

*Institut de Psychosomatique
(Paris).

Glossa, n° 51 (18-21), 1996,

RÉSUMÉ :

L'approche psychosomatique du bégaiement s'inscrit dans la continuité des recherches de l'IPSO où son chef de file Pierre Marty a renoncé à décrire un profil psychologique particulier à chaque maladie. Dans le bégaiement, s'il ne semble pas non plus se dégager un fonctionnement psychique particulier, en revanche il semble bien qu'une corrélation puisse se repérer entre les moments de démentalisation et la dysfluente. Dès lors, l'approche psychosomatique qui vise à la réanimation du fonctionnement mental en réactivant la fonction du Préconscient, lieu des représentations de mots, peut apporter des perspectives nouvelles, tant dans la compréhension que dans le traitement du bégaiement.*

MOTS-CLÉS :

Bégaiement - Communication non verbale - Information - Recherche - Thérapie - Psychosomatique - Miroir sonore.

Jacques DUCASSE,
Orthophoniste
Psychanalyste-Psychosomaticien
33, rue du Banquier
75013 PARIS

PSYCHOSOMATIQUE ET BÉGAIEMENT

par Jacques DUCASSE

SUMMARY : *Psychosomatic process and stuttering.*

A psychosomatic approach to stuttering follows research carried out in IPSO. Pierre Marty, who initiated research in this field, abandoned the idea of designing a typical psychological profile for each disease. In stuttering, we do not seem to be able to identify a particular psychological profile either, although some correlation may be found between moments of dementalization and of dysfluency. Therefore, a psychosomatic approach aiming to reanimate mental functioning by reactivating the function of Preconsciousness, where word representations are located, may open new perspectives in understanding and treating stuttering.*

*Institute studying Psychosomatic
processes (Paris).

KEY WORDS :

Stuttering - Non Verbal Communication - Information - Research - Therapy - Psychosomatic Process - Sound Mirror.

L'approche psychosomatique du bégaiement s'inscrit dans la continuité des travaux de l'école de psychosomatique de Paris fondée par le docteur Pierre Marty en 1958*.

Une première publication importante "L'investigation psychosomatique"^{**}, montra comment l'approche de Marty se démarquait de la psychosomatique de l'époque marquée par Alexander, lequel dressait un catalogue de maladies dites "psychosomatiques" correspondant à un certain profil psychologique repérable. On décrivait alors l'hyperactivité du sujet à infarctus, le conflit activité-passivité de l'ulcéreux, mais cette démarche conduisait aussi à opposer des maladies psychosomatiques à des maladies non psychosomatiques, ce qui devient vite arbitraire. Dans une perspective différente, c'est la notion "d'économie psychosomatique" qui fut l'axe de réflexion de P. Marty, évaluation de l'équilibre psyché-soma propre à tout individu et pas seulement dans le cadre d'une maladie ; dès lors, la notion même de maladie psychosomatique disparaît au profit de l'approche psychosomatique de la maladie. Marty et ses collaborateurs abordèrent donc en psychanalystes leurs premiers patients tout en étant frappés par la pauvreté fantasmatique de ces malades qu'ils voyaient à l'hôpital.

Ces patients ne correspondaient plus vraiment aux névrosés qu'ils traitaient en cure psychanalytique, la symptomatologie mentale habituellement positive paraissant s'effacer pour une sorte de pathologie de l'adaptation où le malade semblait dans la plupart des cas aller très bien psychologiquement sans véritable souffrance mise en avant ; à ce propos, les bègues ont souvent l'impression que tout irait bien s'ils ne bégayaient plus, ce qui est en partie vrai...

Dans les cas extrêmes examinés par P. Marty, la vie fantasmatique et les rêves semblaient même disparaître de la vie du patient au profit de comportements qui investissaient essentiellement l'actuel et le factuel. Ceci conduisit à décrire la fameuse pensée opératoire, remplacée ultérieurement par la vie opératoire, mais qui ne saurait en 1996 résumer maintenant toute la théorisation psychosomatique. En effet, pour comprendre l'esprit de la démarche psychosomatique il faut retenir la notion de **mentalisation**, c'est-à-dire la capacité qu'a un sujet à mettre en place des défenses mentales. Dans les névroses et les psychoses, moins peut-être dans les perversions, l'appareil psychique utilise à des fins de régulation de l'excitation les mécanismes bien connus de refoulement et de déni. Le symptôme psychique, qui est un compromis entre la pulsion et la défense, se traduit par un retour du refoulé dans la névrose, le délire du psychotique et les manifestations perverses exprimant le déni de réalité et le clivage du moi. Si ces mécanismes de défense ne peuvent se mettre en place, le patient dans la perspective de P. Marty, se défend alors par des comportements et, si ceux-là sont eux-mêmes insuffisants, la maladie peut à ce moment se déclarer.

