

Chronique d'une mort annoncée (in) évitable ?

Masochisme, objet et subversion mortifères dans l'obésité morbide

Nathalie Dumet

DANS **CHAMP PSYCHOSOMATIQUE** 2009/1 n° 53 , PAGES 57 À 69
ÉDITIONS **L'ESPRIT DU TEMPS**

ISSN 1266-5371

ISBN 9782847951431

DOI 10.3917/cpsy.053.0057

Date de mise en ligne : 01/10/2009

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2009-1-page-57?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour L'Esprit du temps.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Chronique d'une mort annoncée (in)évitable ? Masochisme, objet et subversion mortifères dans l'obésité morbide

Nathalie Dumet

PRÉAMBULE

Conçu un peu à la façon d'une enquête¹, cet article se propose de jeter quelques lumières², c'est-à-dire d'inférer quelques hypothèses sur les possibles mécanismes psychopathologiques impliqués dans la désorganisation somatique brutale et létale d'une patiente en milieu médical. Ce faisant, il constitue à certains égards une tentative d'élaboration après-coup d'un vécu traumatique d'ordre autant individuel, groupal qu'institutionnel. Au-delà, il s'agit d'une contribution à la poursuite de la réflexion théorico-clinique dans le champ psychosomatique psychanalytique sur le rôle clef – vital et/ou dévitalisant– de l'objet dans l'équilibre (psycho)somatique du sujet, sur son dynamisme vital au sens proprement physique du terme, mais également et en-deçà de celui-ci, sur son dynamisme pulsionnel de vie/de mort.

LES FAITS

Melle C.³ est –ou plutôt était– une patiente âgée d'une vingtaine d'années, aux « lourds » antécédents familiaux d'obésité. En effet quand je la rencontre (par deux fois au total), il se dit depuis plusieurs générations dans cette famille

Nathalie DUMET - Psychologue clinicienne, maître de conférence, Université de Lyon/Lyon2, CRPPC, 5 avenue P. Mendès-France, CP 11, 69676 BRON Cedex. nathalie.dumet@univ-lyon2.fr

Champ Psychosomatique, 2009, n° 53, 57-69.

1. Sans doute pour désaffec-tiver un peu cette scène de réalité toujours éprouvante qu'est la mort d'un patient.

2. Sans prétendre faire toute la lumière sur cette « affaire » non élucidée en son temps, affaire complexe s'il en est que celle des étranges pour ne pas dire toujours énigmatiques (voire sulfureux) rapports qu'entretiennent psyché et soma, mais aussi sujet et objet.

3. Le cas de cette patiente a déjà fait l'objet d'une publication, que l'on pourra retrouver dans l'ouvrage dirigé par C. de Tychey, *Peut-on prévenir la psychopathologie ?*, (Paris, L'harmattan, 2001, pp. 273-280). Nous en reprenons ici la présentation.

4. Intervention consistant en un rétrécissement de la poche gastrique, destiné à favoriser la limitation des absorptions.

que «*l'on est obèse de mère en fille*». Cette jeune femme présente donc, au moment où elle est reçue en consultation médico-hospitalière, une obésité massive telle qu'une indication chirurgicale se justifie du point de vue médical. Selon ce strict point de vue, et en l'absence de tout amaigrissement qui participerait grandement à l'amélioration de l'état de santé général de la patiente – car celle-ci souffre de troubles cardiaques et surtout respiratoires (apnée du sommeil)– le pronostic vital semble, gravement et à très courte échéance, compromis. En effet, le corps médical ne donne pas cinq ans à la patiente pour périr des suites et complications de son obésité morbide. La patiente se voit alors informée tant des risques encourus de par son état d'obésité que du pronostic médical morbide la concernant à courte échéance ainsi que des possibilités thérapeutiques qui s'offrent à elles ; une chirurgie digestive, sous la forme d'une gastroplastie⁴ lui est alors proposée, à laquelle Melle C. souscrit rapidement – cette proposition thérapeutique semblant alors représenter pour elle (comme pour les soignants de son corps) une voie, une issue à son problème pondéral comme à cette (mal)donne génétique et familiale. Melle C. a donc été opérée à sa demande (enfin, une demande qui faisait corps avec l'indication thérapeutique préconisée préférentiellement par l'équipe médico-chirurgicale qui l'a suivait). Cette intervention chirurgicale s'est admirablement déroulée et laissait même augurer de bons résultats au plan pondéral comme au plan somatique général. Malheureusement, Melle C. devait tragiquement décéder, quelques semaines plus tard, de complications somatiques. La patiente maigrissait trop massivement et trop rapidement, son organisme ne parvenait plus à fixer les nutriments nécessaires à son équilibre vital. De quoi au juste, médicalement, cette patiente est-elle décédée, nous ne saurons le dire, aujourd'hui comme hier et comme les médecins d'alors ; en revanche sa disparition brutale –et contre toute attente ? Telle est la question, dont on reparlera plus loin– a plongé l'équipe dans la stupeur et le désarroi, et ce pour un temps fort long.

