

Douleur hallucinée, douleur non perçue dans la psychose

G. Gimenez¹ et J.L. Pedinielli²

¹ Maître de Conférence en Psychologie et Psychopathologie cliniques, Université de Provence, UFR Psychologie, Aix-Marseille I, Aix-en-Provence

² Professeur en Psychologie et Psychopathologie cliniques, Université de Provence, UFR Psychologie, Aix-Marseille I, Aix-en-Provence

Résumé Dans la psychose, les perceptions, les sensations et le vécu subjectif de la douleur peuvent être altérés, voire complètement supprimés. Des patients mutilent certaines parties de leur corps sans douleur apparente, ou encore utilisent des sources d'excitation sensorielle pour lutter contre des angoisses qui les terrifient (s'enfoncer un objet pointu, s'aveugler au soleil, etc.) Inversement, certains patients schizophrènes hallucinent des expériences terrifiantes (créent hallucinatoirement des douleurs très intenses) contre lesquelles ils essaient de lutter. Ces modalités de fonctionnements pathologiques seront présentées à partir d'exemples cliniques.

Mots-clés: Douleur, hallucination, hallucination négative, schizophrénie.

Summary In the psychosis, perceptions, sensations and the subjective experience of pain can be altered, and sometimes completely suppressed. Some schizophrenia patients mutilate themselves and seem to feel no pain or use sensory excitation to struggle against angst that terrify themselves (sink a pointed object, blind to the sun, etc.) Other schizophrenia patients have terrifying experiences in which they hallucinate very intense pain against which they tried to struggle. These pathological functioning modes will be presented from a clinical observation.

Key-words: Pain, hallucination, négative hallucination, schizophrénia.

Introduction

Dans la psychose, les perceptions, les sensations et le vécu subjectif de la douleur peuvent être altérés, voire supprimés complètement. On observe ainsi des patients pouvant mutiler certaines parties de leur corps sans douleur apparente, ou encore utiliser des sources d'excitation sensorielle pour lutter contre des angoisses qui les terrifient (s'enfoncer un objet pointu, s'aveugler au soleil, etc.). Inversement, certains patients schizophrènes hallucinent des expériences terrifiantes (créent hallucinatoirement des douleurs très intenses) contre lesquelles ils essaient de lutter. Ces modalités de fonctionnements pathologiques seront présentées à partir d'exemples cliniques.

Pour comprendre le rapport à la **douleur** chez le patient psychotique (4), il est nécessaire de saisir son rapport à la réalité externe et à la façon qu'il a d'appréhender cette réalité. La **perception** est un processus par lequel le sujet saisit une excitation provenant du monde extérieur, la traite pour lui donner un sens, en découpant une forme perceptive du fond sensoriel et en la comparant aux formes déjà connues dans ses expériences passées. Une des difficultés réside dans le fait que, chez le psychotique, certaines de ses perceptions, particulièrement douloureuses, sont traitées comme n'ayant jamais existé (c'est

le déni d'un fragment de réalité)¹ et d'autres sont créés de toutes pièces, sans qu'il n'y ait aucun support externe à l'expérience perceptive (c'est l'hallucination). La première situation est l'**hallucination négative** (11): je regarde un objet, mais tout se passe comme si je ne le percevais pas. Je regarde dans cette direction, mais je ne perçois pas la personne qui se trouve en face de moi. Tout se passe comme si je découpais la perception qui se détache du fond perceptif, pour la détruire, l'effacer, et que je reconstruisais le fond pour ne pas attirer le regard à cet endroit du vide perceptif intolérable. La seconde situation correspond à l'**hallucination (positive)**. Je perçois un objet qui n'existe pas dans la réalité extérieure, je perçois une sensation, une douleur alors qu'aucune excitation n'a eu lieu. Nous réfléchissons ensemble à ces deux axes de fonctionnement: l'hallucination de la douleur (l'appréhension comme une perception d'une expérience de douleur) et l'hallucination négative de la douleur (le gommage d'une perception douloureuse, même très aiguë). Étudier les hallucinations de douleur nous recentre essentiellement sur les hallucinations tactiles (ou haptiques) et les hallucinations cénesthésiques.

L'hallucination tactile

L'hallucination *tactile*, ou «haptique», est centrée sur l'éprouvé des téguments, de la surface de la peau, des

Correspondance: G. Gimenez, Maître de Conférences en Psychologie et Psychopathologie cliniques, Université de Provence, UFR Psychologie, Aix-Marseille I, 29, avenue Robert Schuman, F-13621 Aix-en-Provence. Texte présenté lors du Congrès SFD-SOFRED des 15-17 juin 2000.

