

Université Abderrahmane Mira-Bejaïa  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Département de psychologie et  
d'Orthophonie

**Psychosomatique**  
**(Découverte)**

**Niveau : Licence psychologie clinique**

Cours préparé par Pr. Sahraoui Intissar  
Professeure en psychologie clinique

Année universitaire : 2024/2025

## **Objectifs du module**

L'étudiant doit acquérir des connaissances approfondies en psychologie clinique : les différentes théories et en méthodologie de la recherche.

Il doit également acquérir les techniques de l'observation aussi bien dans le cadre de la recherche (élaborer des grilles d'observation, appliquer l'observation) pour étudier un phénomène psychologique à l'aide de l'observation.

En outre, il faut qu'il soit capable d'utiliser les outils d'investigation de sa discipline : l'entretien, les épreuves d'évaluation des capacités cognitives ainsi que les tests de personnalité (échelles et tests projectifs) ce qui lui permettra de postuler une hypothèse relative au fonctionnement mental du sujet.

De ce fait, il pourra procéder à une orientation du sujet. Ainsi, les références théoriques qu'il aura acquises, les démarches méthodologiques qu'il aura assimilées vont doter l'étudiant d'un capital de connaissances à même de lui permettre de mener à bien des recherches dans le domaine de la psychologie clinique mais aussi dans le cadre de la consultation psychologique, et notamment dans le domaine de la psychosomatique.

## **Méthodes pédagogiques et matériels didactiques**

Le cours sera dispensé en deux étapes indispensables ; la première concerne la partie théorique afin de connaître les principes de base de la théorie psychosomatique, l'étudiant a à sa disposition une bibliographie riche dans la bibliothèque centrale de l'université de Bejaia, ainsi que la bibliothèque du campus d'Aboudaou disposent d'un fond documentaire riche et récent suffisant pour lui permettre de se documenter. Aussi, la bibliothèque de l'association SARP (association pour l'aide psychologique, la recherche et la formation) dispose également de documents très importants concernant la formation en psychologie clinique. Le campus universitaire dispose aussi d'un centre de calcul bien équipé, qui est un espace pour les travaux personnels et TIC.

La deuxième étape sur le plan pratique, l'étudiant doit bénéficier de stage et formation au sein de plusieurs structures à la wilaya de Bejaïa ; CHU Bejaia, service psychiatrie, Centre pour déficients mentaux, Centre pour enfants abandonnés.

## Bibliographie

- Bélanger, D. (1977). *Les méthodes de recherches en sciences sociales*. Québec Montréal: Les Éditions HRW Ltée.
- Bourguignon, O. et Bydlowski, M. (1995). *La recherche clinique en psychopathologie, perspectives critiques*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Debray, R. (1983), *L'équilibre psychosomatique ; organisation mentale des diabétiques*. Paris, France: Dunod.
- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique. Psychanalyse des liens psyché soma*. Lausanne, Suisse : Delachaux et Niestlé.
- Debray, R. (1998). *Pierre Marty*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Doucet, C. (2000). *La psychosomatique théorie et clinique*. Paris, France : Armond colin.
- Elsa Schmid, K. (1985). *Théorie et clinique du fonctionnement mental*. Bruxelles, Belgique : Pierre Mardaga .
- Fain, M. (1971). Prélude à la vie fantasmatique. *Revue Française de Psychanalyse*, XXXV, 2-3, 291-364.
- Grawitz, M. (1976). *Méthodes des Sciences Sociales*. Paris, France : Dalloz, (2001).
- Kitsikis, E. S. (1985). *Théorie et clinique du fonctionnement mental*. Bruxelles, Belgique : Pierre Mardaga .
- Lagache, D. (1949). *L'unité de la psychologie*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Laplanche, J. et Pontalis, J-B. (1973). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Laveyssière, M-T. (2003). *Freud choix de textes*. Paris, France: Masson.
- Marty, P. et De M'uzan, M. (1963a). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 345-356.
- Marty, P. et De M'uzan, M. et David, Ch. (1963b). *L'investigation psychosomatique. Sept observations cliniques*. Paris, France : PUF.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort .Essai d'économie psychosomatique* Tome 1. Paris, France : Payot.
- Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique, Les mouvements individuels de vie et de mort. désorganisations et régressions* Tome 2, Paris, France : Payot.
- Marty P. (1981). *Les processus de somatisation*. Madrid, 23 mai. (Document inédit) 1-18.
- Marty, P. (1984). A propos des rêves chez les malades somatiques. *Revue Française de psychanalyse*, (5), 1143-1161.
- Marty, P. (1988). Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte. *Psychothérapies* (4), 177-182.

- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'Adulte*. Paris, France : PUF,(collection que sais-je ?).
- Marty, P. (1991a). Genèse des maladies graves et critères de gravité en psychosomatique. *Revue Française de psychosomatique* (1),5-22.
- Marty, P. (1991b). Dépression essentielle et maladies somatiques graves. *Intervention au congrès international de psychanalyse*. 10P.
- Marty, P. (1991c) . *Mentalisation et psychosomatique* .Paris, France : Les empêcheurs de penser en rond.
- McDougall , J. et al (1986). *Corps et histoire*. IVème rencontres psychanalytiques d'Aix en Provence 1985. Paris, France : Les belles lettres.
- Perron, R. (1985). *Genèse de la personne*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (1992). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, France : Dunod.
- Revaultd'allonnes, C. et coll. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris, France : Dunod.
- Revidi, P. (1994). Réactions psychologiques aux affections somatiques graves. *Encyclopédie Médico-chirurgicale, psychiatrie*, 37-675-A-20,10P.
- Smadja, C. (1998). Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique. C.P.L.F.P.R. *Revue française de psychanalyse*, 5(62) ,1367-1440.
- Stora J -B. (1999). *Quand le corps, prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques*. Paris, France : Odile Jacob.

## Sommaire

Introduction.....	06
1. Aperçu historique.....	07
1.1. Histoire de la psychosomatique psychanalytique.....	07
A. Les courants théoriques d'avant-guerre.....	07
B. Les courants théoriques d'après-guerre en France.....	09
✓ La conversion généralisée de J.P. Valabrega.....	09
✓ L'École de Paris de Psychosomatique.....	09
2. L'approche psychosomatique.....	11
• Le monisme.....	11
• Evolutionnisme.....	11
• Les chaînes évolutives.....	12
• Instincts de vie et instincts de mort.....	13
• L'organisation et désorganisation.....	14
• Fixations /régressions.....	15
• Le traumatisme.....	17
• La dépression essentielle et maladies graves.....	18
• La pensée opératoire et la vie opératoire.....	18
3. Les types du fonctionnement psychosomatique.....	19
• Le fonctionnement mental .....	19
• Les types de la mentalisation.....	20
• Les rêves.....	23
4. Manifestations psychosomatiques chez l'enfant.....	25
4.1. Psychopathologie des troubles psychosomatiques.....	25
5. Diagnostic des troubles psychosomatiques .....	27
5.1. La nosographie psychosomatique.....	27
5.2. La classification nosographique psychosomatique de P. Marty.....	29
6. La prise en charge en psychosomatique.....	32
6.1. L'évolution des psychothérapies.....	32
• Aspects opérants de la psychothérapie.....	36
6.2. La pratique psychosomatique psychanalytique.....	41
Conclusion.....	43

## Introduction

L'école psychosomatique de Paris inauguré dans les années cinquante, sous la direction de Marty Pierre est considérée parmi les écoles les plus contemporaines qui réalise des recherches sur les maladies psychosomatiques et les méthodes de prise en charges psychologiques en se basant sur les principes de la psychanalyse.

Malgré que la psychanalyse - La théorie Freudienne - n'était plus capable d'appréhender totalement ces questions, qu'elle ne pouvait répondre aux nombreux problèmes posés par les malades atteints d'affections physiques, mais reste que S. Freud. a signalé dans ces premiers travaux plus précisément

« L'hystérie de conversion » où il lui procure une explication économique dont les symptômes hystériques se résultent d'une « conversion » d'une excitation interne à une « innervation somatique » ainsi presque dans la même période donne encore un autre éclaircissement concernant « Névrose d'angoisse » car il l'a décrit par un ensemble de troubles fonctionnels relié à des manifestations corporelles due à une angoisse non représenté ,et qui fait partie des névroses actuelles que S. Freud n'a pas pu continuer à les développer , par défaut de temps et ses préoccupations condensés du côté psychique ,dont il a souligné que ses successeurs qui vont s'étaler sur ce volet des névroses actuelles . Cela a donné naissance à l'apparition de plusieurs conceptions considérant que la psychosomatique est l'une de ces conceptions.