Les travaux psychanalytiques sur le bégaiement me semblent, tout comme pour les maladies qu'on disait autrefois psychosomatiques, aboutir à une certaine forme d'impasse. Pour Otto Fenichel, le bégaiement est une conversion prégénitale où la parole du bègue a acquis une signification sadique anale : le fait de parler prend la signification d'un acte agressif dirigé contre celui qui écoute. Il y aurait en quelque sorte un déplacement du conflit que suscitent les pulsions et les désirs acceptables du sujet. Le refoulement ne se situerait pas au niveau du contenu du discours, mais prendrait place à la naissance même de ce discours, au point où il s'articule. Ceci dans le même mouvement libérerait la possibilité de la parole : tout peut se dire dès lors qu'on le dit en bégayant.

La théorie d'Annie Anzieu est tout autant centrée sur l'analité mais elle y ajoute un aspect paranoïde : le bègue est persécuté, exigeant, tyrannique. A côté de ces traits paranoïdes, Anzieu souligne la dimension obsessionnelle fréquente en même temps qu'elle note aussi la valeur d'une signification de conversion hystérique. Ainsi le bègue aurait-il des traits paranoïaques, obsessionnels, hystériques...

Coriat, un auteur prolifique dont les travaux s'étendent sur 30 ans* pense que le bégaiement est dû à la persistance dans la phonation de mouvements de succion et de morsure mais sans qu'il soit clair de savoir s'ils s'adressent à un pénis fantasmé ou s'ils sont simplement auto-érotiques. Dans cette perspective, le bégaiement n'est plus un symptôme névrotique. En effet, il n'y a pas de conflit psychique ou bien, s'il existe, il ne fait que se surajouter. Il s'agit beaucoup plus d'une sorte de pratique perverse au sens de la perversion polymorphe de l'enfance.

**A cette époque, psychiatre des hôpitaux et membre titulaire de la Société Psychanalytique de Paris, il réunit autour de lui un groupe de psychanalystes intéressés par les patients présentant des maladies organiques diverses.*

***P.U.F.*

**1915-1943*

Nous avons déjà balayé le champ des névroses, psychoses et perversions sans que, de mon point de vue, on ait pu repérer un mode spécifique de fonctionnement du bégaiement, ce qui est aussi une des caractéristiques du malade somatique dont en principe on peut trouver la maladie dans n'importe quelle structure.

Pour en finir cependant avec cet inventaire, je citerai les travaux de Glauber pour qui le bègue resterait fixé au stade oral, c'est-à-dire à celui correspondant à une relation symbiotique à la mère. L'enfant est pris dans le fantasme de toute puissance orale (et non plus anale), qui provoque l'angoisse d'être dévoré par la mère, dévoré voire "engouffré". Du coup la mère devient un objet persécutif. Pour être plus précis, au désir d'incorporer la mère, répond l'angoisse d'être engouffré. Parler serait alors un équivalent de manger. Lorsque cette ambivalence est envisagée du point de vue de son expression somatique (comme dans la conversion), on voit que la parole et la respiration - qui font entrer en soi l'environnement - expriment cette dépendance orale et cette agressivité orale. Comme l'une et l'autre menacent le moi, des résistances sont mobilisées contre elles et aboutissent au conflit dont l'enjeu est de n'être ou ne pas être dépendant, d'être ou ne pas être agressif. Lewin pourrait dire "manger, être mangé et bégayer". C'est la raison pour laquelle la parole devient trébuchante ; son flux en est interrompu par des spasmes toniques et cloniques. La mère, dans ce système, est responsable de cette faillite du processus de séparation/individuation du fait de sa propre ambivalence qui induit chez elle des alternances de surprotection agressive et de rejet. Cela apparaît dans la matérialité des conduites alimentaires avec une alternance de comportements agressifs d'alimentation avec retraits soudains ; cette mère serait une nourrice aux soins bégayants situant la marque de l'hésitation d'abord sur la musculature orale et secondairement sur la musculature respiratoire de l'enfant, imposant ainsi à la motricité bucco-phonatoire un état de spasme qui affecte la production de la parole. C'est ce que décrit B. Barrau quand il parle de violence orale, comme si la mère pénétrait de force dans un orifice et pas forcément avec un objet de type sein ou biberon mais par sa simple voix.