¹ L'hallucination est pour nous un déni perceptif (13).

muqueuses. Il s'agit d'hallucination d'objets *intra* ou hypodermiques, de sensations thermiques (impressions de chaleur, voire de brûlure), hydriques (sensations de mouillure ou de ruissellement), prurigineuses (démangeaisons) etalgiques (crampes), hypoesthésiques (endormissement d'un membre, des lèvres) toutes sortes de paresthésies reprises dans des thématiques de maladie ou thématiques hypocondriaques (cancer, brûlure, traumatisme) (7, 18). Elles peuvent également se centrer sur des muqueuses; elles prennent le plus souvent des thématiques zoopathiques. Ce sont des animaux rampants (vers), grouillants (insectes) appréhendés en mouvement, le plus souvent dans un espace restreint (région péri unguéale, palmaire ou auriculaire, cuir chevelu, région ano-génitale, etc.) (7).

Hallucination cénesthésique

Les hallucinations *cénesthésiques* peuvent consister en impression de *déplacement* ou de *distorsions* des membres (les malades se plaignent de sentir leurs jambes fléchir, d'un bras tordu derrière leur tête, etc.), de confusion dans l'ordre spatial du corps. Dans ces hallucinations cénesthésiques, on repère quelquefois une *perte de la dimension métaphorique*: par exemple, le bras qui est appréhendé « comme rempli de fourmis », devient fourmilère, etc. (7). Les patients peuvent également être l'objet de phénomènes proches des hallucinations cénesthésiques négatives: ils ne sont plus conscients d'un membre paralysé, ils peuvent en perdre la perception ou le souvenir (asomatognosie), et attribuer à autrui cette partie d'eux-mêmes (allochirie) (7).

I. La douleur hallucinée et ses traces

Je donnerai pour commencer quelques illustrations d'hallucinations **cénesthésiques, et tactiles**² d'expériences de douleur.

1. Jérôme: la brûlure de la rencontre (les hallucinations psychotiques comme excorporation)

Pour certains patients, la douleur hallucinée traduit, sous forme de sensation corporelle, l'intensité du danger provoqué par la rencontre avec l'autre.

Toucher le dos en passant derrière

C'est le cas de Jérôme, jeune patient schizophrène, qui a une image du corps très morcelée. Certaines parties de lui-même se prolongent bien au-delà de son enveloppe corporelle. Il a d'ailleurs l'impression qu'il n'a pas de peau. Ainsi, dépecé, sans peau, tout contact affectif devient une douleur intolérable. Dans ce corps sans peau, sans filtre, sans pare-excitations, Jérôme est toujours en danger d'intrusion et de persécution, de brûlure psychique par le rapprochement possible d'un objet. Quelquefois, quand je passe dans le couloir du salon, à plusieurs mètres de lui, il pousse des cris de douleur: il sent que je lui arrache des parties de son corps en passant derrière son dos. Il sent cette douleur à l'intérieur de lui-même dans son estomac, dans sa gorge, par exemple. Nous faisons le lien avec

² Kinesthésiques, proprioceptive.

l'achoppement de la fonction contenante du Moi-peau telle qu'elle est décrite par *D. Anzieu* (1985) (1). Le Moi-peau est le Moi, qui, telle une enveloppe psychique permet ici la différenciation entre ce qui appartient au monde interne et au monde externe. Sans peau protectrice (pare-excitative), la chaleur (affective) de la rencontre le « fait fondre », expression à entendre de façon non métaphorique (ou démétaphorisée) : son sang en plastique bleu s'écoule de son corps pour former une flaque sur mes chaussures et sur le sol. La démétaphorisation constitue pour nous l'un des mécanismes de construction de l'hallucination que je nomme le travail de l'hallucination (13). Pour Jérôme, des parties de son corps se retrouvent en dehors de son enveloppe corporelle.

Excorporation

C'est ce que certains auteurs (comme *A. Green*), nomment l'excorporation³: une partie du corps ou de l'image du corps est projetée dans l'espace externe, et peut y être contrôlée. Ce mécanisme se retrouve dans les cas d'automatisme mental (et de syndrome d'influence) et dans les cas de création de machine à influencer (20) chez les schizophrènes. C'est ainsi que l'une de mes patientes, souffrant d'automatisme mental, sentait des aiguilles longues et fines la piquer très douloureusement sous les pieds, à travers le carrelage de son appartement, et souffrait des ondes mauvaises que lui adressaient ses voisins à travers les murs. Ces voisins lui envoyaient également des coups violents sur ses tibias endoloris et gonflés. A d'autres moments, elle recevait des chocs électriques entre les yeux. Il s'agit là **d'hallucinations (psychotiques)**⁴ appréhendées avec les attributs et la qualité d'image (ou esthésie) de la perception (hallucination psychosensorielle), le sujet à en effet la conviction d'effectuer un acte perceptif (croyance en la réalité de la perception) prenant en compte la réalité externe (jugement de réalité) et croyant que ce qu'il a perçu existe réellement (jugement d'existence). Nous retrouvons ici les trois critères sémiologiques de *H. Ey* (1973, 46) (7): la *sensorialité* de l'expérience vécue (qui permet de différencier l'hallucination de la pensée ou de l'image mentale) ; la conviction de sa *non-subjectivité* (qui la différencie des anomalies sensorielles) et l'*absence d'objet réel* (qui l'oppose à l'illusion définie comme une simple erreur à propos d'un objet réel).»