La psychosomatique se base sur des principes et des concepts essentiels dans le but d'expliquer plusieurs phénomènes qui constituent son objet d'étude dont on trouve le principe du monisme qui vient remplacer le dualisme psyché - somatique où Marty .P annule la dichotomie corps esprit et accorde l'importance à l'unité substantielle de l'être humain d'un coté et d'un autre à la hiérarchisation de l'ensemble des fonctions qui contribuent à son organisation.

En réalité, cette mise en garde n'entrave plus l'étude, au contraire elle l'enrichit dans la mesure où elle nous invite à ne jamais perdre de vue la relativité des choses.

Cette théorie s'intéresse à l'être humain soit dans son état normal ou pathologique à travers les différentes étapes de son développement, P. Marty explique la maladie selon l'économie psychosomatique de la personne où il prend en compte la dimension

psychologique et l'apport de l'environnement.

P. Marty s'est intéressé au processus de somatisation et que la désorganisation somatique se déclenche lors d'un déséquilibre du fonctionnement de l'organisation mentale et se manifeste à partir de l'endommagement de la valeur fonctionnelle de la première topique (conscient, pré - conscient, inconscient) et la deuxième topique (Ça, Moi, Surmoi).

## **2. Aperçu historique**

### **2.1 .Histoire de la psychosomatique psychanalytique**

Dans toute l'œuvre de Freud ne figure aucun travail de recherche spécifiquement associé à la psychosomatique. Cependant, un certain nombre de travaux et d'outils conceptuels, élaborés par lui-même dans d'autres champs de la psychopathologie, vont servir de base aux élaborations futures des psychanalystes intéressés aux malades atteints de maladie somatique. Si Freud ne s'est pas intéressé à la psychosomatique au sens où nous l'entendons aujourd'hui, il a par contre beaucoup étudié les différents états du corps. L'ensemble de ces travaux concernant les symptômes à expressions corporelles s'inscrivent tous dans des préoccupations théoriques relatives à l'économie pulsionnelle. En parcourant l'œuvre de Freud on peut ainsi décrire quatre types de symptômes somatiques : les symptômes conversionnels hystériques, les symptômes somatiques de la névrose actuelle, les symptômes hypocondriaques et les maladies organiques constituées. Par ailleurs, Freud a souligné au cours de plusieurs observations certaines relations paradoxales et énigmatiques entre des états pathologiques du corps et des états psychopathologiques. Ainsi en est-il de l'inconciliabilité clinique et économique entre un état de névrose traumatique et une atteinte corporelle, de même que l'effacement d'un état névrotique lors de l'installation d'une maladie somatique. Ces mouvements de bascule entre des états psychiques et des états somatiques et leurs liens paradoxaux semblent mettre en jeu la qualité de l'organisation masochique du sujet.

Après Freud, plusieurs psychanalystes se sont intéressés à la psychanalyse des malades somatiques.

#### **A. Les courants théoriques d'avant-guerre**

Ferenczi a consacré une partie de son œuvre à la psychanalyse des maladies organiques. La notion de pathonévrose qu'il a créée cherchait à rendre compte des

remaniements névrotiques et, par extension, psychotiques ou narcissiques survenant à la suite d'une maladie organique. La place du masochisme dans ces évolutions a été envisagée par l'auteur.

Groddeck a élaboré une doctrine psychanalytique de maladies organiques selon laquelle le ça tout puissant était apte à produire aussi bien un symptôme névrotique, un trait de caractère qu'une maladie somatique. Toute maladie somatique se voit ainsi attribuée une valeur symbolique et est susceptible d'être traitée par la méthode psychanalytique. L'absence de toute espèce de discrimination et de différenciation entre les différents niveaux psychiques et les niveaux biologiques et physiologiques comptent parmi les points les plus critiquables de la théorie de Groddeck.

F. Alexander, élève et collaborateur de Ferenczi, a développé principalement aux États-Unis, au sein de l'École de Chicago qu'il a créée, un courant de psychosomatique appelé le courant de la médecine psychosomatique. Sa conception repose sur une approche dualiste du malade somatique associant un point de vue psychanalytique et un point de vue physiopathologique. La médecine psychosomatique s'est construite sur deux ensembles théoriques : la théorie de la névrose d'organe issue de la conception freudienne de la névrose actuelle, postule que les émotions durablement réprimées sur le plan psychique sont véhiculées par des voies nerveuses autonomes jusqu'aux organes qu'ils modifient dans leur fonctionnement, dans un premier temps pour aboutir à des troubles fonctionnels puis dans un second temps à des maladies organiques.

La théorie de la spécificité postule qu'à chaque émotion correspond un syndrome physiopathologique spécifique. Les travaux d'Alexander et de ses collaborateurs de l'École de Chicago, ainsi que d'autres auteurs nord-américains, ont abouti à l'édification de profils de personnalités reliés à un certain nombre de maladies somatiques, dites psychosomatiques. Si les conceptions du courant de la médecine psychosomatique sont critiquables du point de vue psychanalytique, les observations et travaux au sujet d'un certain nombre d'affections, tels l'asthme bronchique, l'ulcère gastro-duodéal ou l'hypertension artérielle gardent un grand intérêt historique et ont ouvert la voie aux travaux ultérieurs de psychosomaticiens, en particulier en France après la seconde guerre mondiale.



## **B. Les courants théoriques d'après-guerre en France**

C'est au début des années 50 qu'un certain nombre de psychanalystes français a commencé à s'intéresser aux malades somatiques. La diffusion en Europe des travaux des psychosomaticiens nord-américains et la critique de leurs positions théoriques ont abouti à des conceptions psychanalytiques nouvelles vis-à-vis du fait psychosomatique. Le recentrage de la pratique psychanalytique avec les patients somatiques sur la relation et le transfert ont permis aux différents auteurs d'élaborer une approche nouvelle (?) psychanalytique de faits psychosomatiques. Les débats théoriques qui se sont alors développés entre différentes écoles se sont principalement centrés sur la question du sens du symptôme somatique.

Pour les uns le symptôme somatique était un vecteur de sens, pour les autres il résultait d'une structure psychique dont l'effet majeur était la dégradation à des niveaux divers du sens.

### **✓ La conversion généralisée de J.P. Valabrega**

La conception de J.P. Valabrega repose sur l'idée de l'existence d'un noyau conversionnel chez tout individu. Le corps est ainsi conçu comme un préconscient chargé d'une mémoire signifiante. Ainsi, tout symptôme somatique contient un sens que le travail de la cure psychanalytique vise à découvrir et à élaborer.

### **✓ L'École de Paris de Psychosomatique**

Vers la fin des années 40 est née l'École de Paris de Psychosomatique. Elle réunit un certain nombre de psychanalystes de la Société de Psychanalytique de Paris : P. Marty, M. Fain, M. de M'Uzan, Ch. David, auxquels se sont joints d'autres psychanalystes. Les premiers travaux dirigés par P. Marty, seul ou en collaboration avec M. Fain, ont concerné des malades céphalalgiques, rachi-algiques ou allergiques et datent des années 50. Ils mettaient l'accent sur l'insuffisance des mécanismes de défense névrotique et attribuaient aux symptômes somatiques une valeur substitutive mais dépourvue de dimension symbolique, comme le symptôme conversionnel-hystérique. La notion de régression somatique est née au cours de ces années par analogie à la notion de régression psychique libidinale.

Au début des années 60, une vaste synthèse théorico-clinique a été élaborée et a pris forme dans un ouvrage collectif *L'investigation psychosomatique* (1962) rédigé par P. Marty, M. de M'Uzan et Ch. David. Cet ouvrage peut être considéré comme l'acte de

naissance de la psychosomatique en tant que discipline psychanalytique. De nouvelles notions cliniques apparaissent telle la dépression sans objet, la pensée opératoire, le mécanisme de reduplication projectif, et un nouveau point de vue domine désormais l'investigation psychosomatique de patients atteints d'affections somatiques graves, le point de vue économique. Selon ce nouveau point de vue, toutes les productions humaines sont envisagées dans leur transformation les unes par rapport aux autres. Ainsi en est-il des productions psychiques, symptômes névrotiques, traits de caractère, perversions, sublimations mais aussi des comportements et des somatisations.

