

DE LA STRUCTURE PSYCHOSOMATIQUE AU PROCESSUS DE SOMATISATION

Exposé fait à Liège le 14 mars 2009 par **Eloïsa Castellano-Maury** psychanalyste et psychosomaticien à Madrid et membre de l'Association Internationale de Psychosomatique Pierre Marty.

Introduction

Je voudrais commencer par ces mots d'HIPPOCRATE qui disait déjà au V^e s. av. J.-C. : « *Lorsque le corps est en état d'éveil, l'âme est à son service, elle s'applique à de nombreuses tâches. Lorsque le corps est au repos, l'âme se déploie... Les signes qui apparaissent dans les rêves ont une grande valeur car* **LES MALADIES QUI ÉCHAPPENT À L'ÂME CONTRIBUENT À DÉVORER LE CORPS.** »

Il est impossible de développer, dans un seul exposé toute la complexité de la théorie et la pratique de la psychosomatique de l'Ecole de Paris dont de la découverte par Pierre Marty remonte aux années 50.

Je dois me limiter obligatoirement à des coups de pinceaux qui voudraient moins développer un pensum théorique que vous transmettre un bref aperçu de quelques idées fondamentales et un pan de mon expérience clinique.

Mis à part la conception de l'Ecole de Paris, le terme de psychosomatique a désigné des points de vue très divergeants : depuis Hippocrate, en passant par Groddeck, Ferenczi, l'Ecole de Chicago et aussi la psycho-somatique avec un trait d'union - chasse gardée de la médecine officielle - une certaine babélisation s'est emparée du terme.

Je me propose donc de commencer par vous raconter une histoire. Vous savez que Freud disait que le « Dichter », c-à-d. le poète ou l'écrivain, savait plus sur l'âme humaine que toute la psychologie réunie.

I. Jean sans Peur et Marie

Il existe un conte de Grimm intitulé « Jean sans Peur » qui dans mon enfance attirait fortement mon attention.

Dans ce temps de frissons infantiles lorsqu'on écoutait des histoires de sorcières, d'ogres et de fantômes, lorsque la traversée d'un couloir sombre nous épouvantait, j'enviais ce personnage qui ne savait pas ce qu'était que la peur.

Il se mettait dans des situations effrayantes sans s'émouvoir, on le soumettait aux plus terrifiantes épreuves et il haussait les épaules, imperturbable.

A ce moment là je ne pouvais pas soupçonner qu'en réalité il aurait fallu plaindre Jean sans Peur, plutôt que de l'envier. Au contraire de la force que je lui attribuait, il était le plus fragile des êtres.

En effet, sans peur, sans angoisse, il n'y a ni défense, ni imagination, ni créativité. Ne pouvant se lier à des représentations ou à des fantasmes l'angoisse libre constitue une grave menace pour ce genre de sujet.

Grimm le décrit ainsi : « Il avait l'air idiot, il ne comprenait rien, il n'apprenait pas de l'expérience. Quand à la veillée on racontait des histoires de spectres et de crimes, il restait impassible et s'étonnait de la réaction des autres devant ces récits. »

Jean sans peur a du mal à s'identifier à ceux qui connaissent ce sentiment – on pourrait dire qu'il ne comprend rien à la névrose – mais on ne sent pas spécialement en lui ni haine, ni agressivité. Rien qu'une perplexité étonnée.

Pour Jean sans Peur les choses ne sont que ce qu'elles sont : ni symbole, ni sentiment, ni fantasme qui vienne nuancer la banalité de la réalité réelle.

Avec toutes les réserves qu'on se doit d'avoir lorsqu'on utilise une fiction pour faire un rapprochement clinique, Jean sans Peur ressemble à certains patients opératoires, handicapés de l'affect, au psychisme sidéré, incapables de se rendre compte de leur état de détresse.

Leurs carences les empêchent de ressentir de l'angoisse ou de la peur, mais ils ne peuvent pas non plus expérimenter des satisfactions, des joies : ils ne rient ni ne pleurent.

Ils végètent comme des automates et nous racontent sans émotion leurs terribles histoires : deuils, pertes, catastrophes, maladies, abandons, tout est énuméré dans la même tonalité, terne, plate.

- *Tous parlent de la peur – disait Jean sans Peur – mais moi je ne sais pas ce que c'est. J'aimerais bien qu'on me l'explique.*

Mais comment expliquer à quelqu'un ce qu'est « sentir » ou « s'identifier » ? Les explications ne servent pas à ces patients et moins encore les interprétations intempestives qui peuvent les plonger dans un état économique

impossible à élaborer par la pensée et qui met en péril un équilibre psychosomatique précaire.

Cela peut sembler paradoxal mais il faut savoir que la pensée opératoire est le dernier bastion défensif de ces individus pour rester en vie. On pourrait dire qu'ils ne supportent la vie que si elle se cantonne aux apparences.