2. Hallucination comme répétition du trauma et raté de son élaboration (brûlures de cigarette et coups)

Précisons maintenant une des fonctions des hallucinations de douleur à partir de *M. M.*, patient schizophrène de 35 ans, envahi par des hallucinations visuelles et cénesthésiques. Alors qu'il est en crise aiguë, en chambre d'isolement, il évite les coups qu'un interlocuteur invisible semble lui donner. Il crie, démuni et en grande détresse. Je me sens dans une situation difficile quand, pour se défendre, il commence à envoyer des coups de poing dans ma direction. Il se sent coincé dans un angle de la

³ Il s'agit de la projection d'une partie de l'image du corps ou de sensations corporelles qui prennent forme à l'extérieur.

⁴ Nous qualifions l'hallucination de « psychotique », à la suite d'auteurs, qui, comme *W.R. Bion* (1958, 93) différencient hallucination névrotique et psychotique.

chambre et se recroqueville, renonçant à parer les coups qui semblent pleuvoir sur lui avec une grande violence. Je lis une immense détresse dans ses yeux. Je lui dis qu'il se sent très en danger face à la violence à laquelle il est maintenant confronté. Mais ce que je lui dis ne semble pas beaucoup le réconforter. Un peu plus tard, alors qu'il hurle de détresse et de douleur, je m'approche doucement de lui, et il parvient à m'expliquer qu'il sentait des brûlures de cigarettes intolérables sur sa peau. Il reproduisait ainsi, de façon hallucinatoire, les sensations traumatiques des sévices que lui avait fait subir sa mère adoptive, avant qu'on lui retire sa garde : elle le battait, le brûlait avec des cigarettes, comme son corps pouvait encore en témoigner des années après.

Nous sommes ici loin de l'hallucination de la **satisfaction** décrite par Freud (1917, 140), « Au début de notre vie psychique, nous hallucinons réellement l'objet satisfaisant lorsque nous ressentions le besoin de celui-ci » (8). Freud parle en effet de satisfaction hallucinée : il s'agit de l'hallucination de la satisfaction, c'est-à-dire de l'expérience de plaisir. S'il peut sembler logique de répéter hallucinatoirement une expérience agréable, de plaisir, de satisfaction, on peut se demander ce qui pousse un patient à répéter, à dupliquer, comme M. M., une expérience traumatique (18). En fait, le sujet tente de traiter ce qui est laissé en suspens par le trauma, et de le **mettre en sens** (16). Ne parvenant pas à trouver les formes aptes à contenir l'expérience douloureuse (représentations de mots), le sujet utilise les traces même de l'expérience (traces mnésiques brutes ou représentations de choses) qui ne peuvent donner de sens ou de forme abstraite pensable et tolérables à l'expérience. L'hallucination est en fait ici une **tentative échouée de mise en représentation** (13) : au lieu de re-présenter le trauma indicible, il le présente à nouveau, le répète, le duplique, indéfiniment (19).

3. M. G. : la douleur de la punition hallucinée (culpabilité archaïque)

Quelquefois, chez certains patients, la douleur hallucinée est plus directement liée à une culpabilité archaïque, comme c'est le cas pour M. G. M. G. est un patient schizophrène paranoïde harki, qui halluciné un commando spécial qui lui tire sous la peau, jour et nuit, avec un lance-flamme, depuis la fin de la guerre d'Algérie. M. G. ne dort plus, n'a plus aucun moment de tranquillité : le commando peut attaquer à tout moment du jour ou de la nuit. La thérapie mettra en évidence le statut de ce commando, qui apparaît comme une punition contre la culpabilité archaïque d'avoir accompli, pendant la guerre, des sévices (graves) aux prisonniers, d'avoir tué des familles entières lors d'expéditions punitives, la nuit, à l'arme blanche, mais surtout d'avoir égorgé sa femme et d'avoir camouflé le crime, alors qu'elle ne voulait pas venir en France après la guerre. Cette « punition » à la foi morale (souffrance) et physique (douleur) était pour lui bien pire que de mourir : « on » le punissait à petit feu... commentait-il. La culpabilité archaïque (Moi-idéal) qui venait du dedans appelait une punition douloureuse venant du dehors.

