

Imaginaire et Pathologie

— Une théorie de la psychosomatique

SAMI-ALI (*)

I. La théorie de la psychosomatique que j'esquisse aujourd'hui définit trois axes fondamentaux de fonctionnement, à partir de quoi se dessinent trois formes majeures de pathologie, impliquant à la fois le psychique et le somatique. Axes de fonctionnement aussi bien que formes de pathologie leur correspondant sont déterminés par deux concepts de base: la fonction de l'imaginaire, d'une part, et le refoulement de la fonction de l'imaginaire, d'autre part. Le développement des deux concepts permettra de déduire, par une démarche a priori, l'ensemble de la pathologie humaine dans sa double appartenance au psychique et au somatique. Cependant, la déduction n'est possible que parce que l'expérience clinique a déjà permis certaines découvertes.

II. Je commence par définir le premier concept, à savoir la fonction de l'imaginaire.

Or, qu'est-ce que l'imaginaire?

Concept simultanément psychologique et biologique, l'imaginaire est destiné à fonder ce qu'on entend par santé et maladie, dans la mesure où l'une et l'autre relèvent d'un

processus psychosomatique régi par la variabilité symptomatique. Variabilité qui autorise de suivre le déploiement d'une pathologie échappant aux cloisonnements du psychique et du somatique, ce qui d'emblée introduit la continuité du fonctionnement là où l'on se heurte à la discontinuité des fonctionnements partiels.

Concrètement, l'imaginaire n'est rien d'autre que le rêve et les équivalents du rêve dans la vie vigile. Mais le rêve est déjà un processus biologique porté par un rythme et ponctué par l'alternance du sommeil paradoxal et du sommeil lent, en même temps que par la présence, dès l'origine, d'un fonctionnement où prime l'imaginaire avant l'émergence du réel. Si le rêve peut être tenu pour l'accomplissement du désir, ce n'est pourtant pas le désir qui met le rêve en mouvement. Le rêve, avec son contenu particulier, n'est que la crête d'une vague qui se renouvelle et qui vient de plus loin.

L'imaginaire n'est pas réductible à la représentation par images, parce qu'il est la subjectivité même. C'est pourquoi l'imaginaire est synonyme de projection, par quoi il faut entendre un mode de pensée caractéristique du rêve et transformant le sujet en objets aussi bien qu'en l'espace et le temps des objets: l'absolument subjectif devenu l'abso-

(*) Professor Catedrático da Universidade de Paris VII. Director da Unité de Recherches en Psychosomatique, da mesma Universidade.

lument objectif. Aussi ne se ramène-t-il pas à un mécanisme partiel mis en rapport avec l'introjection, puisque, dans ce cas, doit derechef se poser la question du statut de l'objet *imaginaire*, qu'on s'approprie et dont on se départ. Et de cette question on ne saurait faire l'économie.

Cependant, le rêve n'est pas seulement le rêve nocturne. Cette simple constatation suffit à concevoir une généalogie de l'imaginaire permettant de saisir l'unité du fonctionnement psychosomatique qui n'est pas la totalité et qui s'actualise dans d'autres conditions que le sommeil, à travers ces variantes de l'activité onirique que sont le fantasme, la rêverie, le délire, l'hallucination, l'illusion, la croyance, le jeu, le transfert, le comportement magique... Autant de phénomènes où se produit le rêve à la faveur d'un équilibre chaque fois différent entre conscient, préconscient et inconscient. Plus que nulle part ailleurs, c'est en psychosomatique qu'il importe d'affirmer que l'imaginaire est un et qu'il est une fonction qui se constitue.

Cette constitution est médiatisée par la relation précoce mère-enfant. C'est à travers cette relation, en effet, que s'instaure le rythme biologique fondamental selon que la répétition est dépassée ou qu'elle s'achemine vers l'épuisement. Deux destins opposés qui, pourtant, ne s'articulent pas à la conception freudienne des pulsions de vie et des pulsions de mort, puisqu'il s'agit moins d'un automatisme de répétition indépendant des aléas relationnels, que de la répétition d'automatismes à l'intérieur d'une relation particulière.

Ainsi se définit l'imaginaire en tant que fonction se déployant dans une relation dont le singulier est qu'elle préexiste aux termes qui se trouvent reliés.

J'aborde maintenant le deuxième concept, le refoulement de la fonction de l'imaginaire.

III. D'entrée, il faut souligner qu'il ne s'agit pas du concept freudien du refoulement

qui, lui, porte exclusivement sur un contenu de l'ordre de l'affect ou de la représentation. On postule ici en revanche le refoulement de l'imaginaire en tant que fonction, ce qui permet d'une part, d'élargir le champ de la pathologie pour inclure l'organique, et, d'autre part, de déterminer trois axes fondamentaux de fonctionnement suivant le destin subi par le refoulement. Voici comment la chose est envisageable.