INTERROGATIONS

5. Pleinement justifiée du strict point de vue médical, comme on l'a déjà dit.

Que s'est-il passé ? Tant l'indication chirurgicale⁵ que les conditions de réalisation de cette gastroplastie, tout cela ne

semble pas directement ou plutôt manifestement en cause. C'est après que survint ce drame. Imprévu. Imprévisible ? Un drame qui reste au final, pour beaucoup, incompréhensible et traumatique. Que s'est-il donc passé ? De nombreux facteurs, d'ordres aussi divers que variés, doivent évidemment être envisagés et retenus, des plus biologiques aux plus relationnels, ayant abouti à cette désorganisation somatique majeure et au cours irréversible qui devait donc emporter cette jeune femme. Soudaine, fulgurante et même « folle » somatisation, ici ? Ultime, en tous les cas et qui nous apparaît, rétrospectivement, à mettre sur le compte de la flambée, de l'exacerbation soudaine et majorée de la désorganisation délétère qui œuvrait déjà, en sourdine⁶ chez la patiente et faisait son travail de sape jusqu'alors via la somatisation pondérale morbide et ses avatars (complications physiques telles que apnées du sommeil, troubles respiratoires), mais désorganisation qui n'a également pu être ni pensée ni stoppée, ni par le sujet en propre ni par son environnement.

6. Enfin, œuvrait certes mais dans quelle proportion ? Ou dans quelle proportion ce dynamisme mortifère n'était-il pas, encore et suffisamment alors, lié, contre-investi ?

CONTEXTES DE L'INVESTIGATION

Précisons plus avant nos intentions. Dans le retour et dans l'analyse après-coup que nous tentons d'opérer là (à notre tour !) sur cet événement, il ne s'agit aucunement de rechercher une causalité psychique à la désorganisation somatique de Melle C., causalité psychique qui serait, *a fortiori*, prévalente sur d'autres facteurs agissants. Nous l'avons déjà signalé antérieurement (N. Dumet, 2002), il est plus qu'urgent de se déprendre du désir mégalomane sinon de l'illusion persistante consistant à vouloir discriminer (et quantifier...) la part respective de chacun des agents pathogènes incriminés dans l'apparition d'un trouble et/ou le sens de leurs co-influences mutuelles, tant il ne saurait exister de réponses certaines. D'autant plus, comme l'ont remarquablement rappelé G. Pragier et S. Faure-Pragier (2007), que l'on sait aujourd'hui que dans cette histoire (ou recherche) de causalité, il est bien moins question de linéarité que de circularité, de récursivité, sans oublier encore qu'ont été dégagées de multiples formes de causalités (de hasard, paradoxale, etc.).

Ainsi, loin de ces préoccupations causalistes désuètes, mais sans renoncer à l'idée que le sujet touché et affecté dans son