Il est à noter que c'est justement à la période où il sera opéré pour des difficultés respiratoires et trachéotomisé que ses hallucinations et son délire de persécution s'estomperont pour disparaître complètement pendant plusieurs mois. Cette « punition » venant du dehors ne nécessitait plus de souffrances supplémentaires hallucinées sur son corps. On observe ce phénomène chez les

patients persécutés : quand le danger ou la douleur vient réellement du monde extérieur, le patient n'a pas besoin d'en construire une de toutes pièces, le plus souvent à partir de sa propre hostilité projetée au-dehors. On retrouve le rapport à la culpabilité archaïque, observé chez M. G., chez les patients mélancoliques, souffrant d'une grande « douleur morale » (15) : chez eux, l'hostilité envers l'objet aimé et perdu se retourne sur le sujet lui-même sous forme d'auto-reproches, de culpabilité de dévalorisation : c'est le délire de petitesse dont parle Freud (1917) dans son article *Deuil et mélancolie* (8).

4. Ali: les transformations corporelles hallucinées

A partir du cas d'Ali, nous réfléchissons maintenant à différents types d'hallucinations et de degrés de construction de ces hallucinations de douleur. Ali est un jeune patient psychotique de vingt-quatre ans, souvent confronté à des hallucinations (visuelles, auditives et cénesthésiques) concernant son propre corps : il se voit grandir à vue d'œil, il voit et sent ses jambes gonfler et dégonfler. Face à ces transformations corporelles, il est tétanisé par l'angoisse. Quelquefois, les hallucinations concernent des persécuteurs extérieurs qui lui font du mal : des marabouts se collent sur son dos et le violent, et, tétanisés de peur et d'angoisse, les yeux exorbités, il tente de les décoller... A d'autres moments, il reçoit des gifles très fortes, il a l'impression qu'on le castre, il se plie alors de douleur et se sent piqué très profondément avec une seringue.

D'autres fois, il sent et voit, terrifié, son cerveau s'écouler de sa tête et se vider dans la pièce. Il est maintenant effrayé, m'explique-t-il que ce cerveau ne s'écoule par la fenêtre ou par la porte. Son cerveau s'éparpille dans la pièce, tout comme il est lui-même est éparpillé, morcelé, et aux prises à de grandes angoisses de vidage (22). Au cours d'entretiens Ali vit des scènes hallucinées qui peuvent lui faire ressentir de vives douleurs, en plus de ses grandes angoisses. Ces hallucinations font penser à des moments d'onirisme.

L'étranglement d'Abraham

Ainsi, marche-t-il dans le désert au cours d'un entretien. A ce moment, j'ai l'impression que pour Ali, je n'existe pas. Il « change de visage ». Il est rouge et a les yeux très fatigués, il transpire, semble avoir la bouche très pâteuse, comme s'il avait marché de longues heures au soleil⁵. On peut être surpris par sa capacité de « vivre », et de mettre en scène un tel scénario hallucinatoire. A un autre moment, il se sent **étranglé**. Il porte les mains à son cou, comme pour se protéger dans un ultime sursaut d'une strangulation très violente, le visage tordu de douleur. Il semble étouffer, tendu, rouge, respirant avec grande difficulté. Son hallucination semble remplir tout son champ visuel (hallucination encadrante de Wolff, 1957) (25)⁶.

Douleur, pictogramme et signifiants formels

Les hallucinations que nous repérons chez Ali renvoient à des impressions corporelles (traces mnésiques

⁵ Il expliquera : « Je suis dans le désert, j'ai chaud, je le traverse, je vais vers la Mecque. »

⁶ Nous comprendrons plus tard qu'il avait l'impression de revivre des scènes bibliques (communes avec le Coran) dans laquelle Abraham devait tuer son fils à la demande de Dieu...

sensorielles brutes), accompagnées de tensions psychiques. Le contenu formel de certaines de ces hallucinations peut être énoncées par un syntagme verbal comme « une jambe se gonfle et se dégonfle ». Celui-ci est composé d'un sujet (qui peut être une partie du corps) et d'un verbe (le plus souvent réflexif). Il peut être centré sur les rapports entre l'interne et l'externe, sur des sensations de diminution ou d'augmentation de volume du corps (« une jambe gonfle et dégonfle », « le corps grandit ou rétrécit », « un bras s'allonge », « un corps se vide »), d'intrusion ou de pénétration dans une enveloppe (« une piqûre pénètre »), de vidage et remplissage d'un intérieur (« une partie du cerveau se vide, une autre se remplit »)⁷.

Ces hallucinations sont appréhendées par le patient comme des sensations de mouvement ou de transformation et semblent construites autour de ce que *D. Anzieu* (1987) nomme les « signifiants formels » (2). Ces hallucinations (fondées sur un **signifiant formel**) remettent en jeu les questions des limites du dedans et du dehors, des enveloppes et de transformation des états de la matière, et les angoisses qui leur correspondent : intrusion, vidage, morcellement, de liquéfaction, voir d'inversion interne/externe. L'hallucination prend des formes appareillées aux fonctions défaillantes du moi (contenance, pare-excitations, distinction interne/externe) : le corps d'Ali grossit et maigrit à vue d'oeil, son cerveau s'écoule hors de son enveloppe poreuse, dans la pièce. D'autres hallucinations peuvent être appréhendées comme une sensation corporelle brute, comme l'excitation d'une zone corporelle, une impression de contact sur une surface (la sensation du marabout qui se colle). Nous sommes ici proches des pictogrammes, décrit par *Piéra Aulagnier* (3), ainsi que des « formes » mises en évidence par *Tustin* (21) et des idéogrammes de *W.R. Bion* (5). Dans le pictogramme, le verbe a trait à une sensation corporelle (le plus souvent une sensation de surface), le sujet étant identifié à la partie du corps correspondante⁸.