À partir de L'Investigation psychosomatique et au sein de l'École de Paris, différentes sensibilités théoriques vont se développer. P. Marty élabore une doctrine évolutionniste de l'économie psychosomatique. Celle-ci repose sur la coexistence et l'alternance de deux types de mouvements individuels. Les premiers, dits de vie, sont des mouvements d'organisation hiérarchisée. Les seconds, dits de mort, sont des mouvements de désorganisation. L'évolution individuelle aboutit ainsi, pour chaque individu, à l'édification de systèmes de fixation-régression plus ou moins résistants au courant de désorganisation. D'une manière générale, les somatisations résultent de façon plus ou moins durable de l'échec de ces systèmes de défense.

Dans ses travaux, M. Fain met l'accent sur l'inachèvement de la structure œdipienne du petit de l'homme et futur somatisant lié à la prééminence de conjonctures traumatiques dans sa relation précoce à sa mère et à son père. De ce fait, la voie de la réalisation hallucinatoire du désir est plus ou moins durablement barrée et le Moi s'organise prématurément sur un mode autonome. L'état de déliaison pulsionnelle fait ainsi le lit des somatisations qui peuvent alors être interprétées comme un destin singulier de la pulsion.

M. de M'Uzan distingue les troubles psycho-fonctionnels des maladies organiques. Les premiers seraient liés à un processus de régression tandis que les secondes résulteraient d'une modalité spécifique de fonctionnement mental. Cette modalité, qualifiée initialement de structure psychosomatique par son auteur, appartiendrait en fait à la palette habituelle de fonctionnements psychiques chez tout individu. Elle associe une carence de la vie fantasmatique, une pensée opératoire et le mécanisme de reduplication projective, et résulte d'une déqualification de l'énergie psychique.

## **2. L'approche psychosomatique**

C'est grâce aux maintes recherches dirigées par P. Marty sur les personnes atteints corporellement pendant presque 40 ans dont il arrive à élaborer de nouvelles hypothèses qui se basent sur ces principes :

- **Le monisme**

L'abandon du dualisme psyché-soma accompagne cette conception de l'économie psychosomatique mais cet abandon n'implique nullement l'abandon de la notion vitale du conflit. Celle-ci est en effet présente à de très nombreux titres dans la théorie dualiste des Instincts, telle qu'on va exposer. C'est le poids historique du dualisme psyché-soma dans notre langage qui rend compte de l'utilisation du néologisme paradoxal que constitue le mot « psychosomatique ». Quoi qu'il en soit, renoncer à la dichotomie psyché-soma nécessite une plus grande tolérance à la complexité : l'individu psychosomatique doit être en effet appréhendé dans sa totalité en le réinsérant dans le déroulement même de sa vie. Ce n'est qu'à ce prix que les mouvements d'organisations peuvent tenter d'être compris. Les sept observations médicales qui ouvrent le premier chapitre du premier tome intitulé « Les mouvements individuels de vie et de mort, Essai d'économie psychosomatique », visent à sensibiliser le lecteur avec cette manière originale de chercher à comprendre. Le commentaire qui suit met l'accent sur l'aspect partiel de la démarche médicale où l'application de critères standards liés à la spécificité des maladies néglige les conditions de leur déclenchement comme le cours de leur évolution, voire leur succession chez le même patient. Des facteurs décisifs comme l'influence dévitalisante ou revitalisante de l'entourage sur le malade ou l'organisation hiérarchique individuelle des mécanismes de défense y sont signalés, de même qu'y est critiquée l'habitude médicale d'envisager d'une manière linéaire les causes et les effets alors que beaucoup d'inconnu subsiste et qu'il y a souvent absence de parallélisme entre les données anatomiques, biologiques et les données cliniques. (Marty. P, 1998, P 32-33).

- **L'évolutionnisme**

Constitue un guide permanent de l'organisation du monde vivant et de sa hiérarchie fonctionnelle. Selon ce principe, la complication secondaire des situations que nous vivons résulte des combinaisons des éléments premiers ou dynamismes élémentaires.

La trace de dynamismes élémentaires doit ainsi se retrouver à tous les niveaux des combinaisons secondaires, d'une multiplicité infinie, que l'on peut rencontrer. (Marty. P, 1998, P 29-30).

Qui constitue des différentes chaînes évolutives et les dynamismes parallèles, qu'on va exposer brièvement ;

- **Les chaînes évolutives**

Les axes évolutifs de l'individu ne sont pas linéaires, une représentation dans l'espace de ces axes permettrait de mieux saisir la complexité de développement humain. P. Marty propose un schéma des lignes de l'évolution individuelle, marquées par les points de fixations - régressions :

- La chaîne évolutive centrale
- Les chaînes évolutives latérales
- Les dynamismes parallèles

**A) La chaîne évolutive centrale :** comportant les fixations – régressions libidinales, voire somatiques s'achève dans la chaîne évolutive centrale mentale (ou pointe évolutive mentale). Seules les organisations névrotiques ou psychotiques 'Franches' sont dotées d'une telle lignée évolutive, riche en points de fixations, étagés aux différents stades du développement libidinal.

**B) Les chaînes évolutives latérales :** plus ou moins importantes selon les individus, rejoignent la plupart du temps la chaîne évolutive centrale.

Elles sont marquées par divers points de fixations – régressions qui peuvent intervenir lors d'une désorganisation post – traumatique, sous forme de symptomatologies variées, inhabituelles dans le fonctionnement des sujets.

**C) Les dynamismes parallèles :** restent souvent indépendants de la chaîne évolutive centrale. Leur marquage s'exprime sous des formes variées : activités sublimatoires artistiques ou non, perverses, traits de caractère névrotique et psychotique, processus somatiques divers, chroniques, aigus. L'ensemble des activités ou symptomatologies décrites à propos des trois lignées évolutives participe à la régulation de l'économie psychosomatique. (Seron. F, 198, P 74-75).

- **Instincts de vie et instincts de mort**

L'organisation qui se fait à travers l'hierarchisation successive des fonctions est animée « par une qualité mystérieuse quant à son origine, comme quant à son état, il est convenu d'appeler «instinct de vie », formule pleine de sens et d'espoirs » ( Marty. P & R.Debray1998, P 30).

« Les facultés d'organisation et de hierarchisation, aspects des instincts de vie [...] inspirent l'évolution dans tous ses domaines, des plus généraux au plus particuliers ».

« Les instincts de vie sous- tendent ainsi, dans l'évolution générale comme dans l'évolution individuelle, l'organisation de systèmes fonctionnels successifs de plus en plus larges et complexes. » (Ibid. P.30).

Mais le monde vivant n'est pas seulement l'objet d'organisation, d'hierarchisation, de croissance, et d'évolution. Il est aussi l'objet de destruction. « La désorganisation peut se faire jour sur n'importe quel palier d'organisation, en tout point et tout temps de l'évolution. Le mystère règne autant sur «les instincts de mort » que sur les instincts quant à leur origine comme quant à leur état.

Les instincts de vie tirent peut être leur essence des premiers mouvements organisés de la matière. Les instincts de mort de l'inorganisation qu'on peut pensé initiales. La mort est parallèle à la vie quelque soit l'organisation de cette dernière. Les instincts de mort doublent les instincts de vie et trouvent sans doute ainsi la justification de leur dénomination des instincts (Ibid, P. 30).

Le problème fondamental de l'épuisement des instincts de vie au coure de l'évolution individuelle se trouve ainsi posé mais non résolue. D'une façon générale, les instincts de mort passent au premier plan chaque fois qu'un traumatisme empêche de se constituer (notamment durant la période de croissance) ou de s'accomplir l'organisation fonctionnelle la plus évoluée du moment.

En ce qui concerne ces deux instinct P. Marty affirme que ; « Les rapports entre les deux instincts fondamentaux, à travers les mécanismes d'organisations, de désorganisations et de réorganisations de l'homme issu de la phylogenèse et de son hérédité propre, constitue la base de notre conception de l'économie psychosomatique

» (Ibid, P. 32).

- **L'organisation et désorganisation**

Cet ensemble est constitué par le principe de l'organisation fonctionnelle qui s'effectue pendant le développement individuel. Il se complète par le principe des désorganisations fonctionnelles qui, tôt ou tard, nous conduisent à la mort.

L'organisation individuelle s'effectue selon un programme particulier avec ses notations héréditaires et génétiques. Elle dépend ensuite des conditions de la vie intra-utérine, plus des rencontres après la naissance, avec la mère d'abord, ensuite avec un certain nombre d'autres personnages. Où on ne doit pas négliger les conditions matérielles de l'existence.