soma (autant que dans sa psyché) ressortit bien d'une approche psychosomatique psychanalytique, notre propos a bien d'autres visées, qui plus est dans le contexte sociéto-médical ambiant. En effet, comme l'ont signalé à maintes reprises R. Gori et M-J. Del Volgo (2005, 2008), la médecine contemporaine, technoscientifique par dessus tout, tend de plus en plus à « exproprier le sujet de son corps », à en faire un « exilé de l'intime » (pour reprendre les titres de leurs ouvrages), à minorer sinon même dénier sa subjectivité. Pourtant, et comme les travaux de M. Santiago-Delefosse (2001, 2002) ne cessent aussi de le montrer, il est plus que nécessaire, dans le domaine de la santé (et de sa prévention, voire promotion), de prendre en compte l'expression de la subjectivité car « les construits sociaux influencent et modifient cette subjectivité » (M. Santiago-Delefosse, 2001, p. 286). Aucun message de prévention n'a en effet de chance d'être entendu, reçu, voire mis en application s'il ne prend en compte les réalités intrapsychiques de l'interlocuteur auquel il s'adresse, sans même parler des effets psychiques produits par ce message et par son expéditeur sur le destinataire. Sans doute ces considérations permettent-elles d'éclairer alors, et pour n'en donner qu'un bref exemple, certaines raisons extrinsèques de la croissance exponentielle de l'obésité en notre pays alors même que sont diffusés à profusion messages et recommandations invitant à un « diététiquement correct » gage de bonne santé et de longévité...

Dans ce contexte, il s'agit donc pour nous de revenir sur les dimensions et enjeux subjectifs et intersubjectifs, engagés dans la rencontre médicale, à travers le cas de Melle C. Enjeux subjectifs et intersubjectifs dont on peut rétrospectivement et assurément affirmer qu'ils ont été, dans cette situation, insuffisamment considérés, du fait notamment de ladite urgence somatique (pronostic vital de la patiente engagé à très court terme du fait de son obésité sévère), du fait de l'agir médico-chirurgical ayant pris le pas ici sur toute autre considération. Plus spécifiquement encore, il s'agit de nous intéresser à l'équilibre psychosomatique du sujet en regard de son dynamisme pulsionnel et, partant de là, au rôle, central⁷ selon nous que joue l'objet dans l'équilibre (ou le déséquilibre) psychosomatique du sujet⁸, dans son (dés)équilibre pulsionnel en dernier ressort. Il ne s'agit pas de rabattre le dynamisme pulsionnel de vie/de mort du côté de la sphère organique ou

7. Rôle vitalisant versus rôle dévitalisant.

8. Dans le maintien ou au contraire la déstabilisation de cet équilibre.

l'inverse. À l'instar de la théorie du traumatisme, dont C. Dejours (1989) a souligné le caractère étiopathogénique avantageux et irréfutable, le recours à la théorie de la pulsion de mort est facile et attractif ; « la pulsion de mort devient un thème idéologique commode » comme l'a (d)énoncé J. Laplanche (1995). Or, ce concept n'a de valeur que dans le contexte de la découverte freudienne, ainsi que l'a précisé ce même auteur ; il ne saurait donc être question ici d'opérer ce qui pourrait s'apparenter à « un saut du somatique au psychique » en rabattant la réalité de la vie (et de la mort) au plan organique sur la réalité psychique ou pulsionnelle elle-même de vie/de mort, selon l'hypothèse freudienne. Pour autant, et dans la continuité des travaux de ces deux auteurs, sur le rôle et même « le primat de l'autre » (J. Laplanche, 1992) sur la structure intime du sujet (C. Dejours, 1995), c'est bien autour de la nature des investissements psychiques inconscients liant sujet et objet (ici Melle C. et ses objets soignants pris comme objets de transfert) que nous proposons de poursuivre la réflexion et l'analyse *a posteriori* de cette situation clinique dramatique.

En d'autres termes, que s'est-il donc passé dans la rencontre soignante qui, loin d'être hospitalière pour Melle C. au regard de son fatal destin, a pu lui faire vivre quelque réalité inverse, inhospitalière, voire destructrice ? En 2001, réfléchissant pour la première fois à cette situation clinique, nous posons les questions suivantes : « quel mouvement (auto)destructeur [chez la patiente] n'a pu être ici enrayé par le geste chirurgical, geste qui se voulait pourtant salvateur ? Autrement dit, quel élan vital la patiente n'a-t-elle pu mobiliser en son intériorité, ni même n'a pu, dans l'extériorité cette fois, puiser au creuset de l'équipe médicale, toute entière animée envers elle d'une grande (trop grande ?) confiance thérapeutique ? »⁹ Questions que nous prolongerons de la manière suivante : qu'est-ce qui, du point de vue des subjectivités engagées, a pu dans cette situation médicale visant la « promotion de la santé » (et même de la longévité) de la patiente concourir à ce « drame humain »¹⁰ ? En regard de quoi et comment s'est opérée, chez Melle C., cette désintringation pulsionnelle totale responsable (selon nous) de sa désorganisation psychosomatique létale ? Si un dynamisme mortifère œuvrait déjà, en sourdine mais non sans intensité chez Melle C., qu'est-ce qui a donc bien pu le majorer si rapidement,