Pour saisir ce qu'est le pictogramme, prenons l'image de l'alpiniste qui glisse dans le vide et s'accroche désespérément dans un ultime sursaut, avec son index, à une petite aspérité du rocher. Pour continuer à vivre encore quelques instants, tout son être est centré sur cette sensation douloureuse, aiguë, entre son index et le rocher dur, froid, coupant. Le sujet est alors lui-même cette sensation, il n'est plus que cette sensation « peau de l'index-rocher dur et froid ». C'est cela le pictogramme. A partir de ces points de repère, nous distinguerons ainsi la douleur appréhendée comme une sensation de surface (pictogramme) sur une partie du corps (par exemple la sensation d'un tympan qui se perce) de la douleur issue de mou-

vements de transformations corporelles ou d'état du corps (signifiant formel): un bras s'allonge, une oreille s'arrache, un cerveau se vide, un corps se décompose.

II. La douleur non perçue (hallucination négative) et la douleur comme défense contre la souffrance intolérable

1. L'hallucination négative: ne pas se voir dans le miroir (la deshallucination)

L'hallucination négative (l'effacement actif d'une perception, par exemple douloureuse) s'observe également chez les patients psychotiques. C'est le cas de Jean-Marc, patient schizophrène de 35 ans, venu de lui-même à l'hôpital à la suite de grandes tensions intérieures. Il présente un délire à thèmes religieux et cosmique accompagné de nombreuses hallucinations visuelles, auditives et cénesthésiques. Il lui arrive de se regarder dans le miroir et de ne pas se voir... Ce qui le plonge dans un très grand effroi, proche de l'expérience du chaos ou du trou noir décrite par *Grotsztein* (14). Il ne s'agit pas ici de douleur proprement dite, mais d'angoisses brutes, sans nom (*W.R. Bion*) que *Winnicott* (24) nomme « agonie » (agony). Nous pensons que l'hallucination négative (ou la deshallucination dont parle *Winnicott* (23) sous-tend toute hallucination positive, dont elle serait le premier temps. En effet, après avoir supprimé une perception ou un fragment de réalité intolérable, le sujet la remplace par une réalité (un peu) plus acceptable (9).

2. Amar et la brûlure du soleil: les mécanismes de défense autistique

Réfléchissons maintenant à l'insensibilisation de certaines parties du corps chez le psychotique et à l'utilisation de sensations douloureuses pour lutter contre la souffrance psychique⁹. Amar est un patient hospitalisé depuis plus de trente ans¹⁰. Il passe ses journées à regarder le soleil en face ou bien reste couché dans sa chambre, seul. Je suis frappé, comme les autres membres de l'équipe, par son apparente insensibilité à certaines excitations et à certaines douleurs. J'ai été, par exemple, bouleversé en le voyant allumer une cigarette. Il porte très lentement une cigarette à sa bouche. Il allume alors une allumette qu'il approche au ralenti de la cigarette. L'allumette se consume et commence à brûler son pouce et son index. La brûlure continue et je sens une odeur de chair grillée qui rend intolérable ce que je vois : j'essaie de traduire en mots ce qu'il fait. Mais il continue comme s'il ne m'entendait pas. Après cette lente brûlure, l'allumette finit par s'éteindre, et il en rallume une autre, un grand nombre de fois. Il se brûle ainsi sans, apparemment, sentir ses doigts se consumer: tout comme il passait une grande partie de ses journées à regarder le soleil dans les yeux, les pupilles dilatées... Un jour, on l'avait surpris dans la cuisine, avec un grand couteau, essayant de se couper la main sans douleur apparente... Mais il me faudra beaucoup de temps pour commencer à comprendre ce qu'il vit dans son univers délirant

⁷ Le verbe se déroule dans un espace bi-dimensionnel (dans lequel il n'y a pas de spectateur) et renvoie souvent à des impressions corporelles en rapport avec les limites du corps et les états de la matière.

⁸ En fait, nous observons qu'il est difficile de rendre compte d'hallucinations fondées sur des pictogrammes : quand le patient parvient à en parler (à construire l'énoncé adressé à un autre que lui), à le transformer en représentation de parole (*Kaës*, 1994), il ne s'agit le plus souvent plus de pictogramme : dans l'intersubjectivité, il y a rescénarisation ; le pictogramme est transformé en signifiant formel voire en scénario. Ainsi, quand un patient schizophrène essaie d'évoquer cette expérience intrusive traumatiques de chocs violents dans ses tympans, il utilise des signifiants formels (« un tympan se perce, ou un scénario : on me perce les tympans), mais ce qu'il vit dans l'hallucination, c'est d'abord la sensation violente sur une surface, un choc dans le tympan.

