

## Phobie du Phallus et TCC

Anne Oldenhove-Calberg

Plus notre monde est normé par le discours de la Science, plus la maladie apparaît comme un outrage à la bonne santé et la mort comme un outrage au droit de vivre. Notre monde contemporain semble en effet cultiver la phobie du phallus en masquant sa dimension essentielle, celle d'assurer la place d'un réel. Rien ne doit manquer, tout doit être prévu, archivé et composé, sinon le monde du sujet d'aujourd'hui s'effondre. C'est ce qu'on appelle désormais communément un *burn-out*.

Cette jeune femme de 28 ans me consulte pour des troubles anxieux de type compulsif : vérifications multiples, peur d'avoir renversé quelqu'un avec sa voiture par inadvertance, d'avoir laissé un cadavre derrière elle sur la chaussée. Ses troubles ont commencé il y a un an par une phobie du sida entraînant des comportements d'évitement très handicapants par peur de la contamination.

Cette jeune femme originaire du sud travaille dans la direction marketing d'une importante multinationale française et vit en Belgique depuis deux ans. Elle accompagne son ami qui est muté pour quelques temps en Belgique. L'an dernier, fin août, sa grand-mère maternelle décède brutalement. Elle ne l'avait pas revue l'année qui précède dès lors qu'elle vivait ici et que sa grand-mère vivait encore plus au sud que ses parents.

Le jour de l'enterrement, elle présente un trouble oculaire aigu pour lequel on lui parle de sida, de cancer ou autres maladies graves. Il s'avère fina-

lement qu'il s'agit d'une sarcoïdose soignée par le confrère interniste qui me l'envoie. Elle avait, dans l'année qui précède, eut quelques prémisses sous formes de troubles dyspnéiques mineurs.

Depuis lors, elle qui était franche et plutôt fonceuse, présente des troubles psychiques de plus en plus invalidants. D'abord la crainte du sida et autres maladies graves. Ensuite, depuis son retour de vacances qui se sont mal passées pour elle juste un an après ce décès (elle avait loué, dit-elle, une maison de vacances mal entretenue), difficultés à conduire par crainte d'avoir renversé quelqu'un sur son passage, soit donc une accentuation de sa névrose et de ses mécanismes de défense.

Cette grand-mère maternelle à laquelle elle était très attachée avait élevé seule ses quatre enfants. En effet, son mari était décédé d'une méningite aiguë quand la mère de la patiente, unique fille de la fratrie, avait 12 ans. Cette grand-mère doit alors vendre sa ferme car ses fils sont trop jeunes et aller travailler dans une usine pour faire vivre toute sa famille.

Lorsque je rencontre cette patiente, elle se culpabilise beaucoup de ne pas avoir revu cette grand-mère l'année précédant sa mort vu son transfert en Belgique.

Pour le reste, à priori rien de très spécial chez cette jeune femme ayant une sœur de 10 ans plus jeune qu'elle, sauf qu'elle a toujours été anxieuse et perfectionniste depuis sa plus tendre enfance.

Ces deux drames subjectifs (mort de sa grand-mère et sarcoïdose), arrivés coup sur coup dans un ciel sans nuage, semblent avoir ébranlé cette patiente au point de déclencher cette névrose invalidante. Je note aussi le fait d'avoir quitté le cocon familial pour s'installer avec son compagnon à l'étranger, compagnon qu'elle connaissait depuis 5 ans mais avec qui elle ne vivait pas.

Quand elle vient me trouver, cette jeune femme intelligente et vive mais très perturbée par ce qui lui arrive, a déjà entendu parler des traitements miracles des comportementalistes pour les problèmes de TOC, elle a même acheté un petit fascicule à ce sujet. Elle est donc dans une grande méfiance par rapport à la psychanalyse réputée longue et coûteuse. Il lui faut trouver très vite une solution à ses problèmes dont l'ampleur diminue ses performances dans tous les domaines. Je la verrai trois fois, à l'issue de quoi elle me téléphonera pour me dire qu'elle a pris un rendez-vous chez un comportementaliste et qu'elle souhaite d'abord essayer ce type de traitement avant toute autre forme de thérapie.

