

psychismes

collection fondée par Didier Anzieu

Vincent Estellon

Les folies compulsives

Préface de Catherine Chabert

DUNOD


Illustration de couverture :

Les Jours gigantesques, Vers 1890-1891, Magritte René (1898-1967),

(C) ADAGP, Paris, 2016

Allemagne, Düsseldorf, Kunstsammlung Nordrhein-Westfalen

Photo (C) BPK, Berlin, Dist. RMN-Grand Palais / Achim Kukulies

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>		<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--	---

© Dunod, 2016
5 rue Laromiguière, 75005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-059491-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^e et 3^e a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

SOMMAIRE

<i>PRÉFACE</i>	IV
<i>INTRODUCTION</i>	1

PREMIÈRE PARTIE

FOLIES OBSESSIONNELLES, FOLIES COMPULSIONNELLES

1. Les sensations dans le fonctionnement compulsif obsessionnel	9
2. Du fonctionnement compulsif aux limites de l'être	53
3. Les voix de régression du fonctionnement compulsif : régression de l'acte à la pensée ou régression de la pensée dans l'agir	97

DEUXIÈME PARTIE

COMPULSIONS, ADDICTIONS

<i>INTRODUCTION. ADDICTION, COMPULSIONS, AVATARS DU FONCTIONNEMENT AUTO-ÉROTIQUE</i>	117
4. Cliniques des limites	121
5. De la nymphomanie à la sexualité addictive	165
6. Auto-érotisme. Identification. Lien social	205
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	257
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	271

PRÉFACE

C'EST AVEC PLAISIR, avec enthousiasme même qu'il faut saluer la publication du livre de Vincent Estellon : inscrit dans un champ à la fois actuel et original, il porte sur la psychopathologie des limites, comprise d'emblée dans une dialectique qui en assure la valeur dynamique, et non comme un état qui viendrait désigner voir statuer l'identité d'un sujet. Sa force relève de la mise en perspective d'entités psychopathologiques généralement considérées comme antinomiques puisque l'une relève de la névrose et l'autre des fonctionnements limites. La prise de position de l'auteur est claire : sans négliger les apports d'autres approches contemporaines, il choisit fermement le modèle psychanalytique du fonctionnement psychique, et au sein des différents courants de la psychopathologie clinique, celui qui accorde une importance décisive aux passages, aux interfaces entre des organisations psychiques susceptibles de mettre en évidence des éléments communs et des divergences radicales, sans sacrifier la singularité à la cohérence ou au dogmatisme diagnostique.

Comment certains symptômes psychopathologiques très contrastés voire opposés d'un point de vue phénoménologique sont susceptibles d'être asservis à des intérêts communs pour le fonctionnement psychique ? Comment un symptôme en apparence identique dans ses manifestations repérables peut procéder de différents modes de fonctionnement psychique ? C'est à ces questions que Vincent Estellon se confronte d'emblée et c'est avec audace qu'il cherche une continuité dialectique entre névrose obsessionnelle et fonctionnement limite, ce qui pourrait choquer nombre de psychopathologues structuralistes mais qui se révèle une entreprise à la fois passionnante et convaincante. L'appui sur la métapsychologie freudienne et post-freudienne témoigne de son engagement dans les voies ouvertes par la psychanalyse en psychopathologie clinique, dans le choix de concepts appelés pour leur

pertinence, soumis à une véritable étude au sens le plus noble du terme. Mais c'est aussi l'expérience clinique, les connaissances liées à l'analyse du transfert et du contre-transfert, le respect de la méthode qui assurent le passage et la liaison entre constructions théoriques et considérations cliniques.

C'est d'abord la prise en compte du caractère « limite » de la sensation, en tant qu'expérience corporelle subjective ancrée aux échanges entre dehors et dedans, qui conduit Vincent Estellon à formuler une hypothèse forte : en quoi le fonctionnement obsessionnel traduirait-il à la fois la destruction de la capacité autoérotique et sa tentative d'auto-guérison ?

L'intérêt particulier accordé à la notion psychiatrique de *dépersonnalisation* montre de quelles manières la compulsion dévoile l'expérience de désobjectivation – se rendre étranger à soi-même – lorsque l'activité compulsive est réalisée contre la volonté du sujet. Qui agit dans la compulsion ? Et quel effet produit cette division de l'être entre celui qui agit et celui qui se voit emporté malgré sa volonté dans cette activité répétitive ? Quels effets somatiques et sensoriels peuvent être mobilisés dans cette division du sujet devenu spectateur passif d'une activité auto-générée par lui-même ?

En considérant le renversement de l'activité en passivité comme base commune des « cliniques de dépendances », Vincent Estellon retrouve l'autocratie, la maîtrise, l'horreur de la surprise, la phobie ou la passion du contact, la compulsion à répéter, l'obsession (sexuelle ou non), la prévalence de composantes prégénitales dans la sexualité agie comme dans les composantes de la personnalité... autant de dimensions rassemblées sous l'égide de la « relation anale » et de l'« analité primaire ». Il ne néglige pas pour autant la part œdipienne nouée à sexualité infantile dans ses configurations les plus singulières et les plus productives.

