ajoute : « On a tous des pensées, on dirait qu'on a coupé un truc dans mes pensées. Après avoir croisé quelqu'un, je ne sens plus mes rotules. Pendant quelque temps, c'était comme si j'arrêtais de vivre ». Lors d'un entretien, il m'explique comment cela a commencé. Il était parti faire un déménagement, lorsqu'il entendit des voix qui l'appelaient. C'est alors qu'il a « eu l'impression de perdre [s]on souffle » et qu'il « ne sentai[t] plus rien ». Il poursuit : « J'ai commencé à avoir des tics nerveux, je clignais des yeux (...). J'avais l'impression d'avoir le nez cassé : je me touchais le nez, je sentais des petits bouts d'os qui craquaient. J'avais l'impression que mes dents s'effritaient, sans choc ». Dès lors, l'imminence de la mort ne le quittera plus, sous l'angle des voix menaçantes comme des hallucinations somatiques : d'ailleurs, les voix commandent les sensations physiques. Ainsi, il raconte : « Souvent, j'ai l'impression que mes veines se rétrécissent, j'ai l'impression qu'on m'a placé des aiguilles dans les jambes, j'ai l'impression que c'est réel, j'ai l'impression de plus rien sentir au niveau de mon pouls. Et là devant le miroir, j'ai un bouton qui sort d'un coup. J'ai des poils qui poussent, des dents qui se cassent. J'entends des voix féminines, des voix colériques sur moi. À chaque fois que je les entends, j'ai l'impression que j'ai un truc qui picote, et sur le sexe aussi... ». Il évoque aussi des palpitations cardiaques en ajoutant : « On dirait qu'on me tue, dans le cerveau. On dirait que les autres entendent. Comme dans tout Marseille, et d'un coup on dit mon nom et mon prénom, et je le supporte mal. Par exemple, à la fin d'une journée de travail, on dirait que mes mollets et mes cuisses tremblent comme du plastique. C'est du plastique, à l'intérieur du muscle, comme si on me touchait un nerf. Avant, j'avais l'impression de plus avoir de muscles. J'avais peur de sentir mes organes. Quand on avale la salive, on a toujours un goût. J'avais le goût de mon intérieur, de mon cœur. Hier soir, j'ai eu l'impression que mon cœur remontait dans la gorge ». Avec les entretiens ultérieurs, il reviendra sur ses sensations corporelles : sensation d'avoir une boule dans la gorge qui devient toute molle, sensation d'un cœur qui ne bat plus (alors qu'il prend son pouls ou dit tâter son cœur). Il manifeste une grande agitation, avec beaucoup de gestes pour désigner les parties de son

corps qui sont en souffrance. Il insiste sur le besoin de retrouver la sensation de son corps, par exemple en se donnant des coups dans le genou la nuit, « pas fort », en ajoutant : « mon lit, c'est un champ de bataille ». Il raconte aussi un épisode où, dans le métro, il a eu l'impression de mourir, avec un visage « violet », « l'artère du cœur qui rétrécit, des plaques rouges qui sortent toutes seules, et [s]es organes qui étaient comme du plastique ». Lorsqu'il parle de son histoire, la pensée de la mort est presque tout le temps présente. Par exemple dans son enfance : « Petit. Je rêvais souvent d'être dans des caveaux souterrains, des puits, avec du sable égyptien. Comme une offrande, avec une momification contre le mur, quelqu'un de mort ». Il précise qu'il s'agissait de « rêves éveillés », et non de rêves pendant le sommeil. Ou bien à l'âge de 17 ans : « J'avais 17 ans. C'était une image de bas-fonds, en Egypte. Avec une pyramide en sous-sol, et un squelette. Dessus le squelette il y a des fleurs, une plante à feuilles pointues roses, vous savez. comme on en voit souvent l'été, même dans le parc de l'hôpital ? » Il raconte que cela fait longtemps qu'il entend des voix, que certaines sont positives et d'autres négatives. « Mais tout a basculé quand ces voix m'ont touché physiquement : à chaque voix, j'ai un picotement [il désigne alors des parties de son corps, notamment la cuisse]. Quand le muscle tremble, une voix féminine me dit : « zimple ». Je sais bien que ça n'a aucun sens. Ce sont des expressions étonnantes. Il y a aussi « stripo, tripo, zimple ». À l'école, on ne nous a jamais appris que plus tard il nous arriverait d'entendre des voix ». Au cours de cet entretien, je lui pose la question suivante : « vous avez l'impression que, de même que les voix violent vos pensées, elles violent votre corps ? » Il me répond : « Mon corps m'appartient [il fait alors un geste de repli des bras autour de son corps, comme une protection]. Je fais tout pour pas crever. C'est comme si on cherchait à me violer, à me faire mourir, c'est comme un alanguissement. Heureusement qu'il y a ici des gens professionnels, qui canalisent vraiment les symptômes du malade, de façon à faire en sorte qu'on n'entende plus les voix ». À d'autres moments, Mathieu parlera de la transformation de ses membres en plâtre ou en pierre. Dans le contre-transfert, j'en viens moi-même à ressentir des sensations étranges d'ordre corporel, des fourmillements à la jambe, et surtout une sensation de froid. Mathieu semble attendre de moi un geste de toute-puissance, presque