9. Cf. N. Dumet, in C. de Tychev, 2001, pp. 276-277.

10. « Promotion de la santé » et « drame humain », je reprends ici les formules de M. Santiago-Delefosse (2001, p. 286) qui me semblent particulièrement adaptées à la présente situation.

11. Ah l'oracle médical !
 Cette réalité du décès
 « avant l'heure
 (présumée médicale-
 ment) » en somme de
 Melle C. ne vient-elle
 pas montrer les limites
 sinon dangers d'un
 savoir (ici un trop de
 certitude savante)
 supposé de l'Autre sur le
 sujet et son corps ?
 Limites et méfaits de
 cette nouvelle
 propension à « l'infor-
 mation dite éclairée et
 librement consentie du
 patient »... ?

12. Mort réelle, c'est
 nous qui soulignons.

13. Et/ou aurait aussi été
 perçu subjectivement par
 Melle C., l'un
 n'empêchant pas l'autre.

devant la conduire à cette mort bien plus prématurée que cela avait pu être imaginé¹¹ ?

Reconnaissant, avec R. Roussillon (2000) que la destructivité ne peut être imputée à la seule pulsion de mort du sujet, qu'elle existe bien évidemment aussi au-dehors, dans l'environnement du sujet, mais reconnaissant simultanément avec D. Ribas (2006, p. 18) qu'« avec la pulsion de mort, interne et autodestructrice, silencieuse, c'est le sujet lui-même qui est en danger de mort réelle¹² », la poursuite de notre investigation-réflexion s'effectuera donc selon chacune de ces deux voies, objectale et subjectale.

AUTOPSIE PSYCHIQUE D'UN DRAME HUMAIN

Quid de l'Objet, quid du sujet et de leur rencontre dans cette chronique médicale ?

Du côté de l'objet-environnement, et bien qu'elle ne puisse nullement être vérifiée, nous émettrons quand même l'hypothèse suivante : si les sollicitations environnementales à maigrir/à se soigner dont a fait l'objet Melle C. ont pu avoir un impact de nature contraire au pronostic médical escompté – abrégeant la durée de vie de la patiente au lieu de la favoriser – c'est parce que cet environnement médical et infirmier (au dessein pourtant ô combien hospitalier envers elle sur le plan matériel) aurait agi¹³ tel un objet envahissant, empiétant sur son espace intime... Réalité (physique et/ou aussi psychique...) d'expropriation du corps propre, en somme... On aurait alors eu affaire ici à une emprise non pas au service de la vie du sujet, mais à une emprise de mort (A. Ferrant, 2001), facteur de déliaison, parce que générant un vécu d'étouffement et débordant les capacités de pare-excitation de la patiente, porte alors ouverte chez celle-ci à la débandade ou déliaison pulsionnelle déjà là mais en passe d'être renforcée.

Ce qui nous mène alors du côté du sujet singulier.

Si l'objet-Environnement avait pu constituer une forme d'emprise de vie, permettant de ce fait de contenir et lier les mouvements pulsionnels du sujet, de limiter ou contrer son dynamisme mortifère et/ou de renforcer son dynamisme vital encore, sans doute peut-on faire l'hypothèse corrélative que cela aurait pu avoir une fonction sinon une vertu biologisante (ou vitalisante). Car « depuis Marty, nous savons que l'objet a une importance vitale, biologiquement vitale. Sans lui il n'y a de vie ni psychique ni physique » (B. Rosenberg, 2001, p. 113).