Une autre hypothèse forte est proposée : si l'activité compulsive tente désespérément de vider la pensée de représentations obsédantes, les cliniques de l'agir ne tenteraient-elles pas au contraire d'inscrire les traces d'une mémoire oubliée ? La sexualité addictive résulterait-elle de l'échec des mécanismes d'isolation et de déplacement impliqués dans la névrose obsessionnelle ? La problématique des limites et de la confusion – entre dedans et dehors, sujet et objet, fantasme et réalité, angoisses affectives et raison – est utilisée pour repenser cette configuration complexe aux manifestations polymorphes. Se découvre régulièrement un double régime : d'un côté, un ancrage à la réalité relativement solide ; de l'autre, une immense fragilité narcissique ordonnant l'alternance entre sentiment de toute-puissance et état de détresse extrême, un monde psychique attaqué par des angoisses existentielles aliénantes, la hantise

de la folie, un rapport aux autres marqué par une souffrance intense et une dépendance massive alors même que la dépendance fait horreur.

Une autre réflexion, particulièrement originale concerne ce que l'auteur appelle « la mémoire diffuse » qui éclaire étonnamment la notion d'identité poreuse – le « moi-peau passoire » de Didier Anzieu – et permet de penser autrement la remémoration dans le processus thérapeutique. Car c'est chaque fois la même préoccupation, le même souci qui surgit : les élaborations théoriques sont le fruit d'une rencontre entre la métapsychologie freudienne, les travaux d'auteurs, et l'expérience clinique, la prise en compte du transfert et de la méthode noués dans l'entreprise thérapeutique.

Dans cette perspective, un autre concept est l'objet d'une analyse privilégiée : impliqué dans l'aptitude à s'illusionner, à croire en soi, à s'estimer, à se faire confiance, à se soigner soi-même, l'autoérotisme est considéré par Vincent Estellon comme un pivot essentiel du fonctionnement psychique : son origine se situe dans des temps où la sexualité se détache de l'objet pour être livrée à l'activité hallucinatoire et au fantasme et ses deux versants, positif et négatif, concourent à l'édification de la subjectivité. De quelle(s) manière(s), cette construction s'opère ou se délite, comment le processus transférentiel est susceptible d'en modifier le devenir, voilà ce qui constitue un des enjeux de la méthode analytique, et en particulier de la réaction thérapeutique négative, obstacle et paradoxe du changement.

Si la clinique analytique demeure la voie royale, Vincent Estellon n'oublie pas celle, remarquablement féconde, de la création artistique : il montre avec éclat que les sensations et les émotions, constitutives de la condition humaine, peuvent être entendues à travers des traductions susceptibles d'offrir une « autre » clinique, dont la force de conviction s'impose et complète heureusement l'approche plus scientifique des maladies de l'âme.

Catherine Chabert

INTRODUCTION

« C'EST PLUS FORT QUE MOI ! » Par cette formule courante, grand nombre de conduites compulsives sont justifiées. Étrangeté de cette formule dont on ne saurait identifier qui est cet autre ou quel est ce quelque chose « plus fort » qui dépasse le pouvoir et la maîtrise du Moi. Dans cette prise impliquant l'envahissement intrusif d'un territoire psycho-corporel, où est le sujet ? Où est l'objet ? Qui est l'envahisseur ? Qui est le résistant ? Où est l'enfant ? Où est l'adulte ? Peut-on entendre dans ce combat intérieur l'écho lointain d'une scène de ménage entre l'adulte et l'enfant ? Ce « faire » qui ne parvient pas à produire une forme satisfaisante est à articuler avec la place de la déception dans la compulsion de répétition : s'il faut répéter sans cesse, c'est aussi parce que la compulsion de répétition signe la double inscription de son désir et de sa non-satisfaction. Comment passe-t-on de l'obsession à la compulsion ? Et, d'où vient l'ordre ? Ces interrogations mobilisent un sentiment d'autant plus inquiétant que l'ordre obsédant arrive non pas de l'extérieur mais par l'intérieur, et que le corps possédé – tel un automate déréglé – s'emballé jusqu'à l'épuisement pour traiter cet ordre ou ce contre-ordre : « Fais ci, fais ça ; ne fais pas ci, ne fais pas ça... » Chassez le sexuel à l'extérieur de la maison, il revient par le robinet de gaz, le verrou, la cheminée, la saleté, l'ordre des objets inanimés... Révolte du Ça contre l'empire du Surmoi ; et le Moi qui souffre et jouit secrètement d'accueillir en son théâtre privé ce spectacle qu'il connaît bien. La question qui peut se poser concerne alors la place confuse du sujet et de l'objet dans ce combat intérieur, comme si la pensée – à force de se combattre elle-même tentait – dans la métaphore d'un entraînement sportif – de se rendre invulnérable, insensible aux effets de l'autre. Le fonctionnement de la pensée obsessionnelle donne pour ainsi dire une illustration caricaturale du conflit intrapsychique

selon le modèle de la deuxième topique. Ce que Green n'a pas manqué de formuler ainsi :