divin, qui pourrait faire disparaître ces sensations. Il dit souvent son entière confiance dans la médecine et la psychologie. Pour lui, la médecine permettrait de lutter à un niveau chimique contre ses douleurs, alors que la psychologie aurait des pouvoirs d'envoûtement psychique, de manipulation à distance des esprits. S'il décrit dans les moindres détails ses symptômes physiques, c'est ainsi dans l'espoir que « les professionnels », puissent trouver le meilleur traitement, tant au niveau chimique qu'ésotérique. Cette toute-puissance que Mathieu me confère dans le transfert est peut-être à comprendre sous l'angle d'une relation d'objet ambivalente et intrusive : car si la psychologie a les pouvoirs de sauver Mathieu, en initiant une contre-métamorphose (faire fuir les voix et arrêter la transformation corporelle), elle peut aussi avoir les pouvoirs d'aggraver la métamorphose en cours. Ce savoir ésotérique me place, sur un plan transférentiel, dans un rôle de domination divine sans partage. C'est sans doute en vertu de cette place symbolique pour Mathieu qui l'incite à me confier sa problématique psychique à la mort, comme si j'avais les moyens d'empêcher toute issue mortifère.

Ce patient semble vivre dans une mort qui se réactualise sans cesse non pas tant comme perte que comme passage. Mathieu nous donne à voir les trois moments de ce passage : *le morcellement ou la décomposition, puis la transformation et la métamorphose, enfin la pétrification ou momification*. Ceux-ci correspondent aux trois moments de la mort telle qu'elle est figurée dans le mythe, selon Mircea ELIADE : moment de la *régénération par morcellement*, moment de l'*initiation à la mort (avec la métamorphose)*, puis *mort comme éternité*.

La *régénération par morcellement ou décomposition* caractérise un premier épisode de connaissance mythique de la mort : Il faut mourir pour renaître à la vie. Selon ELIADE (1983, p. 68), cette régénération passe par le découpage du corps, son effritement ou sa cuisson. Mathieu nous révèle des épisodes de décomposition lorsqu'il dit : « J'avais l'impression d'avoir le nez cassé : je me touchais le nez, je sentais des petits bouts d'os qui craquaient. J'avais l'impression que mes dents s'effritaient, sans choc », ou lorsqu'il évoque ses veines qui « se rétrécissent », « l'artère du cœur qui rétrécit » aussi, les « dents qui se cassent », le « cœur qui

remont[e] à la gorge ». Il dit son impression d'être en train de mourir : « Après avoir croisé quelqu'un, je ne sens plus mes rotules. Pendant quelque temps, c'était comme si j'arrêtais de vivre », « On dirait qu'on me tue, dans le cerveau... ».