« Le surinvestissement de la réalité perceptive et du factuel protège le moi d'un envahissement par l'angoisse » C. Smadja

Le risque de désintringation pulsionnelle sans possibilité de réintringation, étant donné qu'aucun filet psychique n'arrête la chute de ces funambules, est l'une des conséquences d'une intervention mal venue. C'est pour cela qu'un doigté et un tact spéciaux doivent présider à leur traitement. Une technique particulière s'impose.

Avec un névrosé suffisamment solide, on peut se risquer à des interprétations contondantes qui ne feront qu'exacerber leur symptomatologie mentale.

Un malade somatique souffrant d'une maladie organique grave risque de se désorganiser jusqu'à des niveaux qui peuvent mettre sa vie en danger.

Marty répétait souvent que l'inconscient du malade **opératoire** reçoit mais n'émet pas : pas d'associations, pas de réactions émotionnelles apparentes, même pas d'actings... et bien sûr pas de rêves.

Je reçois Marie, 26 ans, ingénieur agronome, atteinte d'un cancer du côlon. C'est sa tante, une ancienne patiente, qui, très affectée, me l'envoie.

Marie, elle, n'est pas affectée, au contraire, elle est « désaffectée », comme une maison vide, devant laquelle on se demande ce qu'elle avait pu contenir autrefois... ou si elle a toujours été inhabitée.

Marie ne sait pas ce que c'est que l'affect. Au maximum elle dit qu'elle s'ennuie, qu'elle est fatiguée, elle « a la flemme ». Exceptionnellement elle peut ajouter : « mais ça ne fait rien », dans la forme la plus molle de la négation.

Comme Jean sans Peur, sa maladie, que je connais par sa tante, et qu'elle ne mentionnera que bien plus tard dans la cure, ne semble lui faire ni chaud ni froid.

Lorsqu'elle en parlera ce sera en la banalisant : puisque les médecins sont là pour s'en occuper, c'est leur affaire...

Jamais une mention ni une plainte au sujet du traitement médical ou des examens que je sais être particulièrement pénibles.

Aliénée de son corps, cela ne la concerne pas, elle fait allusion à cette maladie grave comme à un simple rhume. Quand éventuellement je m'enquiers – et avec quelle prudence ! – de son état de santé, elle dit : « normal ».

« Normal » est son leitmotiv, son mot fétiche : au bureau c'est « normal », sa relation avec ses parents, sa soeur, ses amis « normale », son couple est « normal », ses distractions « normales ». Derrière cette « normalité »

accablante on sent un énorme mal-être, un état dépressif **essentiel** latent, aucun plaisir, aucun enthousiasme, aucun souci... Seul plaisir, si l'on peut dire : s'affaler le soir devant la télé... et peu importe ce qu'elle donne.

En écrivant cette dernière phrase je me dois de vous rassurer : nous avons tous de ces moments opératoires – qui sont même salutaires ! - mais il s'agit de **moments**, pas d'un mode de **vie**.

Pour sa maladie on lui préconise de suivre un régime alimentaire approprié, mais elle n'aime pas faire les courses, elle n'aime pas cuisiner, elle n'aime pas prévoir des choses.

A ma question : « *Qu'est que vous aimez ?* »

Toujours le petit rire forcé : « *Eh, ben... je ne sais pas...* »

Elle ne s'inscrit pas dans la temporalité, ni passé, ni futur, elle se laisse glisser dans un présent dévitalisé. Ni projets, ni regrets.

Elle devrait mettre des rideaux à ses fenêtres depuis 4 ans qu'elle vit en couple, mais elle a la flemme d'aller dans les magasins ; une amie lui a offert un rouleau de tissu à cet effet, mais il reste dans un coin de la pièce.

Je lui demande si la couleur ou le motif de ce tissu lui déplaisent : « *Non, non... il est bien... Mais... bof !* »

Elle ajoute que c'est très gentil de la part de son ami : donc aucune hostilité d'avoir reçu un cadeau mal venu, aucune crainte d'emprise anale...

Depuis son emménagement plusieurs caisses restent encore non ouvertes... il faudrait qu'elle le fasse, mais ça l'ennuie...

Son mari lui a offert un appareil photo pour Noël, en principe elle lui avait dit qu'elle aimait faire des photos, mais elle n'a pas encore ouvert le paquet...

Pas de culpabilité ici, toujours le même ton de petite fille sage, le même sourire timide.

Elle ne fait jamais de projets, son mari, qui lui a l'air d'être un hyperactif – peut-être par désespoir – est celui qui se charge des vacances, des sorties, des voyages, des activités sportives, il a plein d'amis qu'il voit tous les week-ends... Marie le suit, ou ne le suit pas... selon les jours... elle trouve ça « normal ». Elle ne voit presque jamais ses amies de la Fac, elle n'appelle jamais et lorsque ce sont elles qui l'appellent parfois « ça la barbe » de les voir...