« L'obsessionnel s'acharne à administrer la preuve que seul le Surmoi désire, le sujet se bornant à se plier à son seul désir. » (Green, 1967, p. 638)

Des rituels obsessionnels compulsifs jusqu'aux agirs limites, c'est tout le corps qui est mobilisé : il faut gesticuler dans le vide, se mouvoir, toucher, ordonner, nettoyer, fermer/ouvrir, s'habiller/se déshabiller, se laver, se scarifier, s'automutiler, se remplir la bouche, suçoter des bouts de corps, se remplir de matières liquides ou solides, s'enivrer, s'angoisser... bref on ne peut pas dire que le conflit entre désirs inconscients et interdits conscients soit particulièrement bien contenu au sein d'un théâtre privé intrapsychique : pris dans une forme d'ivresse négative, le corps est débordé, occupé, entravé, rabaissé, humilié, comme si s'annonçait – par-delà le lot des auto-accusations – le spectre de la mélancolie. Au sein de ces comportements exacerbés, il s'agit bien souvent – en se touchant, s'attaquant, se remplissant... de survivre à une angoisse extrême liée au vide, au néant, un sentiment à vif de manque à être, d'impuissance face à la puissance de la vie.

Car si l'obsession assiège la pensée, la compulsion – elle – s'empare du corps à travers des gestes, mouvements, agissements comme coupés du sens et de la volonté, mettant en exergue toute la sensorialité proprioceptive. Et même si tout concourt à penser que la motricité remplace la représentation hallucinatoire, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle l'exacerbation répétitive de ces rituels tente désespérément de reproduire une forme agissante – inconnue de la mémoire consciente – à travers cette tentative ratée de symbolisation. Subsiste un état d'âme d'impuissance dont on peut se demander s'il n'est pas paradoxalement recherché par cette crise qui écartelle le Moi-corps entre une jouissance narcissique inconsciente et une souffrance consciente à la limite du supportable :

- un corps esclave pris entre la réalisation d'un acte et son empêchement par l'annulation rétroactive et la formation réactionnelle dans la névrose obsessionnelle. La figure de Sisyphe en constitue une excellente illustration pour ouvrir au domaine de l'absurde et de l'immortalité : celui qui a voulu se moquer de son destin mortel se trouve esclave à jamais de la mort ;
- un corps érotique entravé, attaqué, mis en danger dans les cliniques des dépendances (automutilations, scarifications, marquages du corps, boulimie, anorexie, trichotillomanie, cliniques de l'extrême) : de ce

point de vue, la figure de Narcisse annonce de façon plus claire la perspective d'une mort provoquée par le rétrécissement des investissements objectaux : celui qui péchait par excès d'indifférence aux autres, se noie et s'assèche, perdu dans la fascination pour son propre reflet. À la différence de Sisyphe qui aimait la vie et les siens, Narcisse, plus mélancolique, se livre à la mort, dans la fascination aussi délicieuse que mortifiante de sa propre image.

Les pathologies compulsives, vues d'un certain regard, font se rejoindre les destins de Sisyphe et de Narcisse : dans tous les cas, un corps est débordé par une angoisse/ivresse de perdre le contrôle, pris dans la quête paradoxale de ces états que j'appelle « les extases négatives » ; celles qui se fabriquent à force de répétition dans la logique du désespoir et de l'esseulement. La circularité du temps imposée par la clôture de la répétition gagne à être pensée dans sa dimension narcissique car justement elle provoque l'immobilisation de la fonction objectalisante. Et l'on sait bien que l'étude de la compulsion de répétition a non seulement conduit Freud à s'interroger au plan économique sur un *au-delà du principe de plaisir*, l'amenant, dans un second temps à concevoir les pulsions de mort et de destruction.

Il s'agit alors de revisiter la portée tant psychopathologique que métapsychologique de certaines expériences diffuses du corps (ivresse, vertige, fatigue, ennui) dans la névrose de contrainte pour en interroger le sens. Un intérêt particulier est accordé à la notion psychiatrique de *dépersonnalisation* - « sentiment » ou « sensation » ? - classiquement associée à la clinique des psychoses schizophréniques mais pouvant se retrouver dans la clinique de la névrose obsessionnelle grave, dans le sens où celle-ci introduit à la question de la division du sujet. Les pathologies compulsives mettent particulièrement en relief le sentiment de dé-subjectivation voire de dépersonnalisation – se rendre étranger à soi-même, lorsque l'activité compulsive répétitive poussée à son extrême est réalisée contre la volonté du sujet. *Qui agit* dans la compulsion ? Et quel effet produit cette division de l'être entre celui qui agit et celui se voyant entraîné malgré sa volonté dans cette activité répétitive ? Quels effets somatiques et sensoriels peuvent être mobilisés dans cette division du sujet devenu spectateur passif d'une activité automatique ? Les notions psychiatriques de *Spaltung*, de scission, de clivage, de dissociation, de désagrégation, de discordance, et même de *possession*, sont ainsi repensées sous l'éclairage de l'inquiétante étrangeté de l'activité compulsive. Si le mythe de Sisyphe donne une illustration manifeste extrême du phénomène compulsif – tant absurde que mortifiant – qu'apprend-il sur les liens de la compulsion à la mort, à la haine, au désir, au sacré ? Si