Or si un tel processus n'a pu s'enclencher et parvenir chez Melle C. à intriquer les pulsions de destruction en œuvre dans son économie psychosomatique, c'est sans doute aussi parce que la propre énergie libidinale de la patiente n'est nullement parvenue, de son côté, à lier (à contrer, contre-investir) suffisamment ses propres pulsions de destruction. À cet égard nous rejoignons alors B. Rosenberg écrivant que «*si le masochisme gardien de la vie est une défense par rapport à la destructivité interne, en bloquant la pulsion de mort, le masochisme mortifère en augmentant considérablement cette défense peut amener le sujet vers la mort en sidérant le fonctionnement normal de la libido et de l'auto-conservation*» (B. Rosenberg, 1991, p. 85).

UNE SUBVERSION... MORTIFÈRE?

Dans les situations d'obésité morbide comme celle présentée ici par Melle C., le sujet ne présente aucune intention consciente ou délibérée de mettre à mal son auto-conservation ; celle-ci se trouve pourtant entachée d'un profond mouvement mortifère, prise dans ce mouvement. Pour M-C. Célérier, ce seraient les clivages et dénis, caractérisant le fonctionnement psychique du sujet souffrant de pathologie somatique qui ferait « renoncer à l'autoconservation au profit du désir de l'autre » (M-C. Célérier, 2000, p. 12). Chez Melle C., on peut sans doute hypostasier un possible désir du sujet resté placé sous le signe de l'inféodation à un autre tout-puissant dont le sujet n'a pu se rendre indépendant, se libérer. Repensons à l'oracle familial : «*dans cette famille depuis plusieurs générations on est obèse de mère en fille*»; se libérer du joug des identifications maternelles et transgénérationnelles constitue sans doute un risque majeur pour la vie dans une économie psychique, familiale comme individuelle, où prédominent la « séduction narcissique » (P.-C. Racamier, 1992), la tendance à l'isomorphie, « l'empire du même » (J. André, 2003). L'auto-conservation du sujet se trouve alors en quelque sorte marquée, viciée ou même vicariée non pas tant par Éros/la libido que par la pulsionnalité mortifère, elle-même renforcée par la relation à un objet externe (comme interne) tout-puissant voire destructeur car occupant toute la place dans l'existence du sujet. Tout se passe alors comme si cette

pulsionnalité mortifère avait en quelque sorte pris la place de la pulsion sexuelle de vie, force de liaison.

À l'instar et surtout à l'inverse de la « subversion libidinale » (C. Dejours, 1989, 2001) permettant au sujet de s'affranchir à certains égards de l'ordre biologique au profit de l'ordre érotique, on peut sans doute envisager chez Melle C. –ainsi que dans la clinique des obésités morbides et plus largement des somatoses– l'existence d'une subversion qu'il conviendrait d'appeler mortifère. Chez Melle C., cette subversion mortifère serait venue entraver l'économie psychique et libidinale et de ce fait aussi mettre en péril son économie somatique¹⁴.

Par subversion libidinale, C. Dejours décrit le processus de colonisation (selon son terme) du corps biologique par le corps érotique du sujet, qui lui permet ce faisant de drainer les énergies du soma au profit de l'imaginaire personnel. Si, dans la conception de cet auteur, la subversion libidinale n'octroie pas à proprement parler à l'individu un supplément de santé/solidité somatique, en revanche le processus de désarrimage des pulsions sexuelles d'avec les pulsions d'autoconservation peut être dangereux ou néfaste au sujet. L'échec de la subversion libidinale prive en effet le sujet d'une potentialité (et ressource), celle d'utiliser son corps sur un registre imaginaire (tel que le réalise l'hystérique par exemple), ce qui risque ainsi de l'exposer, en cas de désorganisation, à une décompensation (sous une forme) somatique. Ce que nous proposons de nommer ici subversion mortifère ne serait en somme que l'autre face du processus de subversion, la face teintée de négativité, signant alors l'échec de ce processus de subversion libidinale et surtout l'envahissement (sinon un tel risque) de la sphère somatique par le courant pulsionnel destructeur existant chez l'individu.

Comme la somatose, l'anorexie et bien d'autres formes de psychopathologies, l'obésité fait partie de ces solutions ou conduites paradoxales où sont simultanément affirmés le positif et le négatif, le libidinal et le destructeur (M-L. Roux, 2001). Force est toutefois de constater que dans ces « pathologies lourdes où la violence et la mort¹⁵ guettent nos patients nous avons affaire à des modalités d'intrication pulsionnelle qui n'ont pas abouti à cette maîtrise par le moi de la destructivité de la pulsion de mort » (B. Rosenberg, 1991, p. 157), révélant au passage qu'on aurait ici principalement à faire à des pulsions non sexuelles de mort (C. Dejours, 2001, note p.