Elle vient me voir docilement, parce qu'on lui a dit de le faire... je ne représente qu'un spécialiste de plus... elle est ponctuelle, assidue, elle paye sans faille... elle s'assied, émet invariablement le même petit rire forcé et attend passivement que j'exerce ce que ma collègue Marilia Aisenstein appelle « l'art de la conversation » qu'exige ce genre de patient et qui épuise davantage qu'une journée entière de travail avec des névrosés.

Pour les malades somatiques graves nous avons l'impression d'être interchangeables, par exemple la dérivation de l'investigateur initial à un autre thérapeute ne suscite ni mouvement d'inquiétude... ni de soulagement ; nous ne sommes pas des objets investis d'emblée, on ne sent pas la moindre trace de transfert, ni positif, ni négatif.

Pas de mouvements de méfiance ou de recul obsessionnel, pas de rapprochement ou d'identification hystérique. Pas d'amour, pas de haine. Pas de rire, pas de larmes...

Rien à voir avec le fantasme inconscient qui sous-tend la douleur symbolisante du corps, comme dans l'hystérie de conversion.

Mais où est donc passée la pulsion ?

Il y a des patients qui arrivent avec lesquels on se sent tout de suite psychanalyste. On pourrait dire qu'ils vous redonnent comme un cadeau votre identité psychanalytique.

Avec d'autres on ne sait pas qui on est, ou même ce que l'on fait, ce que l'on dit, ce que l'on pense.

La sidération psychique est contagieuse.

On veut bien croire qu'à la longue nous représentons quelque chose pour eux. Reviennent-ils par simple conformisme ? Par inertie ?

Il y a chez le psychanalyste psychosomaticien des moments de véritable détresse, d'inquiétante étrangeté : « Mais, que fait un psychanalyste comme moi dans une situation comme celle-ci ? »

Le savoir, les théories, les longues années d'étude et de pratique s'effilochent et on se rattrape aux branches... aux branches de l'intuition ? de la sensibilité ? de l'éthique de ne pas abandonner des êtres aussi démunis ?

Ce qui nous fait persister c'est de constater avec une certaine incrédulité que le patient va mieux.

Les derniers « marqueurs » de Marie sont bons, la maladie semble stationnaire. Y a-t-il quand même quelque chose qui se passe ? On voudrait croire à cette mystérieuse communication d'inconscient à inconscient... ou est-ce tout simplement le fait d'écouter avec bienveillance des gens que personne n'a la patience ni l'intérêt d'écouter... ?

Ou peut-être, finalement, que notre qualité de psychanalyste, qui doit être comme une deuxième peau, fonctionne à notre insu.

Mais dans un cas pareil, quel pronostic à long terme ? Le terrain semble si aride... On craint une thérapie à vie...

Marie, jeune, très jolie, dangereusement bien élevée, touchante dans sa terrible détresse qu'elle ignore, est un exemple saisissant de **vie opératoire** et de sa « *compagne de misère* »¹ : la **dépression essentielle**, ayant débouché sur une maladie organique.

Avec cet exemple clinique que j'ai choisi pour son caractère extrême, je n'ai pas l'intention d'établir un modèle clinique stéréotypé.

J'ai voulu vous faire part de mes sentiments contre-transférentiels, suscités par un tel fonctionnement psychosomatique, sentiments qui sont déjà une indication diagnostique.

¹ Selon l'expression de Michel Fain

Tout malade qui se présente devant nous est une personne singulière, à qui il est difficile de ne pas attribuer un psychisme, même s'il ne possède qu'un « *moignon de névrose* » comme dirait Bergeret, et chez qui on peut espérer des variations dynamiques, soit au contact de la vie, soit dans la cure.

A la fin du conte, Jean sans Peur découvre finalement la peur... où ? ... comment ? Dans le lit de sa jeune mariée qui l'asperge avec de l'eau d'un seau où sautillent des petits poissons...

---oooOOOooo---

II - De la structure psychosomatique aux processus de somatisation

Au début des investigations de Pierre Marty on parlait de **structure psychosomatique**. Il a bientôt modifié cette expression un peu lapidaire et définitive par le concept de **processus de somatisation**, plus large et plus souple.

La psychosomatique de l'Ecole de Paris est indissociable de la métapsychologie psychanalytique qui constitue sa base théorique.

La découverte de Freud du concept de « pulsion » comme représentant psychique de l'instinct met fin à la séparation arbitraire entre le corps et l'esprit. « *La pulsion est un concept limite entre le biologique et le psychique* » dit-il. Et plus tard : « *Le Moi est avant tout un Moi corporel.* »

Ces deux phrases fondamentales n'ont peut-être pas été assez présentes dans l'esprit de certaines pratiques psychanalytiques contemporaines qui, si elles ont tenu compte du corps érotique (et encore !) ont ignoré pendant longtemps les implications des troubles du développement précoce de l'être humain sur le corps somatique.