l'on décentre nos interrogations, il s'agit peut-être de poser autrement le problème des compulsions plus du côté de la disparition (l'éclipse de soi, se faire disparaître) que du côté de la perte et du deuil – qui nous rabattent vers la question de l'objet. Cela nous amène à penser la crise compulsive comme la répétition d'une expérience étrangement familière mobilisant des sensations particulières aussi vives que desubjectalisantes, conduisant à une mise en procès de son propre rapport au monde. On peut alors se demander dans quelle mesure cette crise frénétique de gestes automatiques peut se penser comme une tentative paradoxale de retrouver de la substance corporelle – lorsque le risque de ne plus se sentir vivant, de disparaître, de se dissoudre, est là, trop présent. Si la dispute interne qui commande la crise met en scène des voix, que dire de ces voix ou échos de voix : interlocuteurs internes intrusifs dont on ne parviendrait ni à se différencier ni à se séparer ? Lorsque ces voix se disputent en soi, le corps ne chercherait-il pas dans ces agitations stériles à faire diversion pour immobiliser le temps ? D'autres questions se posent : si le fonctionnement compulsif a été principalement articulé à la clinique de la névrose obsessionnelle, qu'est-ce que le paradigme de la névrose vient enseigner aux cliniques contemporaines des attaques du corps érotique – scarifications, automutilations, troubles des conduites alimentaires, dépendances et addictions, conduites à risques ? Dans une autre direction : qu'est-ce que les paradigmes de la manie-mélancolie et du masochisme viennent apporter au déchiffrement des phénomènes compulsifs ? Les rituels obsessionnels compulsifs peuvent-ils être conçus comme une forme de scénario pervers raté ? La crise compulsive ne tenterait-elle pas de manière inadaptée de se révolter contre un ordre ? En touchant et retouchant les objets inanimés, ouvrant et fermant les portes, en déplaçant ce qui doit être rangé, n'aperçoit-on pas une forme de vengeance frénétique contre l'énoncé « ne touche à rien ! » Si l'activité compulsive constitue un rempart efficace contre l'émergence de souvenirs douloureux, contre la survenue du sens, des affects et de la mémoire, ne présente-t-elle pas de façon actuelle, répétitive, paradoxale, symbolique, déplacée et condensée, une tentative de symboliser une situation bien plus ancienne qui a concouru à blesser [contraindre] l'auto-érotisme dans son développement. « Faire » ou « ne pas faire », et surtout lorsqu'il s'agit de « faire pour » d'une association à l'autre, on parvient souvent aux enjeux de l'analité : « Faire » sans parvenir à produire une forme satisfaisante, jusqu'au moment de dépossession. La pulsion d'emprise, la relation fétichique à l'objet, les angoisses d'empiétement et celles de perdre l'amour, mais surtout l'actualité des enjeux œdipiens sont des éléments essentiels pour repenser les crises compulsives. Cela mène à formuler en ces termes les divers questionnements qui traversent ce

livre : en quoi le fonctionnement obsessionnel traduit-il à la fois la mise en défaut de la capacité auto-érotique et sa tentative d'auto-guérison ? Et, dans quelle mesure l'activité compulsive tente désespérément une opération de reconquête narcissique paradoxale dans la reviviscence interminable d'une blessure non cicatrisable ?

Explorant le phénomène compulsif dans sa dimension limite – des compulsions obsessionnelles aux agirs limites, jusqu'aux étranges liens des compulsions à la création artistique – cet ouvrage invite à explorer comment certains objets inconnus de l'addiction peuvent bénéficier de l'éclairage du fonctionnement compulsif obsessionnel, et plus largement : comment les fonctionnements « limite » invitent non seulement au dialogue, différents paradigmes psychopathologiques mais aussi à une interrogation critique du modèle structural en psychopathologie clinique.