Aucun décalage n'a donc pu se faire avec cette patiente, pétrifiée par le réel qui lui était tombé dessus, comme sa mère souffrant d'HTA au lendemain du décès de cette grand-mère et avec qui elle n'osait même pas parler

de ses propres problèmes tant elle sentait que cette mort l'avait aussi fragilisée.

Quand un monde n'est plus normé par le phallus qui ménage une place vide dans l'Autre pour le sujet, celui-ci vit à l'abri du réel, dans sa bulle, avec cet Autre tout puissant qui semble le protéger de ce même réel. Quand cet Autre non borné vient à défaillir pour l'une ou l'autre raison, le réel est donc vécu de façon traumatique et non plus subjectivante.

L'instance phallique, en donnant signification sexuelle à l'inconscient, le pacifie et borne le réel qui le constitue. Elle organise donc la capacité psychique d'un sujet à subjectiver en nouant les registres de l'imaginaire, du symbolique et du réel, autour de ce point de manque qu'est le phallus. En effet, cette instance phallique qui est dans le réel fonctionne aussi dans l'imaginaire (ceux qui l'ont et ceux qui ne l'ont pas) et dans le symbolique en tant que manque qui entretient le désir. A ce Un, instance phallique, à ce Un peut aussi – nous dit Melman – venir se substituer le Nom-du-Père<sup>1</sup>.

L'instance phallique ou le Nom-du-Père comme métaphore du phallus introduisent donc à cette altérité, c'est-à-dire à ce champ de l'Autre, à ce champ de l'inconscient comme réel, par opposition au champ de l'Un qui est le champ des représentations.

Le sujet divisé se tient entre ces deux champs : le champ de l'Un et le champ de l'Autre<sup>2</sup>. Pas l'Un sans l'Autre, donc, dans une relation ternaire. Il est donc dans la possibilité de soutenir ses symptômes du côté de l'énigme, du côté du non-sens, il peut donc supporter un certain silence de l'Autre, il peut aussi – s'il le désire – faire un travail de subjectivation par rapport à son symptôme, il ne fait pas que le subir.

Le sujet non divisé qui refuse, en fait, que le réel l'habite peut éprouver la nécessité d'avoir un coach, un pédagogue, un éducateur qui lui permet, en objectivant son symptôme, de le dégager de tout affect et ensuite de le cerner pour réapprendre à le contourner par de nouveaux apprentissages.

Ici aussi c'est un pas l'un sans l'autre mais dans une relation binaire où le symptôme n'est pas pris comme défense contre la castration qu'il faudrait lever mais comme défense contre la castration qu'il faudrait renforcer.

En ces temps basés sur la performance d'un sujet pour répondre aux critères d'évaluation propres à notre société actuelle, on ne doit donc pas s'étonner du succès des TCC qui répondent en tous points à cette éthique d'un sujet

---

1. Ch. Melman, « Pour introduire à la psychanalyse aujourd'hui », Éd. ALI, séminaire du 23 mai 2002.

2. Ibidem.

non divisé.

Sujet non divisé et donc prêt à être coaché par ces nouveaux maîtres que sont ces techniciens d'un cerveau enfin adaptable à supporter le non-rapport.

Ceci dit, que pouvons nous proposer à ces patients broyés par un certain système ? Un temps d'arrêt certes, un temps Autre, mais ces temps ne sont pas toujours faciles à faire entendre d'emblée. Il faut dès lors parfois savoir attendre que quelque chose fasse son chemin, qu'une nouvelle frappe du réel vienne inquiéter ce « sujet » par exemple, pour que sa demande passe d'un besoin urgent à un désir différé. En effet, tant qu'il n'y a pas désassujettissement de l'Autre, il n'y a pas non plus possibilité pour un humain de rencontrer le réel dans sa dimension d'altérité.