Que peut-on penser de ces différentes perspectives - oralité, violence orale, analité, paranoïa, perversion ? Tout ceci montre l'extrême diversité des opinions. A la vérité, quelques pertinentes que soient ces différentes analyses, elles ne semblent en fait décrire des traits de caractères qui ne s'inscrivent que très exceptionnellement dans une franche organisation névrotique, psychotique ou perverse. C'est sur ce point d'absence d'une véritable symptomatologie mentale positive que nous rejoignons les patients somatiques dont l'organisation est selon P. Marty une organisation de caractère. Ceci d'ailleurs, rend une certaine cohérence à Freud qui n'excluait pas dans le bégaiement une composante d'étiologie organique. Dès lors, il est tentant d'aborder le patient bègue non plus à travers sa simple économie psychique comme on peut le faire avec un patient classique mais avec les repères que nous utilisons en psychosomatique.

La notion centrale à retenir dans cette approche est celle de mentalisation : c'est-à-dire la capacité qu'a le sujet à élaborer sur un plan mental ses excitations tant internes qu'externes. Dans cette évaluation le rôle du PCS est d'une importance capitale : c'est le bon fonctionnement de la première topique Freudienne ICS* PCS** CS*** qui assure les bases même de la mentalisation, mais une place importante est aussi donnée à la seconde topique où le surmoi est souvent remplacé par le moi idéal à la recherche de la perfection et du désir de toute puissance narcissique.

Je ne peux bien sûr dans le cadre de cet article entrer dans le détail de la théorisation psychosomatique*. Le principe de base sera d'aider le patient à fonctionner au niveau le plus évolué de son fonctionnement psychique. Une place importante en psychosomatique est accordée au travail de deuil dont on sait, s'il n'a pas été fait à propos de la perte d'un proche, qu'il peut sidérer voire geler l'appareil psychique. La reprise du fonctionnement mental se traduit alors par une pensée associative plus facile, avec la marque d'un PCS fonctionnel : on pourra à ce moment voir apparaître des rêves, notamment d'un proche défunt, et aussi des lapsus ; une place toute particulière sera aussi accordée aux traits de caractères car comme pour les patients somatiques, le sujet bègue s'inscrit le plus souvent dans une structure de type névrose de caractère. Cette configuration ne présente pas une organisation défensive de type névrotique franche marquée par une

* Inconscient

** Préconscient

*** Conscient

**Une recherche entre l'Association Parole-Bégaiement et l'I.P.S.O. se met en place actuellement. Pour plus de renseignements, contacter le 47 49 48 99.*

symptomatologie mentale qui le fait souffrir. La souffrance présente cependant chez le bègue est d'avantage de l'ordre d'un narcissisme blessé, que le produit d'un retour du refoulé qui est un compromis entre la défense et l'interdit. Le bègue est bien plus dans la souffrance de la honte, fut-elle déniée, que dans la culpabilité. Cette notion de narcissisme blessé est probablement très importante chez le bègue au même titre d'ailleurs que chez le patient somatique dont on sait combien le travail sur le ou les deuils non faits, pouvait l'aider à se reconstruire.

Pour le bègue, il me semble que ce qui est en cause est un deuil fondamental, originaire pourrait-on dire, car parler nécessite la construction de l'autre. Or cet Autre, l'Objet, ne se trouve véritablement que dans le manque et dès lors qu'il est trouvé, il est perdu...

En terme plus concret, ce qui est en cause, c'est le deuil de la relation symbiotique à la mère car il faut bien accepter de perdre cette symbiose pour trouver la Mère, laquelle doit être aussi l'autre de l'autre, c'est-à-dire en définitive l'Autre du Père. Tout revient à dire qu'il faut être trois pour être deux ; en effet seule la triangulation œdipienne permettra à l'individu de ne plus s'inscrire dans une complémentarité des êtres essentiellement narcissique ; dès lors il pourra se repérer plus objectalement dans la différence des sexes et des générations et c'est à ce moment que sujet et objet se différencieront véritablement constituant ainsi le point de départ du sentiment de l'altérité. Cet avènement de l'Autre peut être un traumatisme dans le narcissisme sonore du bègue si celui-ci est figuré par un Objet sonore*. Le bégaïement signal d'alarme sera alors utilisé à la place de l'angoisse automatique que nous connaissons tous au début de la vie. Ceci me semble constituer dans le registre de la psycho-génèse un des moments importants de l'histoire psychosomatique du bègue qui n'exclut pas bien sûr toute une dimension organique pour laquelle nos connaissances restent encore modestes.