14. Si l'on suit les travaux bien établis des psychosomaticiens tels que P. Marty de l'Ipsos ou de M. Sami-Ali du Cips, selon lesquels le défaut de mentalisation (pour le premier) et le défaut de la fonction de l'imaginaire (pour le second) privent le sujet de ressources mentales, c'est-à-dire le privent d'une voie de dérivation de ses tensions et excitations pulsionnelles ; ne lui reste alors plus, comme seul destin et traitement possible de ses excitations, que la voie somatique (ou pour d'autres la voie comportementale).

15. Tel est en effet ce qui arrive à Melle C.

173) et non à des pulsions sexuelles de mort (J. Laplanche, 1995). En somme, et pour revenir à Melle C., le masochisme n'aurait pu remplir chez elle son rôle de gardien de la vie. Rappelons que pour B. Rosenberg, le masochisme érogène primaire (S. Freud, 1924) constitue une tentative primaire du moi de détourner une partie¹⁶ de la pulsion de mort et de s'en servir pour se défendre de celle-ci (ce détournement est d'ailleurs la forme première et originelle que prend l'intrication pulsionnelle). Autrement dit, il s'agit ici d'un détournement initial de la pulsion de mort, ainsi mise au service de la vie. La solution masochique primaire constitue donc un mode de liaison des excitations dangereuses. C'est cette fondamentale « dimension masochique de l'existence » (B. Rosenberg, 1991) qui permet en conséquence à M. Aisenstein de réaffirmer la validité du concept de pulsion de mort demeurant toujours assez controversé de nos jours. En effet, M. Aisenstein (2000, p. 114) écrit que « le moi primaire se crée à partir du narcissisme initial grâce à un « détournement » d'une partie de la pulsion de mort ainsi captée pour servir la libido contre des attaques de la pulsion de mort. Il s'agit d'utiliser l'essence même de la pulsion de mort et sa spécificité en inversant fondamentalement ses buts ». C'est aussi ce qui la conduit à « considérer la somatose comme faisant office [chez le sujet] de liaison » (2000, p. 127). Ces considérations économiques renforcent certaines des hypothèses jusqu'alors défendues selon lesquelles l'obésité constitue bien pour certains sujets un aménagement protecteur et salvateur, une modalité d'existence (N. Dumet, 1996, 2002). Chez Melle C., l'obésité, aussi morbide était-elle, n'en constituait pas moins encore ou *a minima* jusqu'à son opération une solution paradoxale de vie, un aménagement source de vie, qui fut hypothéqué par l'offre (l'agir) chirurgicale. Ce qui nous ramène à l'objet et à son rôle, destructeur sinon source d'exacerbation des tendances destructrices inhérentes au sujet.

La thèse du masochisme gardien de la vie de B. Rosenberg permet de rendre compte de ces nombreuses situations cliniques extrêmes où se côtoient de manière indifférenciée, chez le sujet, positif et négatif, mortifère et libidinal, et permet de rendre compte du passage et de la transformation de l'un à l'autre. N'en reste pas moins qu'une partie de la pulsionnalité morbide échappe à ce traitement masochique. C'est une partie seulement de la pulsion de mort dont le cours peut être dévié,