L'*initiation à la mort* est un pas de plus par rapport au morcellement. Il s'agit d'un épisode de transformation, de métamorphose même. Selon Mircea ELIADE, seule la métamorphose permet d'accéder au monde de l'au-delà, celui des ancêtres mythiques. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard qu'elle ait pu servir de titre à une

signifie. Dans une perspective mystique, l'élu est aussi celui qui a connaissance du royaume des morts. En somme, la mort « a cessé de paraître un arrêt et [...] elle est devenue un rite de passage, (...) la suprême initiation. » (ELIADE, 1957, p. 278).

La *mort comme éternité* signifie la fin de la vie, mais sans la perte ou la disparition. Il est patent, dans l'ensemble des mythes, de constater que la mort n'en est pas vraiment une : qui est transformé en constellation (Ariane), qui en montagne (Atlas), qui en arbre (Philémon et Baucis), qui en pierre (Echo), qui en fleur (Hyacinthos), qui survit dans sa filiation (Énée)... Mourir n'est donc pas disparaître, mais être voué à l'éternité. C'est d'ailleurs l'expérience que Mathieu nous transmet dans sa sensation de devenir du plastique, du plâtre ou de la pierre. Ces trois matériaux sont en effet connus pour être particulièrement résistants et difficilement dégradables. La matière ici choisie est en soi pérenne. En outre, la mort semble être assimilée au sommeil, puisque « [s]on lit est un champ de bataille ». Enfin, la représentation que Mathieu nous donne à voir de la mort est conçue sous l'angle de la permanence. En convoquant la mythologie égyptienne, avec la momification et la pyramide, Mathieu nous renvoie à la question de la métempsychose, de la vie après la mort, de l'éternité *post mortem* à laquelle croyaient les égyptiens (en embaumant les momies, en figurant sur les tombes le passage vers l'au-delà...). La

mort n'est donc au pire que pétrification, monument voué à durer (et destiné à la remémoration...), et non disparition pure et simple.

Outre ces moments, il reste à considérer l'eschatologie et l'intervention divine. Dans le mythe, l'eschatologie est présente pour annoncer la fin du monde, et sa résurrection. Elle est toujours annoncée sous la forme d'une mort imminente, comme pour Mathieu. En outre, les épisodes mythiques sont très souvent placés sous l'égide des divinités qui décident le déroulement des événements, et punissent à l'occasion le protagoniste (ainsi Achille est-il rappelé à l'ordre lorsqu'il refuse de donner une sépulture à Hector). Or Mathieu énonce souvent sa condamnation par les voix, qui sont décrites par le « on » générique qu'il ne cesse d'employer : « J'ai l'impression qu'on m'a placé des aiguilles dans les jambes ». Ces voix agissent comme des interventions divines, auxquelles il consacrerait



somme consacrée aux mythes, *Les Métamorphoses* d'Ovide. Mathieu a l'impression de se métamorphoser en une sorte de monstre sans nez, édenté, boutonneux et poilu : « Et là devant le miroir, j'ai un bouton qui sort d'un coup. J'ai des poils qui poussent ». De plus ses membres se métamorphosent de l'intérieur en du plastique : « des plaques rouges qui sortent toutes seules, et mes organes qui étaient comme du plastique », « on dirait que mes mollets et mes cuisses tremblent comme du plastique. C'est du plastique, à l'intérieur du muscle ». D'autres fois, ces mêmes membres semblent pour lui devenir plâtre ou pierre. Ainsi, cette métamorphose s'apparente à une forme de connaissance de la mort. Mathieu dit avoir peur de mourir tout en expérimentant une actualisation continue de la mort. Il se place également en position d'élu, car il me dira avoir entendu des voix lui dire « Mathieu, tu es l'élu anglican », sans savoir ce que cela