Le corps érotique et le soma ne sont pas la même chose.

L'organisation psychosomatique de l'être humain comprend non seulement un fonctionnement psychique plus ou moins stable du sujet, mais aussi des points de fixation somatiques que chaque individu possède.

Elle tient compte, non seulement des points de fixation propres à la psychanalyse, les premiers à tisser des liens entre soma et symbolisation (fixations orales, anales, phalliques) mais aussi de celles, purement somatiques, qui se trouvent en deçà dans l'échelle évolutive.

Il s'agit de phénomènes de fixation plus archaïques qui considèrent des fixations in utéro, respiratoires, humorales, viscérales, les premières expériences du toucher, de la vue...

Ces fixations seraient plus primitives, et correspondraient plus ou moins aux notions freudiennes de « *constitution* » ou de « *disposition* » qu'il expose dans son article de 1913 « La disposition à la névrose obsessionnelle ».

En faisant allusion à ces fixations très précoces, Freud parle « d'inhibitions du développement ».

Mais s'il n'approfondit pas cette idée, il fait preuve, comme souvent, de son habituelle prescience intuitive.

Il dit : « *face à la question de savoir quels sont les facteurs qui peuvent provoquer de tels troubles du développement, le travail psychanalytique se démet et abandonne le problème à la recherche biologique* ».

Cependant la biologie n'a pas suivi la trajectoire préconisée par Freud, car elle s'est limitée aux phénomènes observés au microscope, sans les relier aux avatars du psychisme humain qui, lui, ne se voit pas².

Cette recherche de l'origine *des troubles du développement* psychosomatique de l'individu est revenue aux psychanalystes de l'Ecole de Paris, avec Pierre Marty à leur tête.

La maladie, aussi bien du corps que de l'esprit, comporte toujours des énigmes déconcertantes ; la variabilité de la symptomatologie de notre pratique quotidienne pose de nombreuses interrogations qui déstabilisent nos certitudes, si tant est que nous les ayons jamais eues.

Tout individu malade nous surprend à un certain moment : il brouille les pistes et s'amuse à bouleverser les théories et les classifications.

Freud s'est toujours voulu surpris.³ Tout au long de son œuvre apparaissent ici et là des allusions à cette préoccupation qui l'a toujours accompagné. Il disait en particulier : «... *nous sommes prêts à reconnaître les imperfections de nos connaissances, à y ajouter de **nouveaux éléments** et à introduire dans nos méthodes toutes les **modifications qui puissent représenter un progrès*** » (1918 : Les chemins de la thérapie psychanalytique)

Et aussi : « *Je crois très possible des **procédés supplémentaires pour des sujets infantiles et pour les publics des hôpitaux*** »

Dans notre époque « politiquement correcte » ce propos « d'infantile » peut choquer. Mais il faut le lire comme faisant allusion à des organisations pré-génitales, ou bien au concept **d'inorganisation** de Pierre Marty.

L'excessive normalité de ces personnalités, leur « grisaille », leur « hyperréalisme » contribuent à ce que l'extrême fragilité de leur psyché passe inaperçue.

Ce sont souvent ceux que l'on qualifie de « gens normaux » à qui on permet de tomber malade somatiquement. Personne, et surtout pas eux-mêmes, n'aurait songé à attribuer une origine psychique à leur affection.

« *Mais je ne suis pas fou !* » est souvent l'exclamation qu'ils profèrent lorsque leur médecin leur conseille un traitement psychique.

² Voir à ce sujet l'article de P. Marty: "Les difficultés narcissiques de l'observateur devant le problème psychosomatique (1952)

³ Theodor Reik a écrit un livre intitulé : « Le psychanalyste surpris » dont la finesse devrait être un exemple pour certains courants psychanalytiques.

Même si comme psychanalyste psychosomaticien l'on ne se consacre pas exclusivement à la pratique de ce genre de malades – ce qui d'ailleurs est déconseillé si nous voulons conserver notre propre équilibre – l'enseignement de Marty reste un apport qui élargit le champ de l'investigation et qui s'applique non seulement à des malades gravement atteints, mais à chacun des individus que nous recevons.

Pierre Marty prend donc le relais des intuitions freudiennes et développe une théorie et une pratique basées sur la psychanalyse – les **procédés supplémentaires** et les **nouveaux éléments** dont parlait Freud.

Dans son livre « Les modèles en psychosomatique » Claude Smadja développe les trois étapes qui ont marqué l'histoire de la théorie de l'École de Paris :

- En 1962 de M'Uzan et Marty décrivent la **pensée opératoire**, telle que je l'ai esquissée avec le cas « Marie ».

La pensée opératoire a évidemment existé de tous temps, mais, étant donné qu'elle a toujours été assimilée à une pensée normale, la nouveauté de la découverte de Marty c'est d'en faire un objet d'étude scientifique.