Pratiquement l'organisation individuelle se fait à partir d'un certain nombre de fonctions éparpillées, sans grandes relations entre elles, que P.Marty a nommé l'ensemble la mosaïque première.

Le développement individuel est un mélange d'auto-organisations et d'organisations en rapport avec l'extérieur. Comme le rôle organisateur de la mère, le plus important sans doute.

Bien qu'un certain programme mental général semble exister dès le début chose confirmé par Freud. S et qualifier de fantasme originaire le développement individuel part globalement du somatique pour aller progressivement vers le psychique. L'organisation psychique occupe donc finalement le sommet de la hiérarchie fonctionnelle. (Marty. P, 1991, P1 -3).

Le passage du somatique au psychique se constate le mieux lorsque les perceptions sensorio - motrices de choses, puis de mots, s'emmagent sous la forme de nos représentations intérieures qui contiennent des charges affectives diverses, et que nous utilisons lors des associations d'idées, indispensables à notre vie mentale comme à notre vie sociale. Le lieu psychique des représentations constitue le préconscient.

A l'inverse des organisations progressives du développement constituées de

groupements de hiérarchisations successives de fonctions, les désorganisations, également progressives, sont faites de dissociations et d'anarchisations fonctionnelles successives. A l'inverse encore, les désorganisations partent globalement du psychique pour atteindre le somatique.

Un système fonctionnel ne peut supporter une charge trop lourde d'excitations sans se désorganiser. Et c'est effectivement chez nous, le plus souvent, une charge d'excitations trop lourde sous la forme d'un traumatisme affectif qui désorganise d'abord les couches les plus évoluées de notre appareil mental.

Puis se désorganisent les systèmes psychiques antérieurement mis en place dans le développement. J'évoque ici le système des représentations du préconscient. Puis enfin désorganisent les systèmes fonctionnels somatiques (Ibid. P1 -3).

- **Fixations / régressions**

De l'embryon jusqu'à l'organisation finale de l'adulte, autant aux niveaux somatiques qu'aux niveaux psychiques, le développement individuel se réalisait avec l'apparition de système fonctionnel nouveau à partir de fonctions déjà-en place. Cela, dans des séries de groupements et de hiérarchisations successives de fonctions conformes à un programme à la fois général et cependant particulier à chacun.

Or, lorsqu'à un moment donné du développement, une fonction déjà en place n'est pas prête (pour des raisons d'excès ou de manques d'excitations portant sur elle) à participer aux systèmes fonctionnels nouveaux, plus évolués, elle se marque.

Elle se marque dans la répétition des tentatives de participation aux systèmes fonctionnels, plus évolués et dans les échecs renouvelés à cette participation. Ce sont ces allers et retours qui donnent lieu aux marquages qu'on appelle les fixations.

Les fixations apportent une double valeur aux fonctions qu'elles marquent :

- 1) **Une valeur de vulnérabilité** : parce que, lorsque des excitations excessives à un haut niveau évolutif provoqueront un mouvement de désorganisation, ces fonctions donneront lieu, plus facilement que d'autres, à des manifestations pathologiques, lesquelles évidemment produiront toujours les mêmes symptômes.

**2) Une valeur de défense** : parce que les manifestations pathologiques en cause constitueront électivement des systèmes des résistances vitales qui mettons un terme au mouvement de désorganisation.

Ce sont les retours à une pathologie défensive issue de fixations qu'on appelle les régressions. (Marty. P, 1991, P3-5).

Il existe des fixations, puis ultérieurement des régressions productrices d'affections symptomatiques, à tous les niveaux du développement, aussi bien somatiques que mental.

Il faut savoir, en fait, que les fixations s'enchaînent entre elle tout au long de l'organisation évolutive d'un, système fonctionnel. Il faut savoir aussi que plus des fixations se sont produites tardivement dans l'évolution de ce système, plus les régressions qui leur correspondent assureront une résistance solide devant les mouvements de désorganisation.

C'est ainsi que, dans l'ensemble, les régressions mentales ont une valeur de résistance plus grande que les régressions somatiques.

P. Marty insiste à chaque fois sur les systèmes de fixations - régressions, ont été découvertes par S. Freud à propos de son analyse des névroses mentales. Et pour classer quelques pathologies régressives on procède selon deux niveaux ;

**Au niveau mental** : donc, les névroses mentales constituées et stables, souvent trop stables d'ailleurs pour les psychanalystes qui les traitent : névrose d'angoisse, névrose phobique, névrose obsessionnelle par exemple.

**Au niveau somatique** : des quantités d'affections sont, le plus souvent, d'ordre régressif. Comme les colopathies, manifestations allergiques telles que l'asthme ou l'eczéma, hypertensions artérielles essentielles, céphalalgies, migraines, manifestations comitiales aussi.

Toutes ces affections ont en commun de se trouver limitées dans leur champ fonctionnel, de ne pas se compliquer spontanément, d'être répétitives chez un sujet donné, d'être enfin classiques autant dans leur présentation clinique que dans leur



évolution. Ce sont des maladies le plus souvent à crises, spontanément réversibles.

N'importe quelle désorganisation mentale déclenchée par un traumatisme affectif provoque un épisode de dépression car la dépression est de courte durée lorsque la désorganisation échoue sur un système régressif mental ou somatique et elle se prolonge lorsque la désorganisation progresse. (Ibid. P3-5).

- **Le traumatisme**

P. Marty reprend la signification économique que S. Freud a attribuée à cette notion, à savoir que : « le terme traumatique n'a pas d'autres sens qu'un sens économique. Nous appelons ainsi un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte, dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles dans l'utilisation de l'énergie ».

Ainsi, il insistera sur la relativité de la force de l'événement pour la mettre en rapport avec les capacités individuelles disponibles pour lui faire face en soulignant que l'origine extérieure d'un événement, aussi important soit-il, n'a pas une valeur absolue. « La qualité d'un traumatisme est en relation directe avec la désorganisation qu'elle provoque et se confond presque avec elle l'origine extérieure du traumatisme ne porte pas en elle-même une valeur objectivement appréciable. La perte d'un être proche peut ne pas être plustrauatisante, chez un individu adulte, qu'un jour, chez un autre par exemple, le sentiment provoqué par le passage d'une poussière dans un rayon de soleil. ». (Marty. P, 1976, P.102).

Les excitations traumatiques diverses dont un sujet peut être le siège, demandent à être écoulées. Si elles ne le peuvent en étant élaborées par l'appareil psychique, elles peuvent se trouver exprimée par le voie de l'activité sensorio- motrice sur laquelle se greffent nos comportements. Mais si ceux-ci viennent également à ne plus être disponible à cause d'impossibilités ou d'insuffisances fonctionnelles surtout (sensorio-motrices) ou par inhibition, évitement ou répression des conduites érotiques ou agressives, « les excitations» ne peuvent plus s'exprimer que par la voie somatique. «Lorsque la disponibilité conjuguée de l'appareil mental et des systèmes de comportement se trouve dépassée, mise en échec par une situation nouvelle, c'est l'appareil somatique qui répond».

- **Dépression essentielle et maladies graves**

C'est en introduction en VIIIème séminaire de perfectionnement de l'institut de psychanalyse, le 30 janvier 1966, que P. Marty fait une brève communication intitulée « la dépression essentielle ». Celle-ci nommée jusque-là dépression sans objet « constitue l'essence même de la dépression à savoir l'abaissement de niveau du tonus libidinal, sans contrepartie économique positive quelconque ». Elle se présente « comme une disparition de la libido tant narcissique qu'objectale, et cela sans compensation économique autre que le morcellement fonctionnel ». « Ces deux termes : disparition de la libido d'une part, morcellement fonctionnel de l'autre, constitue la définition même de l'instinct de mort ». « La dépression essentielle constitue ainsi l'une des manifestations cliniques majeures de la présence de l'instinct de mort ». (Marty. P, 1998).

Cette dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration. La désorganisation la plus large des principes vivants donne lieu à la pensée opératoire dont la dépression essentielle constitue l'un des éléments. » (Marty. P 1988, P59).

Au cours d'une désorganisation progressive que, chez un individu, se produit et se prolonge la dépression essentielle et qu'apparaissent les maladies somatiques graves au bout d'un temps plus ou moins long.