*Ducasse, 1987

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU A. (1968). Suggestion sur les traits de la personnalité du bègue. *Bulletin de Psychologie*.
- BARRAU B. (1977). La violence orale. In *Psychanalyse et langage*. Dunod.
- CORIAT (1927). The oral erotic components of stammering, *JO*, VIII.
- CORIAT (1931). The nature and analytical treatment of stuttering-*Proceeding of the American Speech Correction Association*. 1, 151-56.
- DUCASSE J. (1987). Le Miroir sonore. *Adolescence* T.5, n°1.
- FENICHEL O. (1979). Le bégaïement. In *La théorie psychanalytique des névroses* PUF.
- GLAUBER (1968). Dysautomatization : a disorder of preconscious ego functioning. *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 49 n° 1, 89-99.
- LEWIN B. (1949). Le sommeil, la bouche et l'écran du rêve. In *L'espace du rêve*. NRP n°5 Gallimard, 1972.
- MARTY P. (1958). *L'investigation psychosomatique*. PUF.
- MARTY P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Que sais-je, PUF.

Interview extraite du livre "Le Bégaïement Sublimé"*

"Ce livre collectif est à la croisée de deux chemins : l'expérience de l'auteur et les différents choix thérapeutiques des intervenants. Il s'agit de permettre au lecteur, thérapeute ou personne qui bégaie, voire les deux, de puiser dans ces entretiens des éléments lui permettant d'appréhender le bégaïement dans sa multi-dimensionnalité. La parole de l'auteur, fil conducteur de ce document, est au cœur du vécu du bégaïement et son approche tournée autour des concepts psychanalytiques, tentant d'ouvrir des portes de connaissance, de reconnaissance, pour qu'au-delà du symptôme soit entendue la singularité, la force, la capacité - présentes en chacun de nous - à dépasser des difficultés, la souffrance d'une parole et d'une communication entravée" (Josyane Lacoste).

Josyane LACOSTE : Monsieur Jacques Ducasse, cet entretien tentera de rendre compte de l'équilibre psyché-soma inhérent à tout fonctionnement humain, et plus précisément dans le cadre de notre réflexion sur le bégaïement et la psychosomatique.

Avant d'entrer au cœur de notre sujet, j'éprouve toujours un vif intérêt à connaître le cheminement qui mène à privilégier une certaine voie théorique, thérapeutique, plutôt qu'une autre. Au départ de formation orthophoniste, vous vous êtes tourné vers la psychanalyse et plus précisément actuellement vers l'approche psychosomatique de la maladie. Quel a été le moteur de cette évolution ?

Jacques DUCASSE : Lorsque j'ai commencé mes études d'orthophonie, j'étais en analyse. Ce n'est donc pas une orientation qui s'est faite pendant mon activité d'orthophoniste. Avant même de choisir l'orthophonie, je m'intéressais au langage et si j'ai

*avec l'aimable autorisation des Éditions Masson, Paris. A paraître fin 1996.

Josyane LACOSTE
Auteur de l'ouvrage.
Formation à l'E.P.C.L.
(École de Propédeutique de la
Connaissance de l'Inconscient)
Membre de l'A.P.B.
(Association Parole-Bégaïement)

choisi de commencer mes études par l'orthophonie plutôt que, par exemple, des études de psychologie, c'est sûrement pour des raisons essentiellement pratiques : je trouvais, en effet, que les débouchés professionnels avec un titre d'orthophoniste étaient moins aléatoires qu'avec un diplôme de psychologue, qui somme toute ne donne pas grand-chose s'il n'est assorti d'autres formations. Ensuite, j'ai suivi une formation à la psychothérapie de relaxation, relaxation analytique. C'est à ce moment là que, simultanément, j'ai commencé des études de psychologie en même temps que j'avais une activité de psychothérapeute en relaxation et d'orthophoniste. Je me suis orienté vers cette option psychosomatique, en raison de cette formation de psychothérapie de relaxation : l'une des indications de la psychothérapie de relaxation, s'adresse à des gens atteints de troubles qui ne sont pas directement accessibles par la psychothérapie verbale, au premier chef aux gens qui somatisent.

Ensuite, j'ai commencé ma formation de psychanalyste à l'institut de psychanalyse. Voilà rapidement mon trajet professionnel et universitaire, qui a été marqué aussi par des activités d'enseignement de la psychologie à l'université Paris 7.

La clinique des personnes qui bégaiement, souvent difficile, a-t-elle participé, à cette ouverture d'horizons nouveaux théoriques et thérapeutiques ?