Le surinvestissement de l'actuel et du factuel prédomine. Les comportements prennent la place de la réflexion. La vie psychique du patient opératoire se caractérise par une platitude tragique, a-conflictuelle, conformiste.

Il est bien entendu que l'extrême fragilité narcissique joue un rôle prépondérant dans ce tableau, ainsi que la prédominance du Moi Idéal de toute puissance sur le Surmoi post-œdipien.

- Dans un deuxième temps Marty décrit en 1966 la **dépression essentielle** qui se caractérise par une *absence d'expression symptomatique*. Il n'y a pas comme dans la dépression névrotique des manifestations bruyantes de douleur, de plaintes, ni d'affect. Le sujet vit dans une apparente « normalité » mais la libido est absente.

Il végète comme un automate, sans désir et sans plaisir. Cette dépression passe souvent inaperçue par l'entourage, mais par contre elle est vite repérée par les affects contre-transférentiels du thérapeute.

- La troisième étape décrit la notion de **processus de somatisation** créée par Marty en 1967. Le processus de somatisation s'applique en général à tous les individus et non seulement à ceux que l'on qualifie habituellement de malades psychosomatiques.

Ce sont les caractéristiques **individuelles** du fonctionnement psychique du sujet qui favorisent ou protègent, selon le moment et les circonstances, d'une somatisation passagère, fonctionnelle ou organique, réversible ou grave.

Il y eut un temps où il y avait d'un côté les fous et de l'autre les malades relevant de l'anatomo-physiologie.

Mais nous sommes tous psychosomatiques.

En effet nous tombons tous malades à un moment ou à un autre de notre vie, de façon bénigne, ou plus ou moins gravement, avec des maladies à crises, des affections réversibles...

Nous vivons tous la maladie de façon **individuelle**, j'insiste encore, selon nos points de fixation, selon notre état de mentalisation à ce moment là, selon la façon dont nous sommes capables d'élaborer les états traumatiques, à des moments de fragilité passagère, dans les cas de pertes, de deuils, du facteur ajouté du vieillissement...

Selon notre propre développement précoce, selon les avatars de notre vie, une vie à chaque fois unique, différente, inclassifiable...

En schématisant, les individus se situeraient dans une échelle qui irait d'un pôle extrême – qui pourrait correspondre à la psychose – à un autre pôle extrême qui correspondrait à la somatisation létale. Tous les êtres humains s'inscrivent entre ces deux pôles avec, bien entendu, des nuances, des variations infinies et des mélanges compliqués.

En simplifiant, on pourrait dire que les névrosés et les états limite oscilleraient de manière plus ou moins marquée entre ces deux pôles

Entre ces deux pôles se situeraient aussi ce que Marty a décrit comme **la névrose de caractère**. Elle concernerait la majorité de la population, mais aussi la plus susceptible de tomber malade.

La névrose de caractère décrit principalement une organisation polymorphe, sans une symptomatologie mentale dominante et régulière ni de mécanismes de défense **solides et constants**.

Le fonctionnement préconscient peut être de plus ou moins bonne qualité, avec des traits de caractère qui les rapprochent des névroses mentales, mais qui sont labiles et mal établis. Le principal mécanisme utilisé par les névroses de caractère est la formation réactionnelle ; elles font appel de préférence au mécanisme de répression plutôt qu'au refoulement.

Ici le Moi évite à tout prix d'être exposé à la pulsion érotique ou agressive.

On pourrait facilement confondre cette névrose de caractère avec une névrose obsessionnelle, mais il n'en est rien, car il n'y a pas d'états affectifs ni de symptômes bien définis. Les rationalisations, les généralisations et le négativisme prédominant, ainsi que la méconnaissance du caractère pathologique de leur personnalité.

Il faut comprendre la grande variété qu'englobe cette nosologie et les nuances qu'il convient d'apporter. Oscillant entre les extrêmes, certaines d'entre elles se rapprochent des névroses mentales et d'autres, très mal organisées, sont à la limite des névroses de comportement.

On voit bien que qualifier un sujet de malade psychosomatique c'est en quelque sorte le stigmatiser comme s'il s'agissait d'un état permanent et sans espoir. Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait des sujets dont les caractéristiques justifieraient davantage cette appellation.

Un exemple clinique illustrera une autre manière de somatiser : dans ce cas il s'agit d'une somatisation fonctionnelle, bénigne et réversible, qui vient se greffer sur une structure névrotique avec de solides traits de caractère anal et hystérique de bon pronostic. Il faut dire aussi que le travail analytique a modifié sensiblement la raideur de ce qui, au début, pouvait correspondre à la névrose de caractère décrite auparavant.

Daphné, 28 ans, célibataire, ayant une profession intéressante, très investie, où elle réussit très bien, est en analyse avec moi depuis plusieurs années à raison de 3 séances par semaine.