« comme un offrande, avec une momification contre le mur, quelqu'un de mort », en l'occurrence peut-être lui-même. De plus, chaque manifestation de ces voix s'accompagne d'un symptôme physique d'allure mortifère : « à chaque voix, j'ai un picotement. (...) Quand le muscle tremble, une voix féminine me dit : « zimple ». (...) J'entends des voix féminines, des voix colériques sur moi. À chaque fois que je les entends, j'ai l'impression que j'ai un truc qui picote, et sur le sexe aussi ». Il semblerait même que, pour Mathieu, les symptômes physiques disparaissent à l'extinction des voix et qu'il attende beaucoup de son traitement sur ce point. Contre ces démons, il n'y aurait pour seul recours que l'aide omnipotente des divinités, dont la divinité « Psychologie », que j'incarnerais dans le transfert, et qui aurait la puissance de faire fuir les esprits malveillants. La mort est donc commanditée par les voix divines, mais ces dernières peuvent être contrées, par d'autres voix divinisées, cette fois-ci dans le transfert sur ce que je représente pour Mathieu, par une psychologie alliée, toute puissante en processus paranormaux. Lorsque les voix cessent, sont chassées, le risque de mourir s'amenuise. D'ailleurs, en entretien, curieusement, les voix ne sont pas présentes et se sont tuées. Ce que je souhaiterais surtout retenir de ce cas clinique, c'est la pensée de la mort comme métamorphose. Il ne s'agit pas d'une disparition, ou d'une perte radicale, mais d'une transformation en une autre matière. Cette conception de la mort est une conception mythique, qui ne relève pas de la « temporalité sociale ». Le mythe donne à voir la mort autrement. Dans notre temporalité commune, profane, la mort est vue comme la fin de la vie, un terme après lequel il n'y a rien, ce qui suscite une angoisse d'ordre existentiel. Or, pour la temporalité mythique, la mort serait régénération, eschatologie toujours suivie de renouveau, ou plus simplement, passage d'une vie antérieure à une autre vie (ainsi que l'illustre de façon paradigmatique le mythe des Enfers chez les Grecs). Par-delà ces différentes déclinaisons de la figure temporelle de la mort, il semblerait que le mythe soit dans l'impossibilité de penser ce qui, dans la mort, est perte, donc disparition et deuil. Ainsi, même lorsque le mythe tente de concevoir la mort comme fin de vie, il lui arrose malgré tout le pouvoir de la permanence.

Ainsi, dans le mythe comme dans la psychose, la mort reste en vie, puisque « tout mythe a pour objectif de vivre la mort » (BOCCARA, 2002, p. 97). Que la mort demeure présente sous l'angle de la permanence contribue à l'une des vocations du mythe que rappelle Mircea ELIADE, celle de conjurer l'angoisse de la mort en intégrant une existence « non souillée par le Temps » (1957, p. 274) : « c'est toujours la même lutte contre le Temps, le même espoir de se délivrer du poids du « Temps mort, du Temps qui écrase et qui tue. » (1963, p. 235). Dès lors, cette recherche semble rappeler l'importance de la gestion

thérapeutique du temps psychique du patient, et suggérer des perspectives thérapeutiques pour la psychose. Sur un plan formel, le cadre et la régularité des interventions du thérapeute jouent un rôle crucial (rôle qui rejoint les études sur la fonction du rythme dans le développement psychique, ainsi que l'illustre un article récent d'A. CICCONE, 2005). De fait, la rythmicité des entretiens, leur régularité, et la capacité contenante du thérapeute pourraient ainsi symboliser une temporalité mythique, qui aurait une fonction sécurisante pour le patient, et constituerait la possibilité d'instaurer un fond commun intersubjectif entre thérapeute et patient. Sur un plan fondamental, il s'agirait pour le thérapeute d'orienter le vécu temporel du patient psychotique dans l'intersubjectivité, en le menant progressivement de la temporalité mythique à la temporalité sociale, dans la temporalisation d'une relation d'objet commune². Le thérapeute doit donc préalablement accepter de rencontrer le patient dans cette temporalité mythique, afin de créer les garanties d'une évolution temporelle qui soit historicisante (tendre vers une dimension de soi comme être historique, capable d'être l'agent, et non plus le patient, de sa propre histoire). Le travail thérapeutique consisterait à mener le patient de la temporalité mythique (où le thérapeute incarne une divinité omnipotente) vers la temporalité sociale (le thérapeute dédivinisé).