L'aspect commun de la dépression essentielle et des maladies graves est représenté par l'absence d'organisations régressives, tant psychiques que somatiques lesquelles, nous le savons, auraient mis fin à la désorganisation.

- **Pensée opératoire et la vie opératoire**

C'est en 1962 que Marty et M'uzan définissent le concept de « Pensée opératoire » comme illustrant les carences du préconscient, de la vie fantasmatique et des affects dans le cas des affections psychosomatiques. La pensée opératoire témoigne d'une pensée hyper consciente. Les conduites opératoires ne sont soutenues ni par des investissements ni par des contre-investissements. Les représentations sont pauvres, répétitives et marquées du sceau de l'actuel et du factuel. Le patient est

taciturne et présente l'actualité de sa symptomatologie litée et du contexte vécu. Il ne prend pas en compte l'aspect dépressif. (Doucet. C , 2000,P. 62).

Sans oublier que la vie opératoire constitue une étape de relative chronicité, de relative stabilité, qui s'installe au cours d'une désorganisation lente ayant affecté un caractère progressif, et pendant laquelle aucune réorganisation spontanée ne se produit. ( Marty. P .1980, P93).

### **3. Les types du fonctionnement psychosomatique**

D'après E. S Kitsikis, le concept de mental renvoie à une signification plus large dans la mesure où elle engage : le type de relation d'objet ; le caractère processuel (synchronique et diachronique) de l'activité cérébrale et pulsionnelle aboutissant à des formes de représentations, des symbolisations et des conceptualisations » (Kitsikis E. S, 1985, P 43).

- **Le fonctionnement mental**

R. Perron souligne que ; «Comprendre le développement de la personnalité c'est retracer l'histoire des structures qui, à des moments successifs, ont défini le fonctionnement de la personne.» (PERRON. R, 1985, P 12).

« On peut en effet comprendre vraiment le fonctionnement d'un système complexe que si l'on sait comment il a été construit (ou pour mieux dire dans le cas présent, comment il s'est construit) ».

La théorie psychosomatique de P. Marty a pu mettre en évidence le rôle de l'activité mentale dans l'écoulement des excitations. Cependant ce rôle lui est apparu variable d'un sujet à un autre, et chez le même sujet à des moments différents de son existence.

L'observation de la variabilité inter - individuelle de la capacité de l'appareil psychique à écouler les excitations a mis P. Marty devant la nécessité d'établir une classification psychosomatique, d'essence économique. C'est en cherchant un principe sur lequel il pouvait fonder une telle classification que le concept de mentalisation s'est imposé à lui.

Ainsi, pour répondre à une question sur l'histoire de ce concept dans laquelle N.

Nicolaidis relevait le caractère scandaleux de l'idée d'une bonne mentalisation qui se traduirait par des symptômes psychopathologiques ou P. Marty rappellera que le concept de " mentalisation " date des premières années 70, relativement récent, il résulte donc d'autres conceptions. Considérant « la qualité, la quantité, le dynamisme et la permanence des représentations mentales "normales" ou "pathologiques" ». Ce concept est venu de la nécessité d'établir une classification psychosomatique. (Marty .P, & Nicolaidis. N, 1996, P 19-20)

De cette classification psychosomatique il a pu tirer trois types de « mentalisations » bonne, incertaine et mauvaise ainsi la dimension de l'activité psychique à laquelle renvoie la mentalisation « concerne la quantité et la qualité des représentations psychiques des individus » (Marty. P, 1991, P.11) dont le préconscient constitue le réservoir et le lieu d'entrecroisements et de liaisons multiples. En d'autres termes, la mentalisation « apprécie d'un coup les trois qualités fondamentales du préconscient : l'épaisseur de l'ensemble des formations représentatives ; la fluidité des liaisons entre les représentations en son sein : la permanence habituelle ou continuité de son fonctionnement dans le temps » . (Debray. R, Marty. P, 1998, P 62).

**A /La quantité des représentations :** renvoie donc à l'accumulation des couches de représentations dans le temps, à travers les différentes périodes de développement, durant lesquelles elles seront continuellement enrichies de multiples connotations affectives et symboliques. De même qu'elles seront continuellement objet de remaniements sous les effets des mouvements pulsionnels et des conflits psychiques ; ce qui fera dire à P. Marty qu'elles ne constitueront, de ce fait, que « des témoignages discutables des réalités passées » ( Marty. P , 1991, P 44-45) .

**B/La qualité des représentations :** renvoie à leur disponibilité à l'évocation, à la fluidité de la circulation des liaisons entre ces représentations et à la permanence de cette disponibilité à l'évocation et de cette fluidité associative au niveau du préconscient.

- **Les types de la mentalisation**

P. Marty distingue trois types de mentalisations. Il s'agit des mentalisations dites

bonnes, mauvaises et incertaines. Et à coté de ces trois forme de mentalisations on trouve un autre type du fonctionnement appeler névrose de comportement.

#### ✓ **La bonne mentalisation**

Caractérise les individus qui « ont en permanence à leur disposition une grande quantité de représentations psychiques liées entre elles (sujettes à associations d'idées) et enrichies pendant le développement de multiples valeurs affectives et symboliques). » (Marty. P 1990 ; P 30).

De sa part R .Debray, définit la mentalisation comme la capacité à gérer, le conflit, l'angoisse et la dépression. OÙ les bonnes mentalisations renvoient à la disponibilité et à la puissance des mécanismes psychiques qui permettent de contenir, de gérer et d'élaborer les excitations sur la scène mentale, c'est-à-dire elles renvoient aux différents mécanismes de défense qui sont eux - même sous-jacents à la formation des symptômes, des rêves et de l'activité fantasmatique. (Debray. R, 1996, P.35).

#### ✓ **La mauvaise mentalisation**

Ce type de mentalisation est caractérisé par une réduction aussi bien de la quantité que de la qualité des représentations.

Au niveau de leur quantité, c'est ici que l'idée d'une pauvreté du préconscient prend son sens ; l'épaisseur du préconscient – qui renvoie à l'accumulation de leurs couches transversales à travers les différentes périodes, particulièrement de la petite enfance et de l'enfance – et très réduite. Cette réduction renvoie à la pauvreté des paliers de fixations qui se sont constitués à travers ces différentes périodes.

Au niveau de leur qualité, les liaisons entre les représentations disponibles sont mal assurées, qu'il s'agisse de liaisons transversales (entre les représentations d'une même époque) ou de liaisons longitudinales (entre les représentations d'époques différentes). De ce fait, elles ne se prêtent pas aux associations d'idées et ne s'enrichissent pas de valeurs affectives et symboliques à travers le temps. (Marty. P, 1990, P. 29).

Cette pauvreté des représentations en quantité et en qualité ne laisse pas d'autres choix, à ces sujets, que l'activité motrice et les comportements pour écouler leurs

excitations d'origines internes et externes. (Marty. P, 1991, P. 30).

### ✓ **La mentalisation incertaine**

Entre l'ensemble formé par les « névroses mal mentalisés » d'une part, et celui formé par les « névroses bien mentalisés » d'autre part, figure un troisième groupe d'individus qui, par son importance numérique, mérite la plus grande attention. C'est le groupe formé que P. Marty qualifié de « névroses à mentalisation incertaine ». Tantôt « bien mentalisés », les individus riches de représentations. Tantôt « mal mentalisés », et de pensées une leurs représentations et leurs pensées présentent une pauvreté désolante. Les variations de la quantité et de la qualité de leurs est par fois frappante. Dans ce groupe les sujets soumis, à des indisponibilités des représentations acquises, par évitements ou répressions de ces représentations. L'incertitude portant sur la mentalisation provient aussi bien de la variation qualitative et quantitative des représentations du sujet qu'observe directement le consultant pendant son investigation, que de son sentiment de telles variations, qui peuvent être extrême, pendant la vie antérieure du sujet (période de dépression signalées des représentations et des comportements). (Marty .P, 1991, P 31-32).