J.D. : Je crois que c'est l'inverse : c'est parce que je m'intéressais au fonctionnement psychique de l'individu que j'ai privilégié dans l'orthophonie ce qui nécessitait une sensibilité au fonctionnement psychique, à savoir effectivement le bégaiement. Par ailleurs, tout ce qui est du domaine de la pathologie vocale, les dysphonies m'ont beaucoup intéressé dans la pratique orthophonique. Je ne dis pas qu'en ce qui concerne tous les problèmes de l'enfant tels les troubles du langage écrit, il n'y ait pas de problèmes qui ne puisse effectivement intéresser une approche plus psycho-dynamique.

J'ai d'emblée eu un intérêt surtout pour les problèmes de voix parce que dans les problèmes de voix, les dysphonies, les gens sont beaucoup plus conscients, me semble-t-il, de l'aspect psychologique que dans le problème de bégaiement. La personne bègue éprouve plus de difficultés à s'exprimer qu'un dysphonique, qui n'a d'atteinte que sa voix.

C'est à la fois le discours et le dire qui sont difficiles pour la personne qui bégaie.

J.D. : Il y a, effectivement, une mise en mot difficile chez la personne bègue ce qui ne favorise pas une demande psychothérapique directe, laquelle nécessite déjà le repérage de difficultés internes.

Ce qui ne veut pas dire qu'il ne soit pas possible de proposer un travail psychothérapique aux personnes qui bégaiement. Mettons un peu de clarté sur les choix thérapeutiques qui se résument, pour schématiser, à deux courants : l'approche rééducative et l'approche psychothérapique.

J.D. : On pourrait plutôt dire l'approche comportementaliste et l'approche analytique avec des formes intermédiaires, selon que la dimension analytique garde plus ou moins de pureté dans la relation psychothérapique.

Dans le cas de l'approche comportementale qui en définitive est rééducative, on reste au niveau du symptôme, même si maintenant un certain nombre de praticiens se sont positionnés franchement comme thérapeutes (d'ailleurs avec toute l'ambiguïté que ça peut avoir vis à vis du psychothérapeute, dont il faudrait, il est vrai, préciser la spécificité). Mais c'est vrai que si on prend le point de départ de pionniers tels que Suzanne Borel-Maisonny ou Claire Dinville, on constate que ce qui était proposé à l'époque était essentiellement une méthode rééducative. Bien sûr cette rééducation se faisait dans une relation, et la relation en elle-même était sûrement très thérapeutique, mais les exercices proposés, le protocole, se voulaient fondamentalement rééducatifs. Je veux toutefois préciser que Madame Borel dont j'ai été l'élève avait une finesse dans la relation que pourraient lui envier beaucoup de "thérapeutes"...

Dans certains types de rééducations, on reste effectivement au niveau du symptôme et en même temps le bégaiement n'a pas valeur de symptôme.

J.D. : De toute évidence le bégaiement est un symptôme, comme peut l'être une angine. C'est un symptôme qui dans la définition médicale peut conduire à un regroupement de symptômes donnant alors un syndrome ; ce n'est pas le sens que je crois entendre dans ce que vous évoquez : le symptôme au sens psychanalytique a une acception différente. Il faut faire une différence entre le symptôme (ou les symptômes de la maladie) du symptôme, c'est à dire de ce qui fait "symptôme" au sens psychanalytique du terme.

C'est là la ligne de fracture entre la rééducation et une approche authentiquement psychothérapique. Dans l'approche psychothérapique, on apprend à voir dans le symptôme, un mécanisme de défense. Dans cette définition psychanalytique, le symptôme psy-

chique est par définition, tout au moins dans la névrose, un compromis entre la pulsion et son interdit. Là, le terme prend une acception différente et il est évident qu'à ce moment là, à trop s'occuper du symptôme et à tout centrer sur lui, on n'est plus psychothérapeute, on n'est plus psychanalyste. Le psychanalyste apprend que cette manifestation symptomatique ne peut disparaître que si l'investissement, qui est mis dans ce symptôme, se déplace ailleurs. Il faut désinvestir ce symptôme et d'une manière parallèle, il est évident qu'un psychanalyste doit absolument guérir du désir de guérir. Plus il va valoriser dans son écoute le symptôme, là en l'occurrence le symptôme-bégaiement, plus il sera sourd à toutes les autres manifestations et moins il sera psychanalyste, psychothérapeute. Il convient ici de véritablement faire une ligne de partage très marquée entre l'attitude psychothérapique qui ne privilégie en rien le symptôme et les attitudes rééducatives, voire rééducatives version nouvelles, qui se disent thérapeutiques mais qui néanmoins accordent une place première à la dimension symptomatique et à la "réparation" du patient.