1. La première possibilité est celle de dire avec Freud que toute psychopathologie se déroule en trois temps: le refoulement, l'échec du refoulement, et le retour du refoulé sous forme de symptômes névrotiques ou psychotiques. Cela vaut tant pour le lapsus le plus simple que pour la psychose la plus complexe. Partout, il s'agit d'une formation symptomatique transitoire ou durable dans laquelle émerge de nouveau un imaginaire auparavant éliminé.

L'échec du refoulement, dans ce cas, instaure une continuité avec l'imaginaire. S'il y a alors somatisation, elle a lieu dans le corps imaginaire, sur le modèle de la conversion hystérique, et elle reste en corrélation positive avec l'imaginaire. C'est une psychopathologie dans laquelle le corps est le même, sous-jacent au rêve, et qui suppose que l'étayage s'est précédemment accompli. Aussi les symptômes demeurent-ils fonctionnels, réversibles, pourvus d'un sens symbolique primaire, sens qui détermine le symptôme, est à l'origine du symptôme, coïncidant avec la symptomatologie, qu'elle soit névrotique ou psychotique. Le corps est réductible aux images du corps et la somatisation relève du figuré.

Mais cela laisse entrevoir une autre possibilité.

2. On peut, en effet, se demander si le refoulement doit toujours échouer et ce qui peut advenir de la pathologie au cas où le refoulement se maintient. La question effectivement effleurée par Freud, mais restée

sans réponse aussi longtemps qu'on se place au plan de la psychopathologie.

Dans *Le Banal* (1980), j'ai avancé l'hypothèse d'une autre pathologie, précisément organique, faisant pendant au refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire et que détermine l'attitude fondamentale à l'égard du rêve.

Attitude qui résulte du refoulement caractériel de l'activité du rêve et qui tend à perpétuer ce même refoulement. Il s'ensuit non seulement l'oubli systématique des rêves mais aussi la perte d'intérêt à leur égard. A la limite, peu importe qu'on se souvienne ou que l'on ne se souvienne pas des rêves, tellement est grand le désinvestissement. Les règles adaptatives viennent alors remplir un vide qui se creuse, supplanter la subjectivité qui devient une subjectivité sans sujet. D'où une pathologie de l'adaptation dans laquelle le banal détermine simultanément la relation à soi et à l'autre.

Fonctionnement paradoxal au plus haut point, car les rêves existent objectivement, comme l'attestent les études électroencéphalographiques, n'existent pas subjectivement. C'est là une manière d'être aliéné à soi mais content de l'être, coupé de soi sans cependant en souffrir. Ici, les traits de caractère remplacent les symptômes, la formation caractérielle supplantant la formation symptomatique. S'il y a alors pathologie, elle ne peut être que somatique, atteignant le corps en sa réalité. Les organes sont les organes et le corps tout entier peut être entamé en tant que processus biologique. C'est pourquoi, en l'occurrence, la somatisation relève du littéral et du neutre, non du figuré, et le sens qu'on peut y attacher est un sens secondaire qui s'ajoute au symptôme après coup mais n'en détermine pas l'étiologie.

Ici, tout est refoulement, sans retour du refoulé. Etat de choses qui aboutit, soit à la disparition des rêves de la vie psychique, soit à la modification même de la fonction du rêve: désormais n'apparaissent que des

rêves de travail, programmés par le surmoi et destinés à être la négation du rêve. Ce qu'on prend à tort pour des rêves de réalité marqués par une carence élaborative, répondent en fait à l'injonction de ne pas rêver et sont ainsi l'équivalent de l'insomnie. Cela constitue déjà une critique fondamentale aussi bien de la pensée opératoire que de l'aléxithémie, pour autant que l'une et l'autre méconnaissent la profondeur du travail de refoulement. Travail qui, par ailleurs, fait un avec le fonctionnement caractériel et qui, pour être pensé, exige un autre modèle théorique.

Au refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire correspond ce que j'appelle une dépression a priori qui est le fait de coïncider parfaitement, au point de voir s'évanouir tout conflit, avec le surmoi. Celui-ci est un surmoi corporel dont le sujet dépend pour se repérer dans l'espace et le temps aussi bien que dans ses fonctions corporelles qui ne sont pas autonomes. C'est dire que le surmoi corporel engage autrement toute la problématique du narcissisme, et que la suppression de la subjectivité, si caractéristique de la pathologie de l'adaptation, constitue une façon d'être grâce au non-être et, par là, se conformer aux impératifs du surmoi corporel. La négation de soi passe par l'affirmation d'une toute puissance à laquelle on participe.

