

Introduction à l'écoute

Du même auteur

Les Parures de l'oralité, Paris, Springer Verlag, 1992 ;

2^e édition, Strasbourg, Arcanes, 1994

Qu'est-ce que la clinique ? Strasbourg, Editions de la BRFL, 1996

L'Acte, Strasbourg, Editions de la BRFL, 1997

Du Délire au désir (avec M. Patris), Strasbourg/Toulouse,
Arcanes/érès, 2001

Jean-Richard Freymann

Introduction à l'écoute
Qu'est-ce que la clinique ?

ères

Arcanes

Illustrations de Michel Weckel

Conception de la couverture :
Anne Hébert
d'après une illustration de Michel Weckel

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2112-0
Première édition © Éditions érès 2002
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Table de matières

Le coût de l'écoute	7
Réintroduire le clinicien	11
L'itinéraire de la démarche clinique	17
La méthode clinique et son extinction	27
Rationalité et intuition clinique	35
Libération de la folie	43
Naissance et magie de la névrose	59
De Mesmer à Charcot ou l'amour dans la science	69
La crise	75
Le malentendu Charcot/Freud	83
Trauma et symptôme	99
Les paralysies hystériques de Freud	113
L'écoute analytique	121
Les adresses du symptôme	151
Index des noms propres	185
Index des mots et concepts	187

Le coût de l'écoute

« Etre à l'écoute de l'autre », voici une exigence digne du onzième commandement que l'on entend dans les familles, dans la religion, dans les entreprises et surtout dans les milieux « psy ». Sous-entendu : « Un petit effort est nécessaire, mais avec un peu de bonne volonté, de savoir-faire, tu seras à même de te laisser pénétrer par la parole de ton prochain ».

Notre « ère » de la communication, de l'échange, du marché d'ordre a fait de l'écoute une technique, indispensable pour que les institutions puissent fonctionner, pour faire penser que la société des humains a un sens. Il suffit de regarder un certain nombre d'émissions télévisées thématiques pour entendre à quel point les débats télévisuels sont produits pour que les participants ne s'écoutent pas. Chacun ne s'occupe que de l'image qu'il donne et le spectateur, fasciné par le prestige hypnotisant des vedettes, se soucie peu de la fonction de la parole. L'être parlant peut être rassuré : prendre la parole n'implique nullement que l'on entende ce qu'il dit. Et même si l'on s'écoute parler, on n'écoute pas obligatoirement la parole.

Même dans « le moulin à parole », l'émetteur ne saurait se confondre avec le récepteur. Pourquoi ? Pour une première raison qui nous extrait du monde du magnétophone : celui qui parle et celui qui écoute sont contraints de se référer à un code apparemment commun mais pourtant extérieur aux deux interlocuteurs. Autrement dit, ce qui est pensé comme dialogue est au moins un « trilogue ».

Mais alors se pose la question de savoir à qui je m'adresse quand je parle. Peut-être pas uniquement à celui qui m'écoute. En effet, celui qui écoute est contraint de faire un ricochet par un code pour pouvoir saisir le sens de ce qui est dit. Ce schème minimal fait penser que les effets de langage ont une telle force qu'ils provoquent des illusions de compréhension, d'échange, de sens et consistance alors même que celui qui parle est décentré de ce qu'il dit.

Propos énigmatiques mais qui imposent une différenciation entre le langage anencéphale, la parole qui implique du sujet et ce qui s'entend par rapport à ce qui s'écoute.

Que l'on ne s'y trompe pas, la seule « introduction à l'écoute » qui puisse se situer dans un au-delà du sens, c'est la cure psychanalytique pour peu qu'elle soit menée par un psychanalyste. Mais, là non plus, nulle garantie. J'ai eu l'occasion, dans d'autres livres, d'en préciser les indications, les limites, les effets. Ici, l'ambition est à la fois plus modeste et plus téméraire : ouvrir à l'écoute et donc à la clinique par ce qui confronte à son antériorité.

Qu'est-ce à dire ? Que la naissance de la clinique ne se situe pas d'emblée par rapport à l'ouïe, que la notion d'« entendre », d'« écouter », ne se définit dans un domaine spécifique qu'à partir du XIX^e siècle, avec Freud, Janet, mais aussi qu'il faut attendre la naissance de la linguistique et des sciences humaines

Le présent ouvrage, dans sa seconde édition, va donner quelques jalons, quelques photographies de l'évolution de la clinique vers une écoute du discours. Parcours en chicane de la clinique qui, du regard nosographique, tentera de dessiner des tableaux cliniques où se dégagera l'idée d'une suggestion thérapeutique. Puis on verra que l'écoute psychanalytique procède par Freud d'un retournement dialectique : c'est le psychanalyste qui est en position d'hypnotisé. A lui de s'en dégager pour produire des effets de vérité chez le patient.