Une des portes d'accès importante à privilégier, me semble-t-il, dans le cadre de notre réflexion sur la psychosomatique et le bégaiement, est celle de la dimension de la souffrance. La démarche, en effet, n'est pas de même nature si on s'adresse à un orthophoniste, un psychothérapeute, un analyste ou un psychosomaticien. A priori lorsqu'un patient consulte un psychosomaticien, il met en avant les désagréments, l'état de souffrance associés à ses somatisations ; il peut avoir une demande particulière autour d'une prise en charge médicalisée de cette souffrance. Dans notre réflexion psychosomatique-bégaiement, quel statut et quelle place sont donnés à la souffrance ?

J.D. : Il y a par définition une différence fondamentale entre la souffrance physique et la souffrance psychique, même si le non-vécu de la souffrance psychique peut aboutir à une désorganisation somatique. Peut-être que certaines personnes "préfèrent" tomber malades physiquement plutôt que d'avoir une souffrance psychique. Pour être clair, voir schématique (le petit enfant sait que s'il pleure quand il a mal au ventre, ce n'est pas la même situation que celle où il pleure parce qu'il a été grondé) ; je crois que la souffrance physique n'est pas tout à fait à mettre sur le même plan que la souffrance psychique. Voici une première observation ; alors vous dites qu'en tant que psychosomaticien, je dois être confronté à la souffrance physique. Aussi curieux que cela puisse paraître, quand justement quelqu'un est en situation de fonctionnement opératoire, il ne va pas faire une exploitation de sa souffrance physique. Son fonctionnement psychique est tel qu'au contraire, il va se faire une sorte de gloire à bien la supporter et son idéal sera justement de supporter sans faillir et de se battre avec la maladie. Donc on est confronté à la souffrance physique mais peut-être pas comme vous pouvez l'imaginer, avec toutes les nuances qu'elle peut avoir selon les degrés d'hystérisation, où dans certains cas la souffrance pourra être exploitée voire mise en avant pour obtenir des bénéfices secondaires. Déjà là, quand la souffrance pourra être exploitée voire mise en avant pour obtenir des bénéfices secondaires. Déjà là, quand la souffrance apporte des bénéfices secondaires et bien que la souffrance physique soit le point de départ quand même, il y a déjà un lien entre le plaisir et la souffrance, lien d'ailleurs de bon augure. Il s'agit de la co-excitation libidinale sexuelle, c'est à dire une association de plaisir et de souffrance capable de relibidinaliser un mouvement qui pourrait n'être que destructeur.

Dans le cadre du bégaiement, on est dans un cas de figure où la personne bègue n'a pas de souffrance physique : elle est dans le cas d'une souffrance psychique. S'il est vrai que la personne bègue souffre, elle souffre dans son symptôme, mais puisque tout à l'heure vous avez souligné toute la dimension du symptôme dans son acception psychologique, dès lors que l'on se positionne en tant de psychanalyste s'intéressant au symptôme dans son acception psychanalytique, on sait que dans le compromis entre la défense et la pulsion, il y a du désir et donc inéluctablement de la jouissance. C'est-à-dire que si d'un point de vue purement manifeste, dans le bégaiement, il y a une souffrance, celle-ci d'une manière non manifeste mais latente comporte aussi de la jouissance. Le problème de la souffrance il est donc à décondenser d'avec la jouissance qui lui est associée, dans le cas de bon augure. C'est l'un des facteurs intervenant comme résistance à la guérison.

Cette souffrance, chez le sujet qui bégaie, où coexistent des bénéfices secondaires, explique-t-elle une certaine réticence, chez le sujet adulte, à faire la démarche de consulter. Ou bien cette réticence n'est-elle que le corollaire de la difficulté, des différents traitements thérapeutiques, rééducatifs, à traiter "efficacement" le bégaiement ?

J.D. : L'un n'empêche pas l'autre, mais je remarque que vous parlez de "traitements thérapeutiques", tous effectivement ne le sont pas. J'ajouterais aussi que consulter peut déjà constituer une blessure narcissique, comme si l'on n'était pas capable de se débrouiller tout seul. Enfin certains traitements déçoivent amèrement par idéalisation du thérapeute.

te et aussi par son impuissance, voire son incompetence parfois. Il est évident que sans même parler de souffrance, il faut qu'il y ait au moins une gêne pour consulter. En revanche j'ai reçu en tant que psychanalyste des bègues qui ne mettaient pas en avant ce symptôme, ni la souffrance dans leur démarche, ils venaient pour autre chose ! Mais au fond la souffrance est-elle la cause ou la conséquence du bégaiement ? J'ai connu un bègue qui ne l'était plus quand il était amoureux... En revanche nous savons combien les séparations exacerbent le bégaiement.