Notons en outre ceci, que le refoulement caractériel de l'imaginaire peut avoir des équivalents dans certaines chimiothérapies qui aboutissent, en altérant réellement la phase paradoxale du sommeil, à mettre hors circuit toute la fonction de l'imaginaire. Que celle-ci disparaisse effectivement ou qu'elle soit occultée par un refoulement qui perdure sans faille, dans les deux cas on a affaire à une pathologie caractérielle où la somatisation, quand elle fait son apparition, demeure en corrélation négative avec l'imaginaire. Et elle témoigne de l'extrême difficulté d'opérer des régressions.

Pourtant, la somatisation ne se ramène

pas au seul fonctionnement puisque, contrairement aux théories qui font tout dériver de la structure de la personnalité, la somatisation a toujours lieu dans ce que j'appelle une situation d'impasse. Celle-ci se singularise par l'existence d'un conflit insoluble parce qu'il implique la contradiction et qu'à ce titre il reste distinct du conflit névrotique dont la forme est l'alternative simple, a ou non-a, tandis que l'impasse s'énonce à la fois par a ou non-a *et* ni a ni non-a. Le conflit est ainsi, dans sa structure logique, plus proche de la psychose, ce qui, du même coup, interdit de parler de «névrose d'organe». Il est, au reste, une relation particulière entre somatisation et psychose: tout se passe en effet comme si l'une et l'autre avaient lieu dans la même situation d'impasse, que dans les deux cas on affrontait l'impensable de la contradiction, avec toutefois cette différence que la psychose, quand elle s'élabore à travers le délire notamment, constitue une ultime tentative pour penser l'impensable. Le penser précisément en dépit de la pensée. L'issue psychotique est donc possible et c'est en ce sens que la psychose, en dépassant l'indépassable, transpose entièrement les termes du conflit et, ce faisant, opère un passage du corps réel au corps imaginaire. La psychose met à l'abri de la somatisation, de sorte qu'une corrélation négative s'établit entre l'une et l'autre, ce qui, en outre, rend compte de cette constatation étrange selon laquelle les psychotiques connaissent rarement la maladie organique qui, elle, s'attaque au corps réel.

Or, si l'impasse a partie liée avec la contradiction, elle est susceptible de se manifester sous des formes dérivées qui, en dépit de leur diversité, débouchent toutes sur la même aporie logique. Ce propos, je voudrais l'illustrer par un exemple fort connu, présentant l'avantage d'être avant tout une découverte empirique, à savoir la manière dont Franz Alexander décrit le conflit propre à l'ulcère gastrique. Hormis les facteurs constitutionnels, on le sait, Alexander ra-

mène l'ulcère gastrique à une dépendance orale inconsciente, au besoin d'être nourri et aimé, passivement. Chez des sujets par ailleurs «normaux», ce besoin, loin d'être accepté, provoque une attitude de refus que concrétise une hyperactivité compensatoire. Celle-ci les met aux prises, dans des situations de compétition familiales au monde des affaires, avec une agressivité qui provoque la crainte des représailles. Un sentiment de culpabilité se fait jour, les amenant à réagir passivement à l'agressivité, ce qui ramène au point de départ. Un cercle vicieux se dessine de la sorte, la passivité suscitant l'activité et l'activité la passivité, et le conflit qui se présente d'abord comme une simple alternative névrotique, comportant la possibilité de choisir l'un des termes en présence, voire l'éventualité de combiner l'un et l'autre dans une solution de compromis, finit par tourner en rond, se mordre la queue, devenir insoluble. L'impasse est cette impossibilité de trouver une issue, et cela prédispose à la somatisation. Par conséquent, le fonctionnement adaptatif n'est pas en soi pathogène alors qu'il peut le devenir, précipitant une somatisation du corps réel, là où le sujet se trouve soudain dans un cul-de-sac.

3. La troisième forme majeure de pathologie, qui, elle aussi, se définit par rapport au refoulement de la fonction de l'imaginaire, consiste à passer du refoulement manqué au refoulement réussi. Les rêves commencent par être présents dans un fonctionnement psychique assimilable à la psychonévrose, avant de disparaître plus ou moins complètement, pendant longtemps, pour des raisons difficiles à cerner mais qui semblent liées au deuil. Or, chose remarquable, ce changement de fonctionnement ne se limite pas au domaine psychique, il entraîne, au contraire, une modification de la pathologie qui, du corps imaginaire, se déploie au niveau du corps réel, le figuré cédant imperceptiblement la place au littéral et au neutre.