Par le biais de cette *Introduction à l'écoute*, il s'agit de tenter une nouvelle forme d'essai de psychanalyse à partir de ce que celle-ci nous enseigne, autrement dit de dessiner des outils qui permettent de se sensibiliser aux contenus latents du discours de l'autre. De donner quelques instruments qui transpercent les

évidences, le bon sens et l'intellectualisme de bon ton du discours dominant. Avec une question sous-jacente : pourquoi cette suggestion hypnotique volontaire, plutôt que d'oser affronter les énigmes de l'inconscient ? Ainsi la question de l'articulation de la clinique au politique est posée, et de manière nouvelle depuis le fracas des cultures du 11 septembre 2001.

Notre adresse est ici avant tout l'étudiant (au sens large) et les professionnels de la « psy » qui sont confrontés à une pratique. Pour ce faire, pour cet ouvrage, nous nous sommes étayés sur un cours de 1992/1993 enseigné à la Faculté de psychologie de Strasbourg, repris et réarticulé. Nous avons maintenu le caractère d'exposition orale qui sied mieux à la dimension enseignante.

Michel Weckel, qui depuis des années « croque » les concepts et les personnages de ce cours, a bien voulu publier certaines de ses satires, qui donneront au lecteur des outils fondamentaux pour la clinique : humour et rire.



Réintroduire le clinicien

Nous vivons actuellement un moment de bascule qui risque fort de se perpétuer, voire de s'aggraver. Ce moment, nous pourrions le décliner ainsi : le « fait psy » est aujourd'hui dé-cliniqué ou a-cliniqué.

En effet, le « processus psy » – ce terme reste à définir – a été peu à peu délié du réel dont il est issu. Avec quelqu'un qui bégaie, par exemple, deux positions s'offrent au « psy » par rapport à ce trouble. On peut l'inscrire d'emblée dans le tableau « prêt-à-porter » des différents bégaiements, la perspective choisie étant fonction de la formation initiale du « clinicien » :

- orthophonique (du côté de la voix et de l'expression),
- psychologique (par rapport à la compréhension du phénomène),
- linguistique (puisqu'il s'agit de la parole),
- psychiatrique (à partir de l'angoisse),
- psychanalytique (désigné par exemple comme syndrome de conversion),
- ou cognitiviste (inscrit dans un schéma conscient préétabli).

Ou bien on peut s'intéresser d'abord au bégayeur et non pas au « bégaiement », suivant l'a priori clinique que c'est le sujet lui-même qui peut renseigner sur son trouble. Le tableau ne saurait donner une réponse, puisque celle-ci intervient avant même que la question soit posée. Autrement dit, la clinique va se doter d'un certain nombre d'outils qui ne seront utilisés que comme moyens face à la réalité du bégayeur.

Quoi qu'il en soit, remarquons qu'il y a dans cette attitude une énigme qui consiste à penser que celui qui présente un symptôme est celui-là même qui peut nous renseigner sur ce symptôme. Cette forme minimale de pensée interroge déjà le sujet et la subjectivité ; c'est donc déjà subversif en soi, en tout cas dans un tel contexte.

Outre ce premier postulat, qui est un postulat clinique, il en existe un autre sur lequel reposent ces deux attitudes et par rapport auquel il faut se situer. Ou bien le « fait psy », l'étude de l'être parlant, est considéré comme spécifique et ne peut s'inscrire ailleurs, ou bien on admet pouvoir glisser d'un champ à l'autre et, en ce cas, l'être parlant est un objet d'étude comme n'importe lequel. Cela nous renvoie à la question des outils. Car si le « fait psy » est appréhendé comme transposable, pourquoi une solution scientifique ne viendrait-elle pas un jour régler définitivement le sort de l'homme ? Autrement dit, si le « parlêtre » (selon l'expression de Lacan) est un objet d'étude identique aux autres, cela signifie au fond que nous nous considérons comme une planète parmi d'autres, simple molécule parmi les autres. Miser sur un scientisme absolu, c'est être littéralement dans la position de réduire l'être parlant, le parlêtre, à un pur objet de la science. Ce parti pris induira tôt ou tard l'idée qu'existent des molécules pures et des molécules qui ne le sont pas. Dans ce cas, pourquoi au nom de la science ne pas tenter de les purifier ?