PARTIE 1

FOLIES OBSESSIONNELLES, FOLIES COMPULSIONNELLES

De la névrose obsessionnelle aux TOCS

Chapitre 1

LES SENSATIONS DANS LE FONCTIONNEMENT COMPULSIF OBSESSIONNEL

SI LA THÉORIE PSYCHANALYTIQUE corrobore l'idée d'érotisation « en soi » de l'activité de pensée dans la névrose obsessionnelle et si la dimension du corps a été souvent mise en question dans les études sur l'hystérie ou l'hypocondrie, assez rares sont les travaux psychanalytiques qui ont interrogé les dimensions des sensations impliquées dans la pensée obsessionnelle ou dans l'activité compulsive. Le domaine des sensations somato-psychiques présent dans la plainte des patients présente cet avantage de constituer une zone de contact permettant de faire dialoguer des structures et objets psychopathologiques différents. Pour la psychanalyse, la sensation présentée dans la plainte du malade interroge la question de son adresse. Et l'on sait combien le « soin psychique » de la cure est susceptible *via* le transfert de transformer le rapport que les sensations entretiennent avec le symptôme : telle sensation présente dans la plainte – qu'elle concerne un organe ou une fonction – s'adresse à un autre pour être reconnue, entendue mais aussi appropriée. D'autre part, le travail analytique avec les névroses hystériques a montré comment le symptôme contient en sa formation même un certain rapport à l'objet

pris dans des mouvements d'investissement et de désinvestissement, de passivité et d'activité : l'appropriation subjective d'une sensation n'est pas concevable – pour la psychanalyse – sans engager un détour (ou retour) par l'autre.

L'observation clinique rend compte d'une véritable souffrance physique en jeu dans le penser obsessionnel : cette « prise de tête » comme disent les adolescents, restitue l'idée d'un siège, d'une occupation militaire pouvant se traduire par l'impression pénible d'un *kyste mental*. La clinique rappelle l'importance de cette composante somatique – maternelle par excellence – dans la névrose obsessionnelle. Au sein de ce corps entravé, mesuré, constamment évalué, *le psychique cramponné à lui-même tend désespérément à faire exister l'écart*. Une telle utilisation du fonctionnement de la pensée pourrait rappeler à certains égards l'utilisation addictive du sport telle que l'on peut l'observer parfois dans des cures avec des anorexiques. Dans ce combat auto-entretenu d'essence narcissique, sujet et objet sont confondus. Et souvent, il n'est pas abusif de mettre en relief une dynamique addictive comme si était recherchée dans l'exacerbation des crises compulsives une sensation psychique particulière, proche de ce que Lassègue désignait autrefois sous le terme de « vertige mental ». L'exacerbation de la pensée obsessionnelle comporte une dimension « motrice » extrêmement investie, d'autant plus forte qu'elle vise à endiguer – par l'intense occupation qu'elle s'impose à elle-même – l'envahissement des émotions relatives à la vie de relation. Comme si par l'exacerbation des sensations de pensées, s'exerçait une force de frottement du psychique sur lui-même provoquant une forme de mise en capsule autistique du fonctionnement psychique comme déconnecté du rituel accompli. Maurice Bouvet (1967-1968) et André Green (1964, p. 629-646 ; 1967 ; 2002) ont particulièrement insisté sur certains de ces enjeux somatiques qui font d'ailleurs souvent, durant la cure analytique, l'objet de transformation. Wladimir Granoff (1994) constatait dans les cures avec les obsédés, l'apparition fréquente de symptômes somatiques secondaires lorsque régresse la symptomatologie primaire où sont observés « pesanteur, bourdonnements, fourmillement, dysfonctionnement intéressant la tête, les membres, les fonctions digestives, entravant au sens vaste du terme la vie de relation, marquant de son empreinte ce que, par une transposition abusive à mon sens dans le domaine de l'analyse, certains appelleraient les relations d'objet à une symptomatologie d'allure plus centrale, plus profondément viscérale, respiratoire, cardiaque, avec ses lipothymies et ses angoisses » (W. Granoff, 1994, p. 26). Enfin, si une extrême méfiance est accordée au touché sensuel dans l'organisation obsessionnelle, ce dernier se trouve

convoqué au premier plan dans les crises compulsives qui « touchent à tout » (ouvrir/fermer ; placer/déplacer ; laver/souiller, se soigner/se faire souffrir) là où il ne fallait toucher à rien. Jean-Michel Lévy (2014) souligne bien le débat permanent dans lequel l'obsessionnel se trouve pris, entre souffrance manifeste et jouissance morbide du répéter :

« Fais ceci, ne le fais pas, voilà le débat auquel la contrainte névrotique soumet le moi de l'obsessionnel quand il subit le retour du refoulé auquel il tente de résister en détournant le regard de lui, en déplaçant le conflit, en séparant l'affect de la représentation, en doutant ; mais toutes ces manœuvres défensives le rendent toujours aussi pitoyable, aussi transparent face à l'œil qui voit tout, même dans la tombe, celui du surmoi. » (Lévy, 2014, p. 55)