### ✓ **Les névroses de comportement**

Issues de fixations peu solide, consacrent en particulier la faillite de l'organisation génétique anale et renvoient à des systèmes archaïques où l'on rencontre peu d'organisation mentales, même à peine élaborées, le fonctionnement de la première topique est inconsistant, le surmoi œdipien ne s'est pas constitué. Les comportements et les conduites difficilement aménageables, semblent directement issus des instincts par les intermédiaires sensori-moteurs, sans représentation accessibles à la conscience parce que une pauvreté quantitative et qualitative de ces représentations. Les névroses de comportement expriment leur pathologie dans leurs conduites relationnelles ou non. L'inaptitude à maintenir une relation avec des objets intérieurs, l'incapacité même d'intériorisations objectales, et la nécessité de recourir à des objets extérieurs rendent les névroses de comportement ouverts aux traumatismes et particulièrement fragiles dans les désorganisations post-trauma, alors face à ce dernier on trouve l'absence d'organisation mentale régressive ouvre la porte, d'emblée, à la dépression et à la vie opératoire (Marty. P, 1976, P 106- 110)

Selon les lectures effectuées, le fonctionnement mental englobe : la qualité et la quantité des représentations, l'absence et la richesse de ces dernières, ainsi que la qualité des rêves, l'instance dominante, la nature du conflit, type d'angoisse, les aménagements défensifs, type de la relation d'objet, nature de la vie fantasmatique. Donc afin de cerner le fonctionnement mental d'une personne il faut recouvrir ces différents points cités qui se défont en plus d'un pôle à un autre (névrotique, psychotique, état limite).

- **Les rêves**

La définition première des malades somatiques s'est fait en fonction de leurs quantités mentales et de la dynamique de celles-ci, nous plonge en tout cas directement dans la problématique de la vie onirique des sujets.

Certains malades somatiques rêvent et témoignent de leurs rêves, d'autres, semble-t-il, ne rêvent pas ou tout au moins ne rendent pas compte de leur vie onirique.

P. Marty distingue entre quatre types de rêves appartiennent aux malades somatiques, justement ces rêves se caractérisent par l'insuffisance du fonctionnement psychique qui correspond à un onirisme marqué :

- Soit par son absence,
- Soit par sa pauvreté ;
- Soit par son aspect relativement rare.

Cet onirisme est connoté dans tous ces cas par manque d'associations. (Marty. P, 1984, P. 1145)

- ✓ **L'absence de rêves**

On peut penser que le dormeur a refoulé l'existence même ou le contenu de ses rêves, et on peut penser qu'il ne se souvient pas de ses rêves par manque d'intérêt ou d'effort, ou que se présente pour lui une défense à les laisser apparaître ou, comme en analyse, une résistance en révéler les contenus mais l'expérience clinique a retenu la notion d'une absence des rêves correspondrait théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles se frayant d'autres voies que celle de la représentation et de l'élaboration oniriques.(Marty. P1984, P1147)

### ✓ **Les rêves opératoires**

Il s'agit de reproduire des actes de la journée ou du lendemain ou qui précèdent des actes au programme de la journée suivante. Ils sont exclusifs et révèlent des scénarios d'accidents, d'écrasements, étouffements, incendies.

### ✓ **Les rêves répétitifs**

Qui à se différencier des rêves qu'on trouve chez les névrosés signalant un lieu de fixation où la mise en scène est chaque fois différente, par contre ici la cause c'est la stagnation habituel du système onirique, du fait de l'échec persistant de la programmation de ce système.

Ces rêves répétitifs prennent en général l'allure de cauchemars, rêves qui ne suffisent jamais à maintenir le sommeil...

Les rêves répétitifs, souvent intégrés aux névroses traumatiques, lesquelles ne conduisent pas forcément à des symptomatologies somatiques :

-Parce qu'ils témoignent d'une pensée fixée, dont l'absence de mobilité rejoint celle des inhibitions des représentations, qui entraîne pour risques :

- 1- d'atteintes de fonctions d'expressions, sensorio - motrices en particulier ;
- 2- l'atteinte de fonctions somatiques fondamentales, d'ordre immunologique.

- Parce qu'ils surviennent fréquemment après des accidents corporels accompagnés de lésions plus ou moins graves. ( Marty .P, 1984, P 1149-1150).

### ✓ **Rêves crus**

Dans lesquels ils figurent en des scènes directes la réalisation de buts pulsionnels : « emprise, puissance agressive orale ou anale, puissance génitale ». Pour Marty, ces rêves sont si peu déformés qu'ils semblent exposer une « photographie de l'inconscient » refoulé du sujet. Cet inconscient se révélerait alors sans conflits internes et sans éléments de compromis...

Les rêves crus se rencontrent surtout chez les névroses de comportement dont l'appareil mental, écarté des possibilités de contre-investissement, ne s'est jamais



organisé hautement. On comprend alors l'absence d'associations à propos de rêves qui ne portent pas trace de conflits et qui ne sont l'objet de censures à aucun moment de leur destin.

Selon Marty. P, les rêves crus ne sont pas rares chez les malades somatiques mal mentalisés, ils se rencontrent aussi rarement, moins nettement, et pendant des temps plus courts, chez d'autres sujets. (Marty .P, 1984, P 1150-1152). Leur apparition peut alors représenter seulement une valeur régressive partielle, soit que l'érotisme sadomasochisme se donne libre cours, soit qu'ait un mécanisme d'isolation des affects par rapport aux contenus. (Doucet. C, 2000, P. 61)

#### **4. Manifestations psychosomatiques chez l'enfant**

On va présenter quelques exemples de manifestations psychosomatiques ou à participation psychosomatique, fréquentes chez le nourrisson et dans la petite enfance :

- Insomnies du 1er trimestre
- Anorexie mentale du nourrisson
- Vomissements psychogènes
- Mérycisme
- Coliques idiopathiques
- Spasmes du sanglot
- Manifestations asthmatiques précoces
- Eczémas
- Céphalées
- Certaines énurésies et encoprésies
- Nanisme psychogène

##### **4.1. Psychopathologie des troubles psychosomatiques**

Le corps de l'enfant et les manifestations corporelles qui s'y rattachent, sont très liés :

- aux interactions avec son entourage
- et avec les manifestations des troubles psychiques précoces.

Les conflits psychiques et les difficultés d'interactions du nourrisson et du jeune enfant avec l'environnement <sup>1</sup> s'expriment souvent par des manifestations somatiques : certains

---

<sup>1</sup> Lorsqu'il existe, pour une raison ou une autre, un dysfonctionnement dans les interactions entre l'enfant et son environnement, le propos n'est pas d'accuser ou culpabiliser les parents, mais d'essayer de les aider à repérer ce qui se joue (dans la plupart des cas inconsciemment) et comment en sortir.

auteurs ont pu dire que « le nourrisson est un être essentiellement psychosomatique ».

Les manifestations psychosomatiques du nourrisson et du jeune enfant sont également très liées au stade de maturation psychologique : certaines manifestations psychosomatiques apparaissent préférentiellement à certaines périodes de l'évolution psychologique de l'enfant.

Exemples :

- les coliques idiopathiques du nourrisson apparaissent préférentiellement à la fin du premier trimestre ;
- l'anorexie du nourrisson est plus fréquente au cours du deuxième semestre ;
- le spasme du sanglot survient surtout vers la fin de la première année.

On pourrait distinguer schématiquement 2 grands mécanismes :

➤ Des souffrances par privation (accidentelle ou prolongée) : deuil, séparation, changement de vie, carences affectives précoces, blessures narcissiques (= blessures de l'estime de soi),...

• Des souffrances par conflit (aigu ou ancien) : conflit entre les besoins et les désirs de l'enfant et ceux de son entourage, mais aussi conflit interne (ex. : un enfant peut être pris à la fois dans des mouvements d'amour et de haine).

Au début, le trouble peut être réactionnel (ex. : installation de manifestations d'anorexie liées à une contrainte ou à des maladresses de l'entourage) ; puis dans un second temps, ce trouble peut s'organiser, se structurer, s'installer et évoluer pour son propre compte, en perdant le sens qu'il avait au début. Il peut même finir par se compliquer d'autres troubles. Léon KREISLER a décrit des situations d'interactions susceptibles de comporter un risque d'évolution psychosomatique chez le nourrisson, qu'il importera d'essayer de repérer (éventuellement avec l'aide des spécialistes) dans toute démarche diagnostique :

**L'insuffisance chronique de l'attachement** : carence d'apport affectif et de stimulation,

- . Soit par rupture et discontinuité dans la relation mère<sup>2</sup>-enfant
- . Soit par défaut majeur d'investissement de son bébé par la mère

---

<sup>2</sup> Lorsque nous employons le terme « mère », il s'agit, de façon plus large de l'« environnement maternant », ce qui inclut dans la plupart des cas les 2 parents, ou peut aussi concerner un substitut maternel.