La souffrance psychique est renforcée par des difficultés professionnelles, relationnelles. Quand la personne qui bégaie fait la démarche de consulter, dans ce temps de pression sociale, économique et de communication "aseptisée" qui est le nôtre, le "désir d'une parole normalisée" n'est-il pas un facteur prévalent par rapport à une souffrance psychique avec laquelle (sans vouloir la minimiser) le sujet s'est construit, a créé son identité, tant bien que mal ?

J.D. : "Le désir d'une parole normalisée" va effectivement de pair avec une communication aseptisée qui semble une caractéristique de notre époque. Ceci a été souligné par de nombreux auteurs qui constatent une évolution de la pathologie qui s'exprime beaucoup plus maintenant dans des organisations de caractères relativement asymptotique contrairement aux manifestations productives du début du siècle. Cette remarque générale s'applique aussi au bégaiement pour lequel est souvent mis en avant le souhait de retrouver une parole normalisée plutôt que d'élaborer la souffrance psychique qui y est attachée.

Pour compléter la compréhension du processus mentalisation dont vous parlez dans votre article, pouvez-vous nous situer quelques instances psychique, en nous référant à la théorie Freudienne, sont particulièrement liées à ce processus. Que pouvons-nous en attendre comme éclairage sur le bégaiement ?

J.D. : Le préconscient, comme lieu de représentation de mots, est l'instance intermédiaire entre l'inconscient et le conscient, instance qui permet effectivement de mettre en latence ce qui de l'inconscient n'est pas encore dans le conscient. Les manifestations du préconscient se manifestent essentiellement par l'activité onirique, par les lapsus, par ces activités intermédiaires de jeu. Mais le préconscient est l'indice que les mécanismes de refoulement fonctionnent ; s'il n'y a pas de refoulement il n'y a pas de préconscient. Pour Marty ce préconscient a plusieurs qualités :

- Sa première qualité est sa permanence : Marty a repéré qu'il existe des gens qui ont une irrégularité du fonctionnement mental ; tantôt ils semblent fonctionner avec leur préconscient, tantôt ils sont dans une pensée opératoire. Cette irrégularité peut-être plus ou moins normale et doit être évaluée.

- La seconde qualité est l'épaisseur du préconscient, c'est-à-dire l'épaisseur des souvenirs et des couchent associatives.

- La troisième qualité est la fluidité du préconscient, qui concerne les images. Celles-ci s'associent entre elles selon des liens qui ne sont pas forcément dans la logique secondaire.

Ainsi, peut-on, grossièrement, repérer la mentalisation par rapport à la première topique : (conscient, préconscient, inconscient) ; il y a pour P. Marty un autre repérage qui doit se faire aussi par rapport à la seconde topique (Moi, Ça, Surmoi). Ainsi les gens mal mentalisés n'ont-ils pas véritablement un surmoi, ce point s'avère être très important en ce qui concerne le bégaiement. Le bègue a une sorte d'exigence un peu tyrannique, or selon la définition classique Freudienne du surmoi, le surmoi héritier de l'oedipe doit être protecteur et non tyrannique. C'est là que Marty introduit, après d'autres, la notion de "moi idéal" : le moi idéal n'est pas le surmoi, c'est à dire que cette exigence d'idéalité n'a rien à voir avec la castration, l'oedipe et l'héritier du complexe d'oedipe, mais avec une exigence narcissique. La mentalisation s'apprécie par rapport à la qualité d'un surmoi en tant qu'héritier du complexe d'oedipe, c'est-à-dire travaillant dans l'oedipe, dans la culpabilité et dans la castration et non pas dans le narcissisme et dans la honte.

Le vécu douloureux du bégaiement génère des blessures narcissiques, et aussi, comme vous le soulignez une certaine forme de honte devant cette impossibilité à faire face, verbalement, à l'autre. Peut-on dire, que ce sont, également, des composantes intervenant dans l'étiologie du bégaiement ?

Pouvez-vous développer ces notions de narcissisme et de honte, qui semblent occuper une place importante dans la problématique de la personne qui bégaie ?

J.D. : La honte renvoie au narcissisme blessé alors que la culpabilité est en rapport avec le surmoi héritier du complexe d'oedipe. Ce qui permet la mise en place de l'oedipe c'est la découverte de l'objet, de l'autre repéré dans la problématique de la différence des sexes et des générations : l'objet est sexué et intéressant car il permet de nouer

une relation située dans la complémentarité sexuelle. Le narcissisme méconnaît l'objet, tout au plus a-t-on une relation avec un "objet narcissique" ; c'est-à-dire un objet non objet. Dans cette optique, le tiers n'est pas reconnu, il ne peut y avoir ni jalousie ni culpabilité mais plutôt honte, envie et haine. Il convient donc de repérer si nous sommes dans une pathologie du narcissisme ou une organisation oedipienne.