Très intelligente, sensible, cultivée, avec d'énormes difficultés pour affirmer sa propre identité et des efforts titanesques, dus à son ambivalence, pour se séparer de sa tribu familiale originaire d'une ville voisine de Madrid.

Ce milieu petit-bourgeois aisé mais fruste, régenté en douce par des femmes à l'analyté sadique genre Bernarda Alba, qui exercent leur emprise sur un noyau fermé, conventionnel, rigide, intolérant, borné. Dans ce milieu règne « *l'impératif du conformisme* » (C. Smadja)

Il faut être comme il faut, veiller au qu'en dira-t-on, épouser quelqu'un de « connu », penser et vivre selon les règles transgénérationnelles du Moi Idéal.

Un mot en passant sur le concept de Moi Idéal.

C'est un concept à connotation très péjorative du point de vue des somatisations.

Cliniquement il s'observe par des traits de caractère et de comportement très accentués, caractérisés par la **dém mesure** et une **exigence excessive** vis-à-vis de soi-même et des autres, sans nuances, sans concessions, sans négociation ni adaptation et surtout sans capacité de régression psychique.

Il s'oppose au Surmoi œdipien qui constitue un facteur de protection en rappelant à l'individu le danger de se laisser entraîner par la pulsion ou les exigences excessives et qui accepte les limites et la castration. Par contre le Moi Idéal peut faire face à tout dans un narcissisme tout-puissant de type infantile.

En revenant à Daphné :

Je vis cette analyse comme un lent et pénible « décollage » presque physique de Daphné.

Son amour-haine envers ce milieu et cette famille est comme une glue qui enveloppe son psychisme. Elle dit elle-même: « *je me vois comme une de ces étiquettes adhésives qu'on trouve sur certains produits, il n'y a pas moyen de l'enlever, même si on y arrive avec de l'acétone, ils restent toujours de traces qui collent au doigts et enlaidissent l'objet* »

Et aussi :

« Mon milieu est comme un aimant, je lutte pour m'éloigner et il m'attire irrémédiablement. »

L'analyse avance et recule, se déploie quand même en ellipse ascendante.

Finalement elle quitte ses parents et déménage à Madrid pour vivre seule. Dès son installation elle a de terribles crises de diarrhée alternant avec des épisodes de constipation sévères. Tout au contraire de Marie, ces troubles la préoccupent et l'angoissent.

L'ambivalence des sentiments, exacerbés par la séparation, reclame son dû. Le Moi qui s'affirme se voit débordé par des sentiments de vide, de culpabilité, avec des épisodes phobiques, des moments de dépersonnalisation, des rêves d'annihilation et de destruction.

Tout un enchaînement que nous connaissons bien au décours d'une analyse classique.

Malgré le foisonnement des symptômes psychiques, ceux-ci ne peuvent pas endiguer la surcharge économique que cet acte de désidentification suppose. Daphné déclenche un symptôme somatique. Mais la désorganisation ne fait que provoquer un épisode de crise fonctionnelle qui s'arrête à un palier de fixation anale propre à la patiente et ne va pas plus loin.

Elle a fait le tour des médecins qui ont parlé de virus, de gastro-entérite, de côlon irritable, de stress. Elle a fait toute sorte d'exams qui n'ont rien donné de particulier.

Au décours de l'élaboration que nous avons fait de la séparation d'avec son milieu, et surtout de l'arrachement d'avec sa mère – extrêmement difficile et douloureux – le symptôme physique a diminué et finalement a disparu.

Je rapporte l'extrait significatif d'une séance, quelque temps après cette élaboration.

— Samedi dernier j'ai invité mes cousins à déjeuner chez moi à Madrid. Je les aime bien et nous avons passé un bon moment, on a beaucoup ri...

(il s'agit de deux cousines avec leurs maris réciproques et d'un cousin et sa fiancée qui vont se marier prochainement : donc, trois jeunes couples.)

*— J'étais contente de les avoir, mais en même temps je les regardais avec étonnement, pour moi leur vie est incompréhensible, ils sont tellement prévisibles. Ils ont une vie réglée, rangée, ennuyeuse... ils se plient à toutes les conventions de ma famille... aucune originalité... Pour moi c'est la tristesse, le rétrécissement de la personne... et pourtant une partie de moi les envie, je voudrais être comme eux, me sentir contente dans le clan... mais c'est impossible. Si j'étais comme eux je me serais épargné toutes ces souffrances que suppose être différente, avoir des inquiétudes, des aspirations personnelles. (elle soupire)... Toujours ce besoin d'affection et d'approbation par la tribu qui ne viendra jamais, je le sais... être incluse dans cette **masse** rassurante... et la douleur de sentir que je suis regardée comme une personne bizarre parce que je ne vis pas comme eux...*

Un silence, et puis :

- *Ma mère, qui était beaucoup plus énervée que moi pour que je reçoive bien mes cousins m'avait préparé un poulet en sauce, que je suis allée chercher à T. Elle m'a fait mille recommandations, que ceci, que cela, que je ne serve pas le café en sortant directement le bric de lait à table, mais le petit pot en porcelaine... Ouf !*

Et puis, en revenant à Madrid en autobus je me suis rendu compte que j'avais oublié le sacré poulet dans sa cuisine...