### **La surcharge d'excitation :**

- . Soit par surstimulation du bébé par la mère
- . Soit par défaut de la fonction pare-excitation (sorte de filtre émotionnel) de la mère
- . Soit par le développement d'une relation intensément symbiotique (fusionnelle) entre la mère et le bébé, avec exclusion du père

**Le syndrome du comportement vide :** état à haut risque psychosomatique, souvent associé à des manifestations somatiques variées (insomnies graves, retard de croissance, infections à répétition). La pauvreté des manifestations affectives est marquée dans les cas extrêmes par une inexpressivité affective quasi-totale, une indifférenciation dans le domaine relationnel, l'absence d'activité auto-érotique et transitionnelle. Ce vide relationnel et affectif doit être distingué des états autistiques ou psychotiques précoces. Il est réversible si on aménage les conditions de vie relationnelle. En l'absence d'intervention thérapeutique adéquate, ces enfants sont menacés par des évolutions psychosomatiques souvent graves.

**Le fonctionnement opératoire :** il se caractérise par un mode de fonctionnement, un mode de pensée, que l'on qualifie de « pensée opératoire » ou encore d' « alexithymie » (a- privatif, lexi- les mots, -thymie les émotions). C'est la difficulté à percevoir et reconnaître ses émotions et les exprimer avec des mots.

## **5. Diagnostic des troubles psychosomatiques**

### **5.1. La nosographie psychosomatique**

L'évaluation des formes cliniques de la mentalisation paraît insuffisante pour l'exploration de l'unité individuelle chose qui a poussé P. Marty à faire une distinction entre quatre systèmes économiques fondamentaux qui nous permet le repérage des mouvements évolutifs et contre – évolutives chez l'individu.

Reste que ces systèmes économiques fondamentaux sont incompatibles avec la classification nosographique psychosomatique qui se présente comme suite :

**1-Les apparentes inorganisations :** elle concerne essentiellement les névroses de comportement, confrontée à un traumatisme (perte d'un environnement ou objets privilégiés), ils « rependent » en développant d'exclusivement une symptomatologie somatique. L'ampleur éventuelle de cette dernière ouvre la

voie à un mouvement de désorganisation que nul palier régressif ne peut freiner. Seuls des contre-investissements externes, adaptés aux besoins du moment, sont susceptibles de freiner, voire de stopper un mouvement de désorganisation :

- Aménagement du cadre extérieur de vie,
- Traitements chimiothérapeutiques,
- Soutien des grandes fonctions vitales,
- Aide relationnelle.

**2-Les désorganisations progressives :** Fréquentes chez les névrosés de comportement, elles surviennent également de manière plus ou moins brutale chez les névrosés de caractère. Il s'agit de mouvements contre - évolutifs plus ou moins durables post-traumatiques qui se caractérisent par une succession de symptomatologies somatiques, voire mentales d'entre elles peuvent se considérer comme des tentatives de réorganisation. Cependant nul palier d'arrêt permettant une réorganisation ultérieure ne se constitue réellement. En effet, aucune organisation ultérieure fonctionnelle touchée ne semble dotée d'un pouvoir régressif assez revitalisant pour stopper le mouvement de désorganisation, ce dernier peut conduire à un état de dépression essentielle, voire à la mort quand la construction mentale ou les systèmes physiologiques de base se trouvent perturbés. Selon les sujets et les moments de leur vie, le rythme « progressif » de la désorganisation s'avère plus ou moins rapide. (Seron. F, 1998, P. 79-80)

**3-Les régressions globales :** Touchent en général des organisations dotées d'une chaîne évolutive centrale de fixations : psychotiques, névrotiques, névroses bien mentalisées. Les caractéristiques régressives sont permanentes.

Elles se manifestent par crises à l'occasion de difficultés affectives actuelles, sous la forme :

- De traits de caractère névrotique, psychotique,
- De systèmes défensifs majeurs de type (phobique, obsessionnel par exemple),
- D'atteintes somatiques chroniques.

Ces dernières s'intègrent dans un équilibre économique plutôt stable et n'évoluent pas de se fait vers une issue fatale.

**4-Les régressions partielles :** Il s'agit de manifestations régressives sous forme

de symptomatologies somatiques, mentales, transitoire ou plus durables, non sous-tendues par les instincts de mort. Elles engagent les dynamismes parallèles et peuvent survenir dans n'importe quelle organisation.

La prise en considération de l'organisation mentale d'un sujet et de la nature évolutive ou contre-évolutive de ses mouvements s'avère fondamentale. (Marty. P, 1976, P.155).

## **5.2. La classification nosographique psychosomatique de P. Marty**

La classification psychosomatique présente plusieurs qualités qui se trouveraient supplantée par un nouveau système de classement des maladies, mieux adapté : la concision, la maniabilité garante de l'efficacité, l'esprit dynamique évitant de fixer le sujet dans la description d'un seul moment de sa vie et l'adaptabilité permanente dans le souci d'une clarté progressive. Par ailleurs P. Marty résume la manière dont se présente la classification actuelle, couramment utilisée. Car elle remarque chez un sujet, en un moment déterminé :

**A- Les Structures fondamentale** : considéré comme partie foncière, inamovible à l'âge adulte, de son organisation psychosomatique. Un répertoire présente 10 items parmi les quels figurent les divers systèmes névrotiques ou psychotiques.

**B- Les Particularités habituelles majeures** : qui réunissent des données symptomatiques, des données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie habituel, des données anamnestiques anciennes. Afin de faciliter le dépouillement statistique, car le répertoire présente trois ordres de particularités habituelles majeures sont ;

-d'ordre symptomatique

-d'ordre de l'interprétation par l'examineur

-d'ordre de l'anamnèse

**C- Les caractéristiques actuelles majeures** : qui réunissent les données symptomatiques immédiates, les données anamnestiques récentes et les données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie actuels. Néanmoins la confrontation des caractéristiques actuelles majeures et des particularités habituelles majeures signale les changements actuels du sujet vis-à-vis de son

habitus, changements éventuellement en relation (temporelle au moins) avec l'arrivée d'une affection somatique.

Enfin la classification psychosomatique remarque chez le sujet ayant été l'objet d'un traitement.

**D- Les caractéristiques nouvelles résultant de la psychothérapie :** elles réunissent trois ordres de données, celles qui concernent la disparition des « caractéristiques actuelles majeures » ; celles qui concernent la transformation des « particularités habituelles majeures » spécialement défavorables à l'équilibre psychosomatique des sujets ou la reprise de « particularités habituelles majeures » particulièrement favorable à l'équilibre psychosomatique de ceux-ci, car toutes notifications de « caractéristiques actuelles » ou de « particularités habituelles » ayant été faites en leur temps ; enfin celles qui concernant l'acquisition de nouveaux types de fonctionnement psychosomatique (dans les domaines mental, des expressions sublimatoires ou de l'organisation sociale). (Marty. P, 1990, P 61-65)

D'autre part face à ces différents types de classement des maladies P. Marty a complété la nosographie psychanalytique classique puisque devant un traumatisme on constate la variabilité des réactions ou réponses chez les différents sujets, donc la nosographie psychanalytique comprend les psychoses et névroses dites : « bien mentalisé » ajoutant deux catégories sont : les névroses de caractère et les névroses de comportement. (Debray. R, 1983, P. 23)

Définissant ces trois groupes fondamentaux de structures, qui sont classé selon le système d'organisation mentale est :

**1- Les névroses mentales :** Témoignent de fixations dont les plus notable, relativement tardives dans l'évolution individuelle, ont organisé chez le sujet une pathologie mentale plus au moins active. Les mécanismes névrotiques se déroulent à l'intérieur de la vie psychique du sujet, quelles qu'en soient les représentations extérieures, alors chez ce type de névrose, le traumatisme se résout dans des mécanismes internes d'élaboration au niveau de l'activité fonctionnelle mentale des sujets, ainsi que dans la production de symptômes. (Marty. P, 1976, P 105-109).

**2- Les névroses de comportement** : issues de fixations peu solide, consacrent en particulier la faillite de l'organisation génétique anale et renvoient à des systèmes archaïques où l'on rencontre peu d'organisation mentales, même à peine élaborées, le fonctionnement de la première topique est inconsistant, le surmoi œdipien ne s'est pas constitué. Les comportements et les conduites difficilement aménageables, semblent directement issus des instincts par les intermédiaires sensori-moteurs, sans représentation accessibles à la conscience parce que d'une pauvreté quantitative et qualitative de ces représentations. Les névroses de comportement expriment leur pathologie dans leurs conduites relationnelles ou non. L'inaptitude à maintenir une relation avec des objets intérieurs, l'incapacité même d'intériorisations objectales, et la nécessité de recourir à des objets extérieurs rendent les névroses de comportement ouverts aux traumatismes et particulièrement fragiles dans les désorganisations post-trauma, alors face à ce dernier on trouve l'absence d'organisation mentale régressive ouvre la porte, d'emblée, à la dépression et à la vie opératoire (Marty. P, 1976, P 106- 110).