Il ne faudrait pas cependant adopter une position à la Rousseau et rêver d'un être en culotte de peau, se soignant avec des plantes, se nourrissant de racines et roulant en bicyclette à pot catalytique !

Certes, nous devons saisir à pleines mains les sciences, mais comme des outils – et je ne parle pas seulement de la biologie, de la génétique, de l'informatique, de la biochimie, il y a aussi ce que l'on appelle les sciences humaines, à savoir la linguistique, l'ethnologie, la psychanalyse, l'histoire, etc. Car hormis les mathématiques (et encore), il n'est pas de science exacte. Par exemple la théorie quantique dénie la dimension absolutiste de l'approche scientifique puisque dans cette théorie la place de l'observateur constitue un des paramètres.

Seuls aujourd'hui des débiles et des paranoïaques pourraient penser que leur champ est à même d'englober toute la réalité humaine. Nous avons là un premier élément clinique : plus une personne est spécialisée dans son champ, plus elle est modeste et le relativise par rapport aux autres. Autrement dit, la clinique commence dès lors que l'on interroge ses limites.

Bloch et Wartburg définissent ainsi la clinique et l'empirique :

Clinique : 1626 : substantif féminin. 1696 : adjectif emprunté du latin *clinicus* (du grec *Klinikos*, se dit du « médecin qui visite les malades », et de *klinê* « lit ») par opposition au terme « empirique ». Non seulement la dimension clinique n'est pas un empirisme mais philosophiquement elle s'y oppose.

Empirique : terme qui date de 1314 – *empiricus* – *empereirikos*. A pris un sens défavorable au XVII^e siècle, au moment de l'apparition de *clinicus*. Le terme empirisme, qui date de 1736, désigne surtout la médecine empirique qui s'oppose à la médecine clinique. En somme, la clinique est tout ce qui s'exprime et s'affaire autour du *klinê*, du lit, autrement dit tout ce qui tourne autour de la mort, du sexe, de la maladie. L'opposition entre clinique et empirique me semble très intéressante car elle permet de dire ce que la clinique n'est pas.

Reprenons les caractéristiques essentielles de l'empirisme et voyons ce que cela donne sur le plan clinique. Nous saurons s'il s'agit vraiment d'un couple d'oppositions.

A l'origine, l'esprit humain serait comme une *tabula rasa*, une table rase, selon l'expression d'Aristote. Les intelligibles sont les choses virtuelles qui doivent absolument se marquer pour accéder à l'intellect. Ce sont les lettres qui existent virtuellement sur une tablette où rien n'a encore été écrit. Quelque chose de virtuel doit réussir à s'inscrire, rien n'est acquis, rien n'est antérieur à l'expérience qui seule permet une inscription. Ce qui fait que l'on passe du monde au sujet, c'est la sensibilité, c'est-à-dire l'empirisme. Autrement dit, l'expérience passe par les sens grâce auxquels ces intelligibles vont s'inscrire. « Il n'y a rien dans l'entendement qui n'ait été auparavant dans la sensibilité », disaient les philosophes empiristes.

Pour avoir accès à cet extérieur, l'observateur est entièrement tributaire de ses sens. Il fonctionne comme une sorte d'éponge

par rapport au monde environnant. En relation binaire avec l'extérieur, il se constitue comme sujet à partir d'une imprégnation possible grâce à sa sensibilité. La réceptivité de l'esprit est ainsi un autre trait de l'empirisme, la conscience se bornant à enregistrer les données de l'expérience.

Enfin, la dernière caractéristique de l'empirisme, c'est le relativisme. Refusant tout a priori, l'empirisme rejette l'idée de nécessité et d'universalité. Il n'y a pas d'empirisme généralisable, ce qui conduit à un scepticisme intellectuel et moral.

Mais revenons à la clinique.

Nous sommes aussi devant une *tabula rasa* à ceci près, et c'est fondamental, que l'observateur lui-même est décollé de son objet d'étude : il n'est pas avec lui dans un système binaire. Il a des référents, affronte l'objet d'étude avec ses propres outils et non dans un corps à corps avec lui. Il lui faut au contraire s'en sortir au maximum pour aborder les effets sur lui de cette confrontation au réel. La démarche clinique vise à épurer l'objet d'étude pour tenter d'en entendre, d'en voir, d'en sentir... le réel.