16. C'est nous qui soulignons.

lié par Éros, au profit de la solution masochique ou d'autres solutions encore (comme la sublimation, par exemple). Une autre partie de la pulsion de mort quant à elle, un reste en somme, demeure à l'état libre et non lié, inendigé au sein du psychosoma du sujet par les forces unifiantes de la libido. C'est ce reste là qui nous paraît alors, potentiellement au moins, constituer une menace pour le sujet en certaines circonstances que nous préciserons peu après. Car il ne faudrait en effet se méprendre ni sur nos propos ni sur la fonction de la déliaison. La déliaison pulsionnelle n'est pas uniquement située du côté de la destructivité (comme nous l'avons développé jusqu'à présent), elle s'avère aussi utile et nécessaire à la vie, à la vie psychique notamment (B. Rosenberg, 2001; M-L. Roux, 2001; B. Penot, 2005) que ne l'est de son côté la libido liante d'Éros. Comme l'émet R. Cruz Roche (2005), c'est trop de déliaison/de pulsion de mort ou trop de liaison/de pulsion de vie, ou pas assez de l'une ou pas assez de l'autre qui entraîne des effets pathogènes mortifères. « Un certain degré de déliaison s'avère donc nécessaire chez le sujet et ce, pour exister, s'organiser, créer, ne pas se paralyser en somme » (N. Dumet, 2008). En revanche, quand ce reste de pulsionnalité morbide régnant à l'état libre chez le sujet se trouve soudainement, voire durablement happé/mobilisé, activé par les forces destructrices émanant de la réalité externe, alors les choses se compliquent (ou risquent de le devenir) singulièrement pour le sujet. Nous avons rappelé plus haut avec R. Roussillon la présence sinon le risque destructeur de (ou contenu dans) l'environnement du sujet, dans la rencontre avec certains types d'objet en particulier (pensons ici aux individus pervers narcissiques) ou de situations relationnelles et affectives telles qu'elles peuvent, ainsi que l'a montré C. Dejours (2001) avec son modèle de la troisième topique (ou topique du clivage) effracter le déni protecteur du sujet, stimuler directement la zone de sensibilité de l'inconscient et, à travers elle, son inconscient amential et l'exposer alors –sinon même le précipiter– dans la désorganisation psychique ou somatique pathologique. À cet égard, selon que l'objet rencontré par le sujet va stimuler ses vécus enkystés dans cette zone amentiale, en l'occurrence des vécus pulsionnels bruts, brutaux et intraitables psychiquement (et qui n'attendent donc que le moment de se décharger, dans le soma notamment pour peu qu'une vulnérabilité existe chez le sujet à cet endroit) ou

selon qu'il pourra à l'inverse constituer un conteneur de ses vécus, alors la pulsionnalité mortifère constituera, ou non, un risque majeur de désorganisation somatique pour le sujet. Tel fut le cas de Melle C. pour laquelle on peut alors au regard de ces éléments formuler aujourd'hui l'hypothèse que sa rencontre avec l'objet soignant, placée sous les signes d'une mort annoncée, de l'agir chirurgical, de la disparition à venir de son gros corps pilier de son équilibre, de l'expropriation de son territoire intime et, à cette occasion, de l'activation des contenus amentiaux proscrits contre lesquels l'obésité et autres maux somatiques chez Melle C. servaient justement de rempart¹⁷, est venue attiser sa pulsion de mort ou plutôt ce reste délétère au-dedans d'elle. La frappant ainsi de plein fouet, la fauchant en pleine vie, en pleine chair.

CONCLUSION

Au sortir de ces quelques éléments de réflexion, peut-on encore dire comme nous le questionnions plus haut que la disparition de Melle C. survint contre toute-attente ? Sa mort, prématurée, était-elle in-évitable ? Nulle réponse affirmative n'est ici possible, seulement quelques « soupçons »¹⁸ concernant le rôle, possiblement agissant, de certains aspects de la relation à l'objet, interne comme externe, comme nous avons tenté de le dégager ici.

POST-SCRIPTUM

À distance de l'événement, en l'absence de l'ensemble des protagonistes impliqués, à un degré ou un autre dans cette situation, il ne saurait être question de tenir cette reconstruction théorisante comme ultime vérité. On se contentera de signaler cependant que toute ressemblance avec d'autres faits ou personnes ayant réellement existé ne serait pas seulement de pure coïncidence...

17. La brièveté de la rencontre avec la patiente (deux entretiens seulement) ne nous permet pas d'envisager d'hypothèses plus fines sur les contenus de son inconscient amental. En revanche, le suivi psychothérapeutique de nombreuses patientes obèses (et en obésité morbide) nous autorise à penser qu'il était chez elle, comme chez les autres, question de vécus irréprésentables liés à des problématiques et angoisses de différenciation, de morcellement, de pertes narcissiques et objectales.