Elle rit gaiement :

— *Elle est restée dans sa cuisine, l'identification à ma mère !... avec le poulet !*

-----oooooOooooOoooo-----

Un mot encore sur la **névrose de comportement**.

Elle est conçue par Marty comme un état qui laisse peu de place au psychisme, particulièrement au travail du préconscient.

Dans ce cas, le conflit défensif ne se traduit pas par la formation de symptômes, mais par la prédominance de comportements sensoriels ou moteurs ; les réponses aux tensions internes sont brutales et se traduisent par des décharges sans aucun symptôme mental ni de trait de caractère particulier. Le livre « *Les Enfants de la terre* » de P.D. James décrit admirablement cette configuration.

C'est une névrose asymptotique, paradoxalement moins susceptible de somatiser que les névroses de caractère A CONDITION QUE LA DÉCHARGE QUE SUPPOSENT LES COMPORTEMENTS MOTEURS OU SENSORIELS NE FASSENT PAS DÉFAUT et que les objets d'étayage ne manquent pas. Dans le cas contraire la fragilité de ces sujets apparait et la désorganisation psychosomatique est alors fulgurante et souvent létale.

III. Quelques concepts fondamentaux

Je me limiterai à expliciter rapidement certains concepts fondamentaux qui soutiennent l'**organisation psychosomatique** : je veux parler principalement des notions

- de structure fondamentale
- du préconscient
- de la mentalisation.

La structure fondamentale

Il s'agit de l'organisation psychosomatique individuelle. Elle est faite d'un étroit mélange de fonctionnement mental, de comportements moteurs et sensoriels et d'investissements psychiques. Ces derniers sont plus ou moins soutenus par la qualité de la libido ; c'est dire l'importance que celle-ci occupe dans la santé et l'équilibre psychosomatique du sujet.

Il est très important de souligner que cette structure peut évoluer, en particulier sous les effets d'une cure psychanalytique, avec les modifications et la

technique toute particulière qu'il est nécessaire d'adopter avec les patients qui somatisent gravement ou qui encourent le risque de somatisation.

Le préconscient se situe entre la conscience et les mécanismes inconscients. On peut le comparer à une réserve individuelle de tous les souvenirs, perceptions, sensations et représentations, aussi bien agréables que désagréables qui ont marqué notre vie, et chose très importante **qui se sont incrits et qui sont susceptibles d'être mis en paroles**, contrairement aux contenus mnésiques inconscients.

Marty parlait de « l'épaisseur » du préconscient pour désigner la richesse psychique individuelle du sujet. Les représentations préconscientes sont liées au langage. Il s'agit d'un niveau psychique auquel nous pouvons avoir accès dans certaines circonstances. La souplesse de circulation entre les instances de l'appareil psychique garantit un bon fonctionnement du préconscient : cela suppose que le sujet possède une connaissance relative de lui-même et de son histoire.

La possibilité de faire des liens entre des souvenirs d'une même époque ou entre ceux d'époques différentes et la possibilité de les associer avec d'autres représentations actuelles ou passées constituent la base d'un bon fonctionnement préconscient. Ce serait en somme comme pouvoir parcourir sa propre archéologie en voyageur illustré. Et tout ceci accompagné d'affect, bien entendu.

La mentalisation

La mentalisation est l'ensemble des qualités qui caractérisent la pensée.

Elle se rapporte à la réflexion, aux représentations, à la capacité de fantasmer, de rêver, d'imaginer, de créer. Dans ce sens elle est à l'opposé de l'action irréfléchie ou de la décharge, que ce soit dans le comportement ou dans le soma.

C'est la capacité d'avoir une discussion interne avec soi-même, se livrer à des souvenirs, à des rêveries... une sorte de FOR INTÉRIEUR où les différentes instances échangent entre elles avec souplesse.

Où le Moi pourrait freiner le Ça, marchander avec le Surmoi, et veiller à son auto-conservation. Où il saurait se plier aux exigences du principe de réalité en empruntant la voie longue pour atteindre la satisfaction de ses désirs.

Il faut préciser que la mentalisation en psychosomatique fait allusion aux acquis propres du développement de l'enfant, non seulement du point de vue intellectuel, mais surtout psycho-affectif.

Les acquis intellectuels dissociés de l'aspect psycho-affectif présentent souvent un caractère rigide, limité ou défensif qui mutilent la personnalité.

L'individu peut acquérir une adaptabilité apparemment satisfaisante, mais ce ne sera qu'un vernis superficiel qui ne tiendra pas au moindre conflit.