J.-M. Charcot et Ph. Pinel, tous deux parachutés dans un service hospitalier, ont ressenti d'abord un sentiment d'étrangeté et le moment clinique, qui déborde la nosographie, n'a surgi qu'ensuite. Or ce temps de confrontation au réel, non masqué par sa propre angoisse, est indispensable.

En d'autres termes, le premier temps concerne l'irruption d'un réel et le second est ce que l'on peut tirer du côté d'une universalisation à partir de ce que cette confrontation peut ou non nous enseigner. Quelque chose là fait événement clinique. Ainsi lorsque Freud arrive à différencier l'hystérie de l'obsession phobique, c'est une des visées de l'expérience clinique. Le risque, bien sûr, dans ce second temps, est de réutiliser le « prêt à porter » pour le plaquer sur l'individuel et sortir alors de la clinique !

L'expérience clinique est ce qui permet à la subjectivité du clinicien de tenir compte de son expérience sans être obligé à tout moment de se la formuler.

Autrement dit, contrairement à l'empirisme qui est un système binaire, détailler les choses renvoie à six instances au

moins, pour lesquelles il faudrait reprendre complètement ce raisonnement. Or, il faut bien saisir que la clinique médicale, psychiatrique et aliéniste a une démarche radicalement différente de la clinique dite psychanalytique. Le problème est de savoir ce qu'est une clinique psychologique. Est-ce nécessairement une clinique du texte ?

La démarche clinique s'inscrit dans la culture du XVIII^e siècle. Jusque-là fonctionnaient un système mythologique (cf. la théorie des humeurs), des systèmes religieux qui peu à peu relâchent leur emprise et enfin l'empirisme plutôt mis en défaut.

Il faut attendre le XVIII^e siècle pour que la dimension de la mort, et donc le cadavre et l'anatomopathologie, s'inscrivent dans le champ médical, non pas au niveau théorique car il ne s'agit plus de théories mythologiques sur les humeurs ou les vapeurs, mais de l'entrée dans le discours médical de la mort réelle. C'est dans le temps où la question de la mort surgit comme limite que le champ clinique se bâtit. Ce réel, c'est le réel de la mort et dès lors la démarche anatomopathologique s'efforcera d'élucider cette énigme qu'est la vie et la mort et dont la maladie n'est pas une simple transition. Les dimensions psychologiques, politiques et sociologiques s'expliquent également par la réorganisation du champ hospitalier. En effet, à ce moment-là est défini le statut du malade dans la société où apparaît alors un certain rapport entre l'assistance de la société et l'expérience et on s'interroge enfin sur le normal et le pathologique, autrement dit sur ce qu'est la santé. Or, c'est justement dans le discours tenu sur les malades, là où la mort réelle vient inscrire la limite du discours, que surgit la dimension clinique. A quel moment la mort vient-elle marquer la limite du discours ? Ou, pour le dire dans une perspective inverse, quand vient-on chercher auprès du mort un savoir ?

Par le biais des quatre pôles dont nous venons de parler, à savoir la mort, l'espace, le langage et le sexe, nous allons nous pencher sur les outils de la clinique que l'on pourrait énumérer ainsi et dont nous n'aborderons que certains aspects.

La clinique de l'acte est d'abord une réflexion sur les différents actes humains que sont le passage à l'acte meurtrier, l'acte dans le transfert, le passage à l'acte comme passage du psychique au

somatique, les actes suicidaires, la dépression, tous les actes que l'on appelle psychopathiques.

La clinique du sexe, autour des questions suivantes : la sexualité infantile permet-elle la différenciation des névroses ? Qu'est-ce qu'une perversion ? Est-ce que sexe et génitalité sont synonymes ? Qu'en est-il de la lutte des pulsions ? De la bisexualité ? De la différenciation masculin/féminin ?, etc.

La clinique de la mort et ce qu'elle interroge : la notion du bien et du mal dans la clinique, la part du religieux comme aménagement de la mort et comme déni de la mort, la confusion entre la mort et la maladie, la névrose obsessionnelle et ses fantasmes de mort, l'articulation entre la mort, la haine et l'amour, etc.