⁹ Douleur non perçue ou contrepartie de la souffrance (psychique) intolérable ?

¹⁰ Cette partie reprend une intervention dans le cadre des journées d'études du C.O.R. (Arles, 1990) sur le travail clinique avec les patients psychotiques (10).

et hallucinatoire, et saisir sa façon de gérer la douleur. En effet, enfermé dans une thématique omnipotente, il restait très longtemps silencieux. Silences scandés par des phrases énigmatiques telles que: «Je suis le plus beau de tous et solide comme du fer, je suis éternel », « Je suis le fils de la terre », « Je suis un serpent, un requin, un dauphin, une baleine et tout ce qu'il y a en mer ». Son regard semblait perdu dans son monde interne : comme s'il ne percevait pas les objets qu'il regardait. Je le sentais très loin, au bout du monde, coupé, délié, seul dans un univers vide. Il faudra de très longs mois pour qu'il commence à m'expliquer que quand il fixe le soleil, et qu'il se brûle sans cligner des yeux, les formes du monde environnant disparaissent pour lui et il se retrouve alors à l'intérieur du soleil, très loin de la réalité et de toutes les souffrances qui l'envahissent. L'éblouissement, la chaleur et la douleur aiguë de la brûlure du soleil d'été, lui permettait de focaliser tout son être sur une excitation monosensorielle sans cligner des yeux: celle de la brûlure douloureuse. Il luttait contre sa souffrance interne par des excitations douloureuses, qui lui permettait d'y focaliser toute son attention, comme dans un mécanisme de défense autistique.

3. Perdre sa peau : Sarah (l'hallucination de douleur comme figuration d'un impensé)

Nous étudierons maintenant, à partir de séquences cliniques plus précises, la tentative, par les hallucinations de douleur, de mettre en sens une expérience traumatique intolérable. Sarah est une patiente de trente-huit ans, aux yeux clairs et profonds et au visage marqué (12). Ses hallucinations visuelles et cénesthésiques très douloureuses ont commencé quand son frère, avec qui elle avait une relation très fusionnelle, a rencontré une femme et a commencé à prendre de la distance vis-à-vis d'elle. Elle vit cet événement comme un véritable arrachement, elle se sent abandonnée, trahie, rejetée. Son hostilité, très forte à son égard, la conduit à la certitude que son frère va bientôt mourir¹¹. Quelques jours plus tard, elle apprend son **décès**, ce qu'elle reçoit comme un choc extrêmement violent. C'est alors, dit-elle, que commencent ses premières hallucinations. Il semble que le décès du frère soit vécu comme un **traumatisme** par la « rencontre » de l'hostilité qu'elle éprouvait envers lui (il l'abandonnait) et du décès réel, comme si le fantasme avait pu provoquer l'accident, comme si sa pensée et son hostilité avaient pu détruire son frère. Ce trauma semble déclencher deux hallucinations qui marqueront la vie de Sarah¹². Ces deux hallucinations semblent figurer, thématiser ce qu'elle ne pouvait encore penser : l'abandon par son frère dont elle était si dépendante et cette impression très violente de l'avoir tué par son hostilité.

L'abandon et la « descente aux enfers »

Lors de sa première hallucination cénesthésique et kinesthésique, qu'elle nomme la « descente aux enfers » (expression à entendre de façon non métaphorique), elle a

¹ Elle peint alors deux tableaux qu'elle qualifiera après-coup de « toiles prémonitoires », préfigurant le décès de son frère.

² Elle dit retrouver dans les entretiens des tensions et des impressions corporelles de cette expérience, qui l'avaient submergée. Elle parle de façon morcelée, les yeux hagards et grands ouverts. Elle semble perdue. Ses phrases, très chargées d'affects, sont ponctuées de longs silences.

l'impression de tomber dans un trou sans fond, dans une impression de chute sans fin et d'effondrement. Ce mouvement (« un corps descend » ou « un corps tombe ») évoque la question du « lâché » (son frère qui l'a lâchée, laissée tomber) et de la dépression primaire que Sarah évoquera plus tard dans la thérapie. L'hallucination de la descente aux enfers semble offrir une première figuration ou mise en forme au mouvement interne de tomber (laisser tomber, abandonner).