18. Pour rester dans notre dynamique d'enquête ou d'investigation à la mode... policière !

BIBLIOGRAPHIE

- AISENSTEIN M. (2000). « Douleuruse énigme, énigme de la douleur », in J. André et al., *L'énigme du masochisme*, Paris, P.U.F., pp. 109-129.
- ANDRÉ J. (2003). « L'empire des mères », in J. André et al., *Mères et filles. La menace de l'identique*, Paris, PUF, pp. 11-22.
- CÉLÉRIER M-C. (2000), « Maladies de l'attachement, maladies d'emprise », *Cliniques méditerranéennes*, 61, pp. 7-21.
- CRUZ-ROCHE R. (2005), « Excitation de vie, excitation de mort », *Revue Française de Psychanalyse*, 69, 1, pp. 29-44.
- DE TYCHEY C., (2001). *Peut-on prévenir la psychopathologie ?*, Paris, L'Harmattan.
- DEJOURS C., (1989). *Recherches psychanalytiques sur le corps*, Paris, Payot.
- DEJOURS C., (1995), « Doctrine et théorie en psychosomatique », *Revue Française de Psychosomatique*, 7, pp. 59-80.
- DEJOURS C. (2001), *Le corps, d'abord*, Paris, Payot.
- DUMET N. (1996), « L'obésité comme modalité-d'être-au monde », in O. Bourguignon, F. Njiengwe, H. Sztulman (sous la dir. de), *Les formes contemporaines du malaise dans la civilisation*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, pp. 171-186.
- DUMET N. (2001), « Échecs et limites de l'obésité chez l'adulte », in C. De Tychey (sous la dir. de), *Peut-on prévenir la psychopathologie ?*, Paris, L'Harmattan, pp. 273-280.
- DUMET N. (2002), *Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod.
- DUMET N. (2008), « Agir de mort, agir de vie : quand la boulimie (se) fait rage », in B. Chouvier, R. Roussillon (sous la dir. de), *Corps, acte et symbolisation*, Bruxelles, De Boeck, 2008, pp. 79-96.
- FERRANT A. (2001), *Pulsion et liens d'emprise*, Paris, Dunod.
- FREUD S. (1924), « Le problème économique du masochisme », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, P.U.F., 1973, pp. 287-297.
- GORI R., DEL VOLGO M-J. (2005), *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.
- GORI R., DEL VOLGO M-J. (2008), *Exilés de l'intime*, Paris, Denoël.
- LAPLANCHE J. (1992), *Le primat de l'autre en psychanalyse*, Paris, Flammarion, 1997.
- LAPLANCHE J. (1995), « La soi-disant pulsion de mort : une pulsion sexuelle », in *Entre séduction et inspiration : l'homme*, Paris, P.U.F., 1999, pp. 189-218.
- PENOT B. (2005), « Une soi disant pulsion, soi-disant de mort », conférence en ligne, www.spp.asso.fr/Main/PropositionsThéoriques/Items/SoiDisant/index.htm.
- PRAGIER G., FAURE-PRAGIER S. (2007), *Repenser la psychanalyse avec les sciences*. Paris, P.U.F.
- RACAMIER P.-C., 1992, *Le génie des origines*, Paris, Payot.
- RIBAS D. (2006). « Destructivité et désintrinsication pulsionnelle », in D. Cupa (sous la dir. de), *Psychanalyse de la destructivité*, Paris, Éditions EDK, pp. 17-26.

- ROSENBERG B. (1991), *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, Paris, P.U.F.
- ROSENBERG B. (2001), « Le carrefour psychose-somatose », *Psychanalyse et psychose*, 1, pp. 111-128.
- ROUSSILLON R. (2000), « Paradoxes et pluralité de la pulsion de mort : l'identité de perception », in J. Guillaumin et al., *L'invention de la pulsion de mort*, Paris, Dunod, pp. 71-87.
- ROUX M-L. (2001), « Une vie hors la vie. A propos de la destructivité », *Psychanalyse et psychose*, 1, pp. 71-82.
- SANTIAGO-DELEFOSSE M. (2001), « Pour la prise en compte du « drame humain » dans la promotion de la santé : à propos de la prévention du sida auprès des étudiants », in C. de Tychev (sous la dir. de), *Peut-on prévenir la psychopathologie?*, Paris, L'Harmattan, pp. 281-289.
- SANTIAGO-DELEFOSSE M. (2002), *Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques*, Paris, Mardaga Edition.