Une bonne mentalisation n'est pas synonyme d'intellectualisation. Un grand spécialiste de n'importe quelle discipline qui atteint d'importantes réalisations

dans son domaine, peut fonctionner défensivement se limitant à ce seul secteur, avec une vie affective appauvrie, atrophiée.
 Dans ce cas il s'agit d'un fonctionnement semblable à celui d'une machine spécialisée qui met hors circuit l'affect.

Une mentalisation défailante laisse les conflits existentiels sans traduction psychique, réduits à une pure quantité d'excitation et favorise des états de détresse inélaborables qui précèdent ou accompagnent souvent les somatisations.

L'organisation allergique essentielle.

Il s'agit d'une structure originale, la seule qui répond à l'ancien espoir de découvrir une relation entre certaines configurations psychiques et certaines affections physiques.

Elle se trouve à la base des affections allergiques comme l'asthme, l'eczéma, l'œdème de Quinke ...

Sa caractéristique principale et une relation objectale très particulière qui consiste en une tentative permanente de s'approcher de l'objet, de le capter, de se fondre ou se confondre avec lui ; contrairement à l'hystérique qui maintient l'objet à distance en alternant l'évitement phobique et le rapprochement séducteur.

Il s'agit chez l'allergique essentiel d'une captation totale, archaïque, une identification sans limite, une confusion sans nuances.

Ceci se révèle par des lapsus du type : « Vous voulez sûrement que je vous parle de **votre** histoire » ou bien « Je viens consulter parce que **vous** êtes asthmatique » .

Ces malades sont très intuitifs, sympathiques, de contact agréable, mais ils n'ont pas de relation objectale de choix : un objet remplace l'autre aisément. Ce qu'il faut c'est qu'il y ait quelqu'un qui fasse l'affaire, à condition qu'il ne s'éloigne pas trop du modèle idéal du malade. Si la différence est trop marquée, ils se déstabilisent.

-----oOOoOOoOOo-----

Pour conclure, j'insiste encore sur l'impératif d'avoir toujours à l'esprit la nécessité de nuancer toutes ces données théoriques, qui ne veulent pas être un discours dogmatique, mais un axe de recherches et de questionnements toujours ouverts.

Le saut du psychique dans le corps comporte toujours un mystère. Je rappelle les mots de Michel Fain à ce sujet: « *Le rôle défensif du symptôme mental qui protège le SOMA, reste toujours une énigme* ».

J'ai commencé par Hippocrate et je finirai par Platon dans « Carmide » (v.157 a-b) qui rapporte les propos de Socrate sur la santé :

« Zalmoxis, notre roi... soutenait qu'il ne fallait pas tenter de guérir les yeux sans guérir la tête, ni la tête sans guérir le reste du corps ; il en est de même du corps sans l'âme. C'est la cause de ce que beaucoup de maladies échappent aux médecins grecs ; ils ne s'occupent pas de l'ensemble, quand c'est cela qui demande le plus de soin ; si l'ensemble ne va pas bien, il est impossible que les parties se portent bien. Car c'est de l'âme que sont issus tous les maux et tous les bienfaits pour le corps et pour l'homme ; ainsi donc, c'est l'âme qu'il faut soigner au maximum, si l'on veut que la tête et le corps se portent bien. Et l'âme, mon cher ami, se traite avec une certaine magie, et cette magie ce sont les belles conversations d'où est issue toute sagesse. »

-----ooooOOOoooo-----

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE'

PIERRE MARTY :

- Les mouvements individuels de vie et de mort, Paris, Payot 1976.
- L'Ordre Psychosomatique, Paris Payot, 1980
- La psychosomatique de l'adulte. Que sais-je ? 1990
- « *Les difficultés narcissiques de l'observateur devant le problème psychosomatique* » Revue Française de Psychanalyse, 1952

P. MARTY, M. DE M'UZAN, C. DAVID. ::

- L'Investigation psychosomatique, Paris, PUF, 1963.
- « *Le cas Dora du point de vue psychosomatique* ». Revue Française de Psychanalyse, 1968.

-

F. MOREAU :

- L'Ecoute psychosomatique, L'esprit du temps, 1998.

-

H. KAMIENECKI :

- Histoire de la Psychosomatique, Que sais-je ? 1994.

C. SMADJA :

- La pensée opératoire, Paris, PUF, 2001
- Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique, PUF, 2008.

E. CASTELLANO-MAURY :

Articles dans la Revue Française de Psychosomatique, Paris, PUF :

- « La destruction d'un cœur » 1993
- « L'inquiétante docilité » 1994
- « Hystérie de vie, hystérie de mort » 1997
- « Oblomov » 2003
- « La fin d'une analyse » 2008

Une bibliographie exhaustive sur les écrits de P. Marty peut se trouver dans le N° 6, 1994 de la Revue Française de Psychosomatique. Paris, PUF.