La culpabilité primitive et l'épreuve du feu

La seconde hallucination est « l'épreuve du feu »¹³. Elle sent son corps se consumer et une boule de feu brûler la peau de son dos pour la **purifier**, le long de la colonne vertébrale, « dans l'épaisseur de la surface du dos ». Dans la thérapie cette hallucination qu'elle présentera comme purificatrice (purification de la faute, du mal, par le feu), semble en rapport avec la relation fusionnelle et présentée par elle comme incestueuse vis-à-vis du frère, mais aussi face à la culpabilité ressentie face à l'impression, voire la certitude, d'avoir tué son frère par sa propre hostilité à son égard. Quand Sarah l'évoque pour la première fois dans la thérapie: elle sent à nouveau la **brûlure** sur son corps. Elle revit de façon quasi-hallucinatoire mais plus supportable ce vécu. Sarah commence alors à créer, et transcrit ses vécus intérieurs, tensions et émotions, dans des sculptures qu'elle détruit au fur et à mesure, et des tableaux. Mais quand elle regarde à nouveau la toile dans laquelle elle essayait de déposer son vécu hallucinatoire traumatique, elle revit à nouveau l'hallucination. Une boule de feu sort de la toile et brûle l'intérieur de sa colonne vertébrale; elle la nomme la « seconde épreuve du feu »¹⁴. C'est alors que ses créations semblent l'aider un peu à mettre en forme ces vécus douloureux. Mais son atelier et presque toutes ses œuvres sont détruites dans un incendie déclaré dans son village. Cet événement (réel) qu'elle nomme la « troisième épreuve du feu » déclenche une régression très forte. Elle l'évoque comme un traumatisme par lequel on lui aurait arraché une partie de son corps.

La destruction des toiles la recentre sur elle-même, sur son propre corps, sur sa peau, enveloppe qu'elle attaque par une série de passages à l'acte. Elle recouvre d'abord sa peau d'une couche de peinture : elle se *peint* en blanc (comme une toile). Puis, dans un moment hallucinatoire, elle appréhende son corps comme un **billot de bois sculpté par Dieu**, et sent le ciseau du sculpteur ciselant son front. Elle devient ainsi une sculpture, dans un mouvement où elle est à la fois les mains qui sculptent et le matériau sur lequel on sculpte. Par un retournement actif/passif. Dieu prend la place des mains, et Sarah est identifiée à l'œuvre. Elle précisera qu'elle sentait le marteau qui entrait dans son front. Ce n'était pas douloureux, explique-t-elle, car elle était « devenue du bois ». Quand

¹³ Dans une reprise culturelle, après-coup, elle nomme également cette expérience très douloureuse « le premier baptême de feu spirituel » ou « le vécu de l'alpha et l'oméga »...

¹⁴ Suivent, le lendemain, une série d'hallucinations qui bouleversent Sarah : elle sent le Diable dans son ventre et le voit tirer sa langue par son vagin, elle se bat avec une « bête à cinq têtes » de l'Apocalypse, elle a l'impression de faire l'amour avec Dieu, et d'être enceinte de lui, qu'on la viole. Une thématique *sexualisée* apparaît ainsi dans ces hallucinations : la boule de feu qui entre par le bas de sa colonne vertébrale, la pollution, le viol, faire l'amour avec Dieu.

elle sort de cet état intérieur, elle s'aperçoit que son front saigne et présente une plaie en forme de croix. Elle l'appellera le « stigmatisme spirituel ». Sarah allume ensuite un grand barbecue, et se place sur la braise. Elle se brûle très longuement et très gravement, comme les toiles et les sculptures, répétant ici sur sa propre peau l'épreuve du feu. C'est ce qu'elle nommera la « quatrième épreuve du feu ». Après la brûlure, elle s'arrache des morceaux de peau, essayant de se « dépecer ». Elle a l'impression que des « corps étrangers » sont sur et dans sa peau et qu'elle doit absolument les en extirper¹⁵.

La destruction de la toile par le feu l'accule à utiliser son ultime surface d'inscription: la peau de son propre corps où elle tente de déposer l'innommable. Après s'être peinte en blanc, elle attaque cette dernière surface qu'elle « n'a pas » mais qu'elle « est »: elle s'arrache des morceaux de peau et se brûle, sans, apparemment, ressentir une quelconque douleur. L'expérience traumatique sur le corps, accompagné d'une douleur particulièrement aiguë rendra possible, après-coup un certain « travail de la maladie » (17), c'est-à-dire un ensemble de procédures économiques et signifiantes spécifiques qui assurent la transformation de l'atteinte corporelle en atteinte narcissique et en douleur psychique, et qui permettent un réinvestissement libidinal, voire un début de transformation élaborative pour autant que le patient rencontre un lieu où déposer et traiter ce qui se déroule dans son corps.

Conclusion

Nous avons évoqué succinctement la capacité de certains patients schizophrènes à ne pas percevoir une douleur particulièrement aiguë (hallucination négative) et étudié l'utilisation de cette douleur pour lutter contre une souffrance intérieure intolérable (Amar).