En conclusion, cette figuration de la mort comme permanence dans le mythe illustre la difficulté, inhérente à la psychose, de penser la perte et la disparition (difficulté déjà pressentie par FREUD, 1915). Il resterait à se demander dans quelle mesure cette temporalité qui ne saurait concevoir la perte s'apparenterait à celle du rêve, et *a fortiori*, à celle de l'inconscient. À partir de l'analogie avec la temporalité mythique, que nous révélerait la temporalité psychotique de la temporalité inconsciente ? L'inconscient (dont FREUD dit qu'il est atemporel, « zeitlos ») certes ne connaîtrait pas le temps social, mais serait en revanche régi par une temporalité mythique ou psychotique...

Ariane BILHERAN
Normalienne (Ulm), doctorante (Lyon II)
et monitrice (Aix-Marseille I)
en psychopathologie
et psychologie clinique

Bibliographie

- BOCCARA, M. 2002. *La part animale de l'homme. Esquisse d'une théorie du mythe et du chamanisme*. Paris : Economica.
CICCONE, A. 2005. L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. In *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, p. 25-31.
ELIADE, M. 1951. (1983). *Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*. Paris : Payot.
ELIADE, M. 1957. *Mythes, rêves et mystères*. Paris : Gallimard.

ELIADE, M. 1963. *Aspects du mythe*. Paris : Gallimard.

FREUD, S. 1915. (2001). Deuil et mélancolie. In *Métopsychoanalyse*. Paris : Gallimard.

FREUD, S. 1900. (1980). *Interprétation des rêves*. Paris : PUF.

GIMENEZ, G. 2001. Les objets de relation. In Chouvier et al. *Symbolisation et médiations. Psychanalyse, création et psychothérapies*. Paris : Dunod.

GRIMAL, P. 1951. (1994). *Dictionnaire de la mythologie grecque et romaine*. Paris : PUF.

MADIONI, F. 1998. *Le temps et la psychose*. Paris : L'Harmattan.

OVIDE (1995). *Les Métamorphoses*. Paris : Les Belles Lettres.

RESNIK, S. 1999. *Temps des glaciations. Voyage dans le monde de la folie*. Paris : Erès.

VALABREGA, J.-P. 2001. *Les mythes, conteurs de l'inconscient*. Paris : Payot.

¹ Par temporalité, j'entends la constitution temporelle d'un ensemble, par exemple d'un psychisme, d'un mythe.

² Pour la relation d'objet dans la psychose, voir GIMENEZ, G. 2001.

CANAL PSY

Les derniers numéros

N° 71 - Décembre 2005 - Janvier 2006

Dossier : Dynamique formative

Faire de études de psycho, et après ? Jean-Marc TALPIN

Le groupe d'élaboration de la pratique dans le dispositif de formation des étudiants en psychologie de Master 2. Ghislaine BIODJEKIAN

La psyché comme objet dans la formation des psychologues : investissement narcissique et investissement objectal (extrait). René KAËS

Un Institut de Psychologie suffisamment bon ? D. AUPETIT - F. LEFEVERE

Tribune libre à Bernard DUEZ

N° 72 - Février - Mars 2006

Dossier : Psychiatrie, enjeux actuels

Psychiatrie et société, je t'aime moi non plus par Emmanuel DIGONNET

Images de la psychiatrie aujourd'hui. Psychanalyse et psychiatrie. Crise d'identités ? par Jean-Jacques RITZ

Erratum. Suite de l'article de Damien AUPETIT et Frédéric LEFEVERE

Le soin des troubles psychotiques en institution par Marcel SASSOLAS

ECHO. Mais que fait donc la psychiatrie ? L'acte et l'agir. Cinquième journée des psychologues du vinatier par Eliane MOULIN

N° 73 - Avril - Mai 2006

Dossier : Le G.E.R.A.

Présentation du G.E.R.A.