Ce qui est sur, c'est que ce « faire » moteur procure d'intenses sensations (ivresse morbide, affolement, épuisement et sensation de vide après la survenue de la crise compulsive.) « Fais des efforts, pousse ! Allez, encore un effort ! » Dans la névrose obsessionnelle, le Surmoi tyrannique exige que le Moi se plie à ses commandements : « Je dois... », « il faut... » sont répétitivement martelés au fond de la pensée. Mais que devient le Ça dans cette entreprise ? N'est-il pas en droit de jouir du spectacle de l'affaissement du Moi ? De ce Moi, si peu différencié du Surmoi ? La crise compulsive offre en effet le spectacle de l'inhibition de la réalisation d'une volonté consciente tandis que se déroule presque machiniquement une activité compulsive (impliquant la motricité corporelle et/ou psychique et le contact avec des objets inanimés ou abstraits). Durant cette activité, le moi, diminué dans son pouvoir et dans ses fonctions, devient spectateur de la destitution de son propre pouvoir. Freud dans *Inhibition symptôme et angoisse* à propos des inhibitions spécialisées donne cette métaphore intéressante : Prenant le cas d'une main de pianiste ne pouvant plus jouer ou d'un écrivain ne pouvant plus écrire, il note que les inhibitions névrotiques résultent pour une bonne part d'une érotisation excessive de zones et fonctions corporelles impliquées dans ces activités surinvesties par le Moi. Il ajoute à propos de l'organe dysfonctionnant :

« Il se comporte alors, si l'on peut oser cette comparaison quelque peu bouffonne, comme une cuisinière qui ne veut plus aller travailler au fourneau parce que le maître de la maison a noué avec elle des relations amoureuses. » (Freud, 1926b, p. 6)

Selon cette perspective il est pensable que l'organe attaqué et entravé par la crise compulsive concerne l'organe de la volonté consciente,

ou plus exactement, le lien de la volonté consciente à sa réalisation. Surinvesti et sur-érotisé dans les périodes de la vie quotidienne, cette part essentielle de l'efficacité de l'administration du Moi se voit ici non seulement disqualifiée mais également humiliée. Ainsi, le message symbolique de ces crises compulsives semble dire au moi :

« Toi qui croyais tout maîtriser, tout gouverner, tout administrer, te voilà spectateur de ton propre impouvoir. »

Le Ça, trop souvent réprimé et muselé par un moi vendu au Surmoi va même jusqu'à humilier le moi dans le caractère symbolique de l'activité compulsive. S'il s'agit par exemple du cas classique d'une vérification (d'ouverture-fermeture de verrou ou de robinet), on reconnaîtra aisément la signification symbolique sexuelle mettant en jeu le rapport des verrous (orifices ouverts ou fermés), la clé ou les doigts (pénis) en lien avec le dedans et le dehors de l'habitat (l'habitable du corps). Ici l'humiliation est encore plus forte :

« Tu n'as cessé de refuser le plaisir de la sexualité ? Hé bien tu vas jouir, la sexualité vengeresse va venir envahir tes portes, tes verrous, tes objets inanimés ! »

Le Moi impuissant, est devenu l'otage d'une scène de ménage entre le Ça et le Surmoi, à cette différence près que pour parvenir à ses fins, le Ça s'est déguisé en Surmoi. Isolé des contenus sexuels et affectifs, il a pris la forme de commandements absurdes. Et le Moi, dans ces moments, croit devenir « fou ». La névrose obsessionnelle – la plus organisée de toutes les névroses – n'ignore pas là, à l'instar des fonctionnements limites, la hantise de la folie. Et dans cette folie, le corps compulsif est pris en otage, ligoté, mis au supplice à la mesure de la jouissance inconsciente que procure la répétition.

La question qui peut se poser concerne alors la place confuse du sujet et de l'objet dans ce combat intérieur, comme si la pensée – à force de se combattre elle-même tentait – dans la métaphore d'un entraînement sportif – de se rendre invulnérable, insensible à l'autre. Chassez le sexuel à l'extérieur de la maison il revient par le robinet, le verrou, le plafond, la cheminée, la saleté, l'ordre des objets inanimés... Il est frappant de constater que le lieu de ce siège dans la névrose de contrainte se situe *au dedans*, à l'endroit même de l'appareil psychique pris entre les forces conquérantes et celles de la résistance. Hyper vigilant, insomniaque du jour et de la nuit, médecin de lui-même connaissant tous les signes et symptômes, l'hypocondriaque, comme l'obsessionnel, sait – plus que

tout autre – mesurer l'écart entre ce qu'il exige psychiquement du Réel et ce qui lui fait retour de façon implacable. Si l'hypocondriaque surveille ses organes à la manière d'une mère folle son enfant, l'obsessionnel surveille ses mouvements de pensée, du balancement auto-calmant aux rotations circulaires. Dans les deux cas, il est question d'un soin de soi à soi, sur soi-même et pour soi-même, procédant d'une libido d'essence anti-objectale.