Nous avons également exploré, plusieurs aspects de l'hallucination de douleur, tactile et cénesthésiques : nous avons montré :

- Qu'elle pouvait traduire dans le corps l'intensité du danger provoqué par la rencontre avec l'autre (Jérôme).
- Nous avons observé que ces hallucinations pouvaient être des tentatives échouées (mais des tentatives tout de même) de mise en représentation d'un traumatisme qu'elles répètent, dupliquent indéfiniment (M. M.) (18).
- Nous avons vu que la douleur hallucinée pouvait également être une tentative pour traiter une culpabilité archaïque intolérable (M. G.).
- Nous avons enfin distingué des formes plus ou moins élaborées de douleur hallucinée, fondée sur un pictogramme (hallucination de sensation de surface), ou fondée sur un signifiant formel (hallucination de transformation ou de mouvement) (Ali).

Bibliographie

1. Anzieu D.: *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1985.
2. Anzieu D.: Les signifiants formels et le Moi-peau. In: Anzieu D., Houzel D. et coll. *Les enveloppes psychiques*. Paris: Dunod, 1-22, 1987.

3. Aulagnier P.: *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris: Presses Universitaires de France. 1975.
4. Barbier A.: Réflexions sur la place de la douleur dans la théorie psychanalytique. *Revue Française de Psychanalyse* 55 (4). 801-817, 1991.
5. Bion W.R.: *Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotiques*. In: *Réflexion faite*. Paris: Presses Universitaires de France, 51-73, 1983.
6. Bion W.R.: *L'hallucination*. In: *Réflexion faite*. Paris: Presses Universitaires de France, 1983, 74-96.
7. Ey H.: *Traité des hallucinations*. 1. 2. Paris, Masson et Cie, 1973.
8. Freud S.: *Deuil et mélancolie*. In: *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1917.
9. Freud S.: *La perte de la réalité dans la névrose et la psychose*. In: *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Presses Universitaires de France, 299-303, 1973.
10. Gimenez G.: *Brûlure d'affect: l'excitation sensorielle comme défense contre la dépression*. In: Carré O., Granjon, Haag G., E., Netter M., Benoit G., Gambini I., Gimenez G., Guérin C., du Lac M., *L'expérience sensorielle de l'enfance, Actes des Journées d'Etude de Psychologie Sociales Cliniques*, Organisées par le C.O.R., Arles, 113-122, 1990.
11. Gimenez G.: *L'objet culturel pour penser l'hallucination négative*. In: Anzieu D., Clancier A., Chouvier B., Dravet D., Gimenez G., Guérin B., Netter M., Olivier J., *Objet culturel, travail psychique*, Actes des Journées d'Etude de Psychologie Sociales Cliniques Organisées par le C.O.R., Arles, 103-115, février 1992.
12. Gimenez G.: *Hallucination et création. Réflexion sur les créations hallucinatoires et artistiques*. In: *La peinture au-devant de soi, Donner du corps à la matière*. *Art et thérapie* 50/51, 72-82, juin 1994.
13. Gimenez G.: *Clinique de l'hallucination psychotique*. Paris, Dunod, 2000.
14. Grotstein J.S.: Néant, non-sens chaos et le «trou noir». L'importance du néant, du non-sens et du chaos en psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse* 55 (4), 871-892, 1991.
15. Ksensee A.: Contribution à l'étude clinique de la mélancolie. Douleur « morale ». Douleur corporelle. *Psychiatrie Française* 29 (2), 79-89, 1998.
16. Montagnier M.T.: De la souffrance à la pensée. *Revue Française de Psychanalyse* 55 (4), 833-854, 1991.
17. Pedinielli J.L.: *Hypothèse d'un «travail de la maladie»*. In: Popper, la science et la psychanalyse - Cliniques méditerranéennes, n° 41/42, Toulouse, Erès, 169-189, 1994.
18. Pedinielli J.L. et Rouan G.: Douleur et traumatisme : lecture psychanalytique. *Douleur et analgésie* 3, 95-100, 1997.
19. Stewart S.: Trauma et réalité psychique. *Revue Française de Psychanalyse* 55 (4), 957-975, 1991.
20. Tausk V.: De la genèse de « l'appareil à influencer » au cours de la schizophrénie. *La Psychanalyse* 4, 227-265, 1958.
21. Tustin F.: *Le trou noir de la psyché*. Paris, Seuil, 1989.
22. Vasse D.: *L'ombilic et la voix*. Paris, Seuil, 1974.
23. Winnicott D.: *L'hallucination qui nie l'hallucination*. In: *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard, 1957.
24. Winnicott D.: *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard, 1989.
25. Wolff E.: Auto-observation d'hallucinations en majorité lilliputiennes. Explication proposée: distinction des hallucinations encadrées et des hallucinations encadrantes. *Annales Médico-Psychologiques* 1 (1), 1-34, 1957.

¹⁵ Elle continue « la purification par le feu » sur les objets de sa maison. Ce jour-là, la fumée remplit sa maison et manque d'asphyxier Sarah. Elle se couvre alors d'un drap pour se protéger des persécuteurs externes.