Enjeux éthiques et identitaires engagés dans l'acte de procréation par IAD par Nikos KALAMPALIKIS

La violence dans le football amateur par Philippe SARNIN

Précarité et santé : Points de vue et débat psychosocial par C. DURIF-BRUCKERT, N. FIEULAINE, R. MENDES-LEITE

Analyse d'oeuvre. Contes et Opéra : Le Château de Barbe Bleue de Béla BARTOK par Jean-Pierre VIDIT

N° 74 - Juin - Juillet 2006

Dossier : La parentalité à l'épreuve

Interview d'Isabelle MODOLO, psychologue dans un service de sidéologie

Le processus de parentalité dans un service de néonatalogie : quels enjeux ? par Géraldine MOULIN

La place des pères : tensions et ambivalences par Christine CASTELAIN-MEUNIER

Cinq paradigmes cliniques du vieillissement. Interview de Jean-Marc TALPIN
Tribune à Françoise AUBERTEL. Qu'est-ce que former des psychothérapeutes ?

N° 75 - Octobre - Novembre 2006

Dossier : Souffrances précoces

Interview de Denis MELLIER concernant son dernier ouvrage *Les bébés en détresse*

Entre la naissance et le quarantième jour, prévention et traitement des souffrances dans le post-partum immédiat par Joëlle ROCHEÏTE

Travail "Psy" dans un service de néonatalogie par J-Annick SIMON

Infos. Coriolan de William Shakespeare au TNP

Rubrique. Interview de Christiane JOUBERT à propos de l'ouvrage *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement*

Tribune à Roland GORI. Les troubles expertises de l'Inserm en santé mentale

N° 76 - Décembre 2006 - Janvier 2007

Dossier : Crises et trauma

Faites comme chez vous par Damien ANDRE

Quand le travail fait crise par Blandine BRUYERE

La transmission du génocide arménien à la 3ème génération par Hélène DESCUBES DEMIRDJIAN

Rubrique Analyse d'oeuvre : Mathilde CASANOVA propose une analyse de la pièce "Père" de August STRINDBERG mise en scène au TNP

Tribune : Interview de René ROUSSILLON sur le décret de loi concernant le statut de psychothérapeute

Prix des numéros :

- du numéro 1 au numéro 19 : 1,52 €
- du numéro 20 au numéro 39 : 2,29 €
- du numéro 40 au numéro 65 : 3,05 €
- à partir du numéro 66 : 3,30 €

Frais de port :

- 1 numéro : 1,22 €
- 2 à 4 numéros : 1,98 €
- 5 à 8 numéros : 2,76 €
- plus de 8 numéros : 3,62 €

La liste exhaustive des numéros parus est disponible, ainsi que les bulletins de commande, sur simple demande ou consultable sur le site Web de Canal Psy

Offre Spéciale :

10 numéros commandés (du n° 1 au n° 50 inclus*) : 10,00 €
+ frais de port (3,62 €)
*sauf numéros épuisés

Canal Psy est en vente :

A Bron

à l'Institut de Psychologie
Canal Psy (salle K124bis)
secrétariat du 3^{ème} cycle (126 K)
à la Librairie U

En centre ville

F.P.P. (18 quai Claude Bernard
Lyon 7ème, suivre les flèches)

Directeur de la publication : Claude JOURNES, Président de l'Université

Directeur délégué : Albert CICCONE

Rédaction : Anne-Claire FROGER

Conception et réalisation : Marc-Antoine BURIEZ

Couverture et illustrations : Jérôme DUPRE-LA TOUR

Font partie du comité de lecture les enseignants élus au conseil du Département.

Journal édité par l'Institut de Psychologie - Département Formation en Situation Professionnelle

Imprimé par l'imprimerie Caussanel (Bron)

ISSN 1253-9392 - Commission paritaire n° 0911 B 07996



Institut de Psychologie
5, av. P. Mendès France
69676 BRON Cedex
Tél. 04.78.77.23.23
Poste 20.59

e-mail :

aclaire_froger@yahoo.fr

Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr

Site WEB Canal Psy :

http://psycho.univ-lyon2.fr

puis «RECHERCHE» de Canalpsy