Voilà comment il est possible d'apprécier la mentalisation : ainsi tel individu, dans ses exigences met la barre du moi, de l'idéal du moi tellement haute qu'il ne peut jamais être à la hauteur et de ce fait se déprime. A ce moment là il y a une mauvaise mentalisation parce qu'il se situe sous le signe de l'idéalisation et du narcissisme, c'est-à-dire du désir de toute puissance. Il me semble que chez le bègue il y a des mécanismes qui ne sont pas tant dans le refoulement, (rappelons que le refoulement se fait sous la pression du surmoi) que des modes de répressions. Or, les répressions se font beaucoup plus sous l'instance du moi idéal donc d'une instance narcissique, exerçant une pensée répressive sur des affects et représentations en partie connus, alors que dans le refoulement, la pensée n'arrive jamais jusqu'au conscient, elle est refoulée avant. Chez le bègue, il y a une pensée qui est consciente puis réprimée et donc renvoyée immédiatement dans le préconscient ; ce n'est pas du refoulement, c'est de la répression. Il me semble que nous observons là un mécanisme relativement prévalent chez la personne bègue, ce qui va de pair en psychosomatique avec des gens atteints de céphalées. Il serait intéressant de savoir si les bègues souffrent plus que la moyenne de céphalées.

• • •

Nous avons fait un bref tour d'horizon des concepts fondamentaux de l'approche psychosomatique et du rapprochement qu'il peut être effectué avec le bégaiement. D'après votre expérience, pouvez-vous, en guise de conclusion, dans un premier temps, tenter de faire un recentrage plus particulier sur le bégaiement et, dans un deuxième temps, une mise au point sur l'état actuel de la recherche dans le bégaiement ?

J.D. : Bien que nous ayons vu que le bégaiement pouvait fonctionner dans n'importe quelles structures, je crois quand même qu'il y a d'une manière assez constante une organisation de type névrose de caractère chez le bègue avec surtout des phénomènes de répressions de l'affect qui ne sont pas des phénomènes de refoulement.

Il me semble que la recherche dans le bégaiement a été confrontée jusqu'à maintenant à certaines impasses en raison de la dimension plurifactorielle qui intervient dans le bégaiement. En effet, le bégaiement est un trouble qui, s'il affecte la parole dans son expression bucco-phonatoire, touche aussi l'individu au sein même de la communication puisque c'est la fonction qui permet la communication qui est touchée. De fait, on peut dire que le bégaiement est à aborder d'une manière tout à fait pluridisciplinaire et c'est probablement la difficulté que l'on peut rencontrer dans les recherches sur le bégaiement. Le bégaiement intéresse les orthophonistes, les phoniatres, les psychiatres, les neurologues, les linguistes, les psychologues, les psychosomaticiens, les psychanalystes ; or, aborder le bégaiement à travers tous ces axes rend difficile une vision globale ; une solution thérapeutique qui prendrait en compte tous ces différents aspects, si elle est souhaitable, est bien sûr idéalisante.

Il serait sûrement intéressant d'avoir des rencontres interdisciplinaires, mais très rapidement on se heurte à un problème de langage : le jargon inévitable, la communication entre spécialistes rend difficile une complémentarité car les constructions scientifiques laissent bien peu de passages et de ponts entre-elles. Il me semble, non pas tant au niveau de la recherche que du traitement qu'il y a deux grands courants. Un premier vise à la réduction rapide du symptôme et renvoie à des solutions pragmatiques, qui sont pour l'essentiel des prises en charge phoniatriques ou orthophoniques, la prise en charge purement biologique, médicale par des médicaments n'ayant donné que des résultats décevants. Le second courant est celui de l'approche psychothérapeutique voire psychosomatique dont l'objectif n'est plus la réduction immédiate du symptôme mais plutôt la remise en route de l'appareil psychique. On recherchera à le faire fonctionner à son niveau le plus évolué et cette démarche me paraît actuellement une perspective pleine d'espoir. Le traitement d'une personne bègue ne peut, me semble-t-il, qu'exceptionnellement revêtir le protocole classique des soins donnés au névrosé. Des aménagements techniques sont nécessaires, ceux-là même qu'on a appris à prodiguer aux patients présentant des maladies somatiques.

Je vous remercie d'avoir ouvert ces portes de réflexion lors de cet entretien ; elles se révéleront sûrement intéressantes et fructueuses pour tous ceux qui souhaitent inscrire leur approche du bégaiement dans une perspective où l'économie psychique et somatique du sujet qui bégai est prise en considération.