C'est à partir du verbe latin *obsidere*, « occuper », « faire siège », « s'asseoir dessus », que dérive le mot obsession (*obsessio, onis*). Je parlerai au long de cette première partie de l'*obsédé* pour désigner le névrosé de contrainte. L'utilisation de ce substantif restitue de manière plus évocatrice le lien ambigu de l'ordre maniaque de la domination des pulsions (*l'obsédé maniaque*) et l'empire du désordre pulsionnel (*l'obsédé sexuel*). La langue elle-même rappelle la double polarité *active* et *passive* de l'obsession – à la fois action de celui qui obsède et état de celui qui est obsédé. Ainsi, l'obsession, dans le même temps qu'elle vise à une conquête, provoque sur l'objet envahi l'épreuve d'une soumission : le substantif « contrainte » formé du participe passé féminin de « contraindre » dérive du latin, *constringere* [*cum* (« avec », « ensemble »), *stringere*, « lier », « enchaîner », et au sens figuré « réprimer, contenir »]. Ce sens (peser sur, presser, serrer) existe dans la langue française jusqu'à la fin du XVII^e siècle où il exprimait l'idée de retenue, de gêne, principalement la gêne éprouvée dans le corps dans des vêtements trop étroits. Quant au terme allemand *Zwang* retenu par Freud pour donner la *Zwangneurose*, Paul-Laurent Assoun (1994), se référant au Grand dictionnaire de la langue allemande, souligne que *Zwang*, tout d'abord « utilisation d'une violence (Gewalt) corporelle ou psychique », « nécessité » pressante, « exigence sévère » exprime corrélativement à cette dimension impérieuse, la notion d'une « limitation » voire d'une « inhibition ». Il met ainsi en relief le caractère dynamique charrié par cette notion tout aussi bien évocatrice d'une force puissante inexorable que de celle d'une limitation dans la canalisation de cette force. De son côté, Jean-Michel Lévy souligne qu'étymologiquement, *Zwang* désignait en moyen et haut allemand « essentiellement la constipation, les mots de ventre, (avec l'idée selon laquelle) *Zwang* évoque toujours quelque chose d'étroit et qui ne s'écarte que péniblement au passage. (...) Pousser, faire sortir, forcer le passage versus retenir, garder en soi, les deux mouvements sont présents dans le *Zwang* qui contient ainsi tout le jeu anal dans sa bivalence érotique et destructrice » (Lévy, 2014, p. 57).

L'étude des diverses significations du verbe « compulser » conduisent également cette charge agressive : *compulsare* c'est littéralement « donner des coups », « pousser fort », au sens figuré, « se heurter ». Dans le français juridique, le verbe a signifié contraindre, obliger, exiger la communication d'un document chez un officier public. Le terme « compulsion » dérive de cet usage du bas latin pour signifier la sommation juridique, une mise en demeure de payer une dette non honorée. Aujourd'hui, dans le langage courant et psychologique, la notion de contrainte est utilisée pour signifier l'action de contraindre quelqu'un à agir contre sa volonté. L'étymologie et l'évolution des usages de sens laisse entrevoir plusieurs thèmes : celui d'un forçage, celui d'une répression, d'une contention, de l'enchaînement, et enfin, d'une dette à payer avec quelque chose ou quelqu'un.

PHÉNOMÉNOLOGIE CLINIQUE D'UN RITUEL OBSESSIONNEL : UN CORPS DÉBORDÉ

Comment se déroule un rituel obsessionnel ? Une description phénoménologique schématique mettant en relief différents temps du fonctionnement compulsif obsessionnel me semble nécessaire à opérer. Sur cette base, quelques développements pourront être donnés sur le modèle perceptif en crise dans le fonctionnement compulsif. Une patiente, rongée par sa névrose obsessionnelle, parle ainsi de ses compulsions de vérifications relatives à la fermeture du gaz lorsqu'elle quitte son appartement : « Je peux aller vérifier trente fois de suite si “mon gaz” est fermé : il me semble que je l'ai fermé, mais dès que j'arrive à la porte d'entrée, je doute et retourne vérifier, c'est terrible parce que je sais que j'ai dû le fermer, alors que je descends l'escalier ; mais je remonte tout de même pour vérifier, et, le temps de descendre, le doute réapparaît. » De ce discours répété maintes fois, je dégage quatre étapes :

- a) Il y a un doute quant à la fermeture des tuyaux de gaz.
- b) Une vérification sensorielle se met en place : par la vision – puisque les yeux voient si le robinet est en position ouverte ou fermée ; par l'ouïe – puisque les oreilles entendent lorsque l'écoulement du gaz s'accompagne d'un bruit constant et que la fermeture et l'ouverture du robinet s'accompagnent de clics sonores ; par l'odorat – puisque l'odeur de gaz est identifiable ; par le toucher – puisque les doigts fermant le robinet sont censés inscrire dans la mémoire des sensations proprioceptives. Cette vérification est mise en application pour tuer

le doute : « il faut retourner voir. Il faut vérifier. Peut-être ai-je ouvert le robinet en souhaitant le fermer ? ».