La clinique de l'espace enfin, bien complexe : qu'est-ce qu'une névrose phobique ? La structure psychique ne pourrait-elle pas se définir comme la structure phobique ? Qu'est-ce que le dedans et le dehors ? Quelle est l'importance de l'espace social et politique dans la genèse de la pathologie ? Comment s'articule le rapport de l'espace au temps et au lieu ?

Cette pléthore de questions se pose aujourd'hui au clinicien pour peu qu'il prenne au sérieux à la fois la somme d'informations dont il dispose et les énigmes que véhicule la modernité.

Dans le présent ouvrage, nous utiliserons comme séquences cliniques quelques moments forts de l'histoire psychopathologique qui se dessineraient comme rupture épistémologique.

Introduire à la question d'une écoute « qui ne serait pas du semblant » nécessite de désigner les supports qui ont permis l'émergence des notions de trauma et de symptôme.

L'itinéraire de la démarche clinique

Nous utiliserons les termes d'émergence et d'immersion parce qu'à proprement parler rien de nouveau ne surgit véritablement. Il y a toujours un contexte général qui est un lieu virtuel de création dans lequel, au fil du temps et de l'histoire, certains éléments appréhendés vont se cristalliser. L'émergence de la démarche clinique se produit à partir de la médecine elle-même ou plutôt de la place que celle-ci occupe dans l'histoire de l'humanité, c'est-à-dire de la fonction de la médecine dans l'histoire de la pensée et de l'humanité.

Interroger la médecine par rapport au discours médical ne suffit pas, il faut aussi repérer sa fonction par rapport au discours tenu.

Comment apparaît la démarche clinique ?

Le raisonnement de fond pourrait s'appuyer sur plusieurs démarches, la plus évidente, et souvent la plus fautive, étant la démarche historique. Selon elle, retracer fidèlement une succession d'événements reconstituerait une sorte de chronologie. Or, si on pose comme équivalents des événements qui se suivent, on ne laisse à celui qui écoute aucune chance de se repérer lui-même puisque tout est d'égale importance ; c'est ce que l'on pourrait appeler le « savoir universel ». A l'étudiant ou au clinicien en herbe de se débrouiller avec cela ! Cette démarche conduit à une pensée très souvent totalitaire, car celui qui l'énonce ne prend aucun risque, d'autant que l'on peut toujours

tenter de reconstituer les événements. Michel Foucault, dans son *Histoire de la Folie* ne présente pas simplement une succession d'événements mais propose des outils pour en faire une lecture.

Une histoire ou un texte ne se constitue en effet qu'à partir d'une lecture, d'une interprétation. Libre à vous ensuite de la remettre en cause, de vous situer différemment. Mais faute de clé pour entrer dans un édifice de savoir, il est difficile de s'y repérer. L'histoire n'existe que par son interprétation et donc par une sorte de retour au texte. Et quel est le texte de la clinique ? C'est le langage qui s'inscrit sur le corps...

La deuxième démarche est la *démarche étymologique*. Étymologie est un terme bien antérieur à celui de clinique. On le rencontre pour la première fois en 1160 dans une œuvre d'Isidore de Séville intitulée *Etymologies*. Le sens actuel, attesté depuis 1550, tire son origine du grec *etymos* – le vrai. L'étymologie est donc d'abord une science qui fait connaître le vrai sens des mots.

Dans l'histoire du langage, certains coups sont portés aux mots dans l'articulation entre la dimension signifiante au sens linguistique du mot – du côté du signifié – et les métaphores qui pourront surgir entre ces signifiants, c'est-à-dire entre les signifiés auxquels ils renvoient et un discours historique à un moment donné. Le discours lui-même n'est pas un édifice mort, il est pris dans l'histoire du temps et jongle de fait très habilement entre les noms propres, les noms communs et l'effet de production de sens des mots.

La démarche consiste à utiliser un nom propre qui devient, au fil du temps, un nom commun, puis une désinence quasiment scientifique. On peut également assister à l'utilisation d'un nom propre dans un sens commun, comme La Palice et une lapalissade. Le mot clinique, par exemple et comme nous l'avons vu plus haut, renvoie au mot *klinê* – lit. Son étymologie, le lit, est le site du malade, d'où va naître la clinique, l'endroit où la maladie est observée, le lieu où l'on meurt, la référence aux ébats, à la sexualité et juridiquement le seul objet que l'on vous laisse quand on vous enlève tout. A partir du mot lui-même se produit dans le discours une ouverture sur des métaphores nouvelles.

Ainsi dans les acceptions des mots du langage, nous procédons d'abord à une quête matricielle, puis à une production métaphorique, mais selon une approche déjà spécifique qui consiste à faire éclater une substitution dans différents sens.

La troisième démarche, la *démarche structurale*, est justement celle de Michel Foucault dans *La Naissance de la clinique*. Autant nous suivons Foucault dans sa précision à dégager les structures de l'aliénisme et l'évolution vers la psychiatrie, autant nous nous inscrivons en faux par rapport à la continuité rapide qu'il établit entre psychiatrie et psychanalyse. Il pose les paramètres de l'émergence d'un nouveau type de structure, la structure étant à entendre comme une cinétique, c'est-à-dire un ensemble vivant qui a sa propre . L'émergence du temps clinique ne peut avoir lieu que sur le fond de médecine nosographique. Ce temps surgit à partir de la modification de trois paramètres : l'espace, le langage, la mort.

Ce qui conjugue ces trois dimensions et les noue, c'est la fonction du regard. Le regard ne vient plus seulement fonctionner sur un espace plan mais ouvre sur une perspective. Le corps n'apparaît plus comme une surface plane, à l'image de la terre, mais comme un espace à plusieurs dimensions. Tout le rapport du regard au monde est modifié. Car l'espace est à entendre aussi bien du côté du corps que de celui du *corpus*, de tout ce qui lie les individus entre eux. C'est dire qu'il n'a pas seulement à voir avec le corps de la médecine mais aussi avec toutes les modifications qui s'opèrent dans l'espace institutionnel lui-même.

Que s'est-il passé pour que, de l'émergence, on soit tombé dans l'immersion ? Qu'est-ce qui fait, sur le plan idéologique, que de l'émergence clinique on en revienne à la médecine nosographique ? Si la méthode clinique émerge en effet au siècle des Lumières, c'est-à-dire en pleine phase de scientification, elle est en complète immersion dès lors que la science partialise et spécialise ses approches du corps. Nous avons insisté sur l'empirisme parce que du haut de son « hyperspécialisation », c'est ce que la démarche scientifique reproche à la clinique. Et la montée, voire la puissance actuelle de la biologie, de la chimie, de la génétique comme modèles unitaires, s'expliquent par le

jugement porté sur la démarche clinique considérée comme approximative, empirique, non spécialisée, autrement dit livrée à la subjectivité du clinicien.

Réhabiliter la clinique, c'est donc définir sa méthode, distinguer les différentes approches et faire retour à la notion de corps.

Qu'est-ce qu'un corps ?

Le corps est articulé au langage, à la parole, au discours de l'autre. Il est l'origine même de la pensée magique, sa raison d'être : la phrase d'un autre peut avoir des effets sur le corps. Du fait de sa difficulté à se situer du côté du corps, l'être parlant met en place un certain nombre de fonctions qui ont le savoir sur ce corps. Il existe, dans toutes les civilisations, une fragilité spécifique qui constitue également la force de création de l'homme. Dans les civilisations arabes en particulier, le graphisme montre le dessin du corps à partir des lettres. On peut toujours se demander d'ailleurs si, au-delà de notre corps réel, le corps n'est pas un nouage de lettres.

Pour avancer, on peut proposer une subdivision plus ou moins freudienne qui différencie deux corps : le corps anatomique et ce que l'on pourrait appeler un corps investi, à savoir le « corps de jouissance ». L'être parlant, le « parlêtre », n'a pas un accès direct au corps anatomique, il est d'emblée pris dans la dimension du corps de jouissance. Autrement dit, son schéma corporel, l'expérience que chacun a de son corps passe avant tout par la dimension de la perception. Du corps anatomique, nous n'avons qu'une appréhension très minime. L'idée anatomique est un pur savoir, qui passe obligatoirement par le savoir d'un autre. Le parlêtre n'a accès à son corps que par la peau ou alors quand son corps se met à parler douloureusement, il ne voit et ne sent plus que sa douleur.

Rappelons-nous ce que dit Freud reprenant Heine : vous avez mal aux dents, vous ne voyez plus le monde, vous êtes cette douleur, vous êtes pris dans le corps de jouissance, lui-même précipitant dans une dynamique pulsionnelle. La jouissance renvoie à la masturbation, aux actes sexuels mais aussi à la jouis-