- c) La vérification sensorielle est elle-même immédiatement mise en doute *dès qu'elle s'est éloignée* et qu'elle *ne voit plus*. La mémoire des perceptions externes est soumise à l'annulation rétroactive : ni le toucher ni les autres sens ne sont fiables par rapport à la toute-puissance du psychique qui doute. Le doute annule ainsi toute la série des vérifications précédentes et semble même parfois se renforcer à la faveur du nombre important de celles-ci.
- d) Dans cette progression, elle « sent que ça monte frénétiquement », jusqu'à un seuil paroxystique où « tout tourbillonne », où sa pensée est « prise de vertige », et frise la confusion. Après ce pic paroxystique, « tout tombe ». Elle se sent alors, selon l'intensité de la crise, fatiguée ou épuisée.

Précisons que jusqu'au seuil limite de cette activité compulsive exacerbée, la patiente se parle à elle-même dans une sorte de cercle infernal qui frise l'hallucination d'une relation duelle interne auto-entretenu. L'auto-condamnation est sans merci, les voix sont multiples, parfois hurlantes, en une polyphonie intérieure épuisante : « tu es ridicule, c'est bon, tu as vu, vas-y, pars, tu peux partir, c'est bon, tu as le droit ; Oh non, tu vas pas recommencer ; d'accord c'est la dernière fois, Oh non ! C'est pas vrai ; encore ? Allez, ça suffit. Quoi ? Tu recommences ? Stop ! Bon, alors vraiment, la dernière fois. » Etc., etc., etc. On perçoit ici l'inquiétante étrangeté de cette scène : qui parle à qui ?

De telles crises compulsives s'accompagnent d'un nombre important de symptômes somatiques : les muscles se tendent, les flux et reflux de sang semblent s'éprouver de l'intérieur, les battements du cœur accélèrent la cadence, la respiration peut devenir saccadée, la vision floue, les yeux enflent, deviennent rouges et « bouillonnent », la tête devient « lourde », la sudation est susceptible de s'activer... Tout se passe comme si l'exacerbation d'une activité compulsive en venait à faire éprouver progressivement une « ivresse de contrainte » flirtant avec la menace de l'automatisme, de l'explosion liée à cette sensation de *surchauffe du psychique*. « Il faut » recommencer inlassablement la « tâche » jusqu'à l'éprouvé d'un affect culminant d'angoisse donnant une butée à cette ivresse des sens qui ne savent plus ce qu'ils touchent ni ce qu'ils voient. Métaphore de l'orgasme pour désigner ce mouvement de « montée des sensations psychiques » – condensation et concentration des sensations de pensée à l'endroit privilégié de *l'organe psychique* – jusqu'au relâchement après un certain seuil : « ça monte jusqu'à ce que

j'éprouve une sensation lourde dans la tête, avec le sentiment que je peux alors devenir folle ».

Puis, – « À ce moment, je m'arrête, je me sens vidée ». Cet éprouvé particulier – caractéristique de l'activité compulsive – même s'il est extrêmement pénible – semble pourtant être recherché inconsciemment par le patient : comme si se développait une dépendance voire une *addiction* à cet étrange éprouvé-sensation que j'ai baptisé dans ma thèse de Doctorat (Estellon, 2000a), *shoot à l'angoisse* produisant une sensation « psychique » de vertige. Succèdent souvent des sensations intenses de « fatigue » et d'« ennui ». Durant les crises compulsives, la pensée se vide de ses représentations pour se réduire progressivement à un commentaire de l'activité répétitive stérile. Je soutiens que ce fonctionnement cauchemardesque place paradoxalement le sujet qui s'y trouve dans une position d'invulnérabilité narcissique. On songe à l'usage auto-toxique de l'épuisement dans certains cas d'anorexie. À ce détail près qu'ici, c'est la tête qui devient lourde.

FROTTEMENTS ET GESTICULATIONS DE LA PENSÉE : PLAISIR D'ORGANE ET BÉNÉFICES SECONDAIRES DU FONCTIONNEMENT CIRCULAIRE DE LA PENSÉE OBSESSIONNELLE

Qu'en est-il de la sensation de pensée dans la névrose obsessionnelle ? Au travers de cette oscillation permanente, de cette *impossibilité à trancher*, ce balancement des idées vers leur couple d'opposés, un bénéfice d'existence est éprouvé malgré la plainte associée qui clame la souffrance. En maintenant activement ce balancement, tout se passe comme si la pensée se berçait elle-même dans une sorte d'emballage auto-toxique : la tête devient lourde, rouge, chaude, le « je » devient une sorte d'être spirituel comme « coupé du reste du corps sensoriel, coupé du monde, coupé du temps » déclarait la patiente. Un jeu immortel saisi dans sa propre lutte immobile. Par l'exacerbation de ses frottements sur elle-même et les sensations qu'elle produit sur la perception, la pensée obsessionnelle, en repli sur elle-même, semble fonctionner sur un mode de « surchauffe » comme s'il fallait réchauffer la pensée, lui apporter du soin. Dans cette affaire, le doute apparaît comme centre de gravité de ce fonctionnement exacerbé d'une pensée qui *va et vient*, oscille en permanence, s'embrouille, semble se perdre dans des détails anecdotiques lesquels deviennent dans cette progression anxieuse des questions d'importance vitale. Et cette pensée « frotte », fait des plis,