**3- Les névroses de caractère** : Selon P. Marty, elles concernent la majeure partie de la population de notre temps, occupent une place intermédiaire entre les névroses mentales et les névroses de comportement. Car elles se distinguent des névroses mentales même dans le cas de fixations tardives, d'ordre anal, par la multiplicité et par l'égrèment génétique des fixations ainsi que par la relative fragilité de ces dernières ; elles ne reposent pas, malgré les apparences sur une organisation solide de la seconde phase du stade anal. Ces névroses de caractère fonctionnent comme des névroses mentales en élaborant dans un mouvement intérieur, psychique, la plupart des problèmes posés par les traumatismes qui se manifestent dans l'ordre du caractère ou du comportement. Comme on trouve leur expressions instinctuelles, élaborées ou non ; est très large, beaucoup moins sensibles aux désorganisations que les névroses de comportement, et devant les traumatismes sont loin de présenter la solidité foncière des névroses mentales (ibid. P. 107).

Par ailleurs on trouve que la classification de P. Marty privilège les individus adultes. Il s'avère nous semble t'il que l'intérêt de cette classification nosographique

réside essentiellement dans le fait qu'elle peut permettre d'envisager avant, le mode de réactions individuelles le plus probable face aux traumatismes, de même que d'aménager, après, une prise en charge thérapeutique qui tienne compte du système économique générale du sujet donc de ses éventuelles possibilités de réorganisation. (Ibid. P.25).

Mais ces dernières décennies vers avril (1989), on s'aperçoit que P. Marty a fait une réactualisation de la nosographie psychosomatique car il a changé la notion de névrose de caractère par névrose « polymorphe » vu l'expression approfondie sur les névroses de caractère qui se caractérise d'une richesse mental et comportemental. Alors que les traits de caractère ne représentent qu'une seule symptomatologie. De même cette nosographie indique les risques de désorganisation somatique.

Donc entre les névroses mentales symptomatologiquement organisées, au fonctionnement soutenu, et les psychoses symptomatologiquement organisées, au fonctionnement soutenu, se trouvent ;

- ✓ Les névroses bien mentalisées (certitude)
- ✓ Les névroses à mentalisations incertaines (doute)
- ✓ Les névroses mal mentalisées (défauts avérés)
- ✓ Les névroses de comportement (insuffisance originelle du préconscient, expression habituelle de l'inconscient et du ça dans les comportements).

R. Debray souligne que les névroses mal mentalisées contiennent les névroses de comportement ou on trouve la dominance de la vie opératoire (Debray. R, 1996, p 37 - 38).

## **6. La prise en charge en psychosomatique**

### **6.1. L'évolution des psychothérapies**

Le point de vue psychosomatique a pourtant conquis un terrain .Les entretiens cliniques et les investigations prennent en compte les somatisations dans l'anamnèse. Un point de vue théorique même s'il est considéré comme simpliste est mis en œuvre. C'est au cours des années 60 que les particularités du fonctionnement mental des patients somatiques sont reconnues autant dans le prescriptif d'un traitement que dans



son dispositif.

C'est l'éloignement des psychothérapies non de la source du problème mais de la pratique psychanalytique. Plusieurs faits convergent de différents horizons psychopathologiques.

Des modalités de pensée, des modalités le langage, des modalités de la vie onirique et du transfert sont repérées : vie opératoire, mentalisation incertaine, désorganisation, répression au lieu de refoulement.

C'est à cette époque que la vie opératoire est « inventée » (Marty), que le symptôme somatique est déclaré « bête » (De M'Uzan, 1963). Ils ferment la voie au surplus de sens de la génération antérieure. On retrouve le vide fantasmatique de la névrose actuelle de Freud.

L'hypothèse majeure est celle d'une coupure du moi avec l'inconscient qui contient les forces vives et motrices de la psyché.

Le constat d'une fragilité du préconscient chez les patients somatiques corrobore une quantité de faits. En ce qui concerne la théorisation de ce fonctionnement non névrotique, elle se fait avec le « premier Freud » de la période pré- psychanalytique et de la première topique. La seconde topique ne sera intégrée que plus tard.

La cure-type subit des aménagements .Mais l'approche des patients somatiques et des modifications de la technique déterminent plus d'un analyste à se garder de proposer aux patients somatiques, le divan .Bientôt ce qui passe pour un sous-produit de la technique et de la cure-type méritera une plus grande attention et une reconnaissance de ceux là même qui méprisait ce travail.

Il sera jugé difficile aussi complexe et efficace que le travail de la cure allongée. Il faudra attendre pour que le face à face, la perception visuelle de l'analyste, l'échange de la parole, les particularités des expressions affectives et des régressions aient fait la preuve qu'ils apportent une connaissance valable de la régression psychique, de la vie onirique, des états traumatiques, des effets de carence relationnelle précoce, du masochisme pour que cette voie d'exploration de la psyché soit acceptée. Le défaut d'expressivité psychique du symptôme, le retrait et l'écrasement du fonctionnement mental, la facilité aux expressions comportementales et motrices, la prééminence de la figurabilité sur le représentatif vont devenir des indices d'une autre organisation que l'organisation névrotique, psychotique ou cas-

limite.

Le moment important de cette évolution vers la spécificité est la mise en question de la cure-type. Rien de ce qui est attendu avec cette technique ne se produit. La cure-type est pour certains psychanalystes un idéal à atteindre sur le plan clinique et pratique. (Valantin S, 2001, p.33 -35).

Ce que l'on attend chez les névrosés est référé aux vestiges de la névrose infantile. La cure parlée s'adresse à des patients dont les représentations inconscientes et préconscientes sont censées circuler librement dans la psyché au fur et à mesure que la cure se déroule. L'hypothèse est celle de la présence d'un moi interprétatif, d'un surmoi opérant ni trop ni pas assez, d'une temporalité en deux temps et d'après coups auto-interprétatifs.

La soumission à l'exigence du cadre ou du setting, la neutralité de l'analyste, la reconstruction et l'élaboration du roman familial, l'installation d'une névrose de transfert, la construction interprétative, la levée du refoulement, la survenue d'insights et d'idées incidentes pendant la séance font partie du tableau.

La cure-type s'étaye sur le rapport du sommeil et du rêve et sur la distinction entre satisfaction du narcissisme corporel et maintien des pulsions d'autoconservation. Le rêve est gardien du sommeil et vigile de l'unité psychosomatique. L'interprétation par l'enchaînement associatif mène progressivement à un noyau de représentations inconscientes excitantes. Par le transfert l'ensemble pulsionnel mobilise ses objets infantiles œdipiens à travers l'analyste. Le travail élaboratif délie les représentations et permet de nouvelles liaisons. Opérations de liaison, de déliaison et de reliaison dénouent et renouent des nœuds psychiques aux carrefours de signifiants.

Les somatisations sont dans ce contexte incongrues, inattendues, et considérées comme des symptômes conversionnels accidentels. Le travail sur les représentations-choses inscrites dans le corps est sensé se faire par et dans le transfert. Une somatisation devrait entraîner l'exploration plus approfondie des structures prégénitales et de leur étayage ou faire que l'analyse se préoccupe d'une défaillance de l'élaboration. Le questionnement de l'analyste devrait s'imposer. Mais la résistance est grande et des analyses particulièrement silencieuses, sur le modèle d'une cure-type fabriquent encore des malades somatiques graves. Une somatisation peut éclater quand la névrose a perdu ses capacités à arrêter la pulsionnalité sur le plan psychique et à la «

faire travailler».

Quand il y a blocage ou arrêt de l'attaque pulsionnelle, la somatisation disparaît. Hypothèses des psychanalystes pour expliquer les restes somatiques : des fantasmes archaïques irréprésentables ou à la limite de la représentation, une prééminence des structures pré-génitales et de leurs fixations. Les idées convergent : à cette époque des spécificités diagnostiques chez certains patients en état traumatique ou post-traumatique sont évoquées par d'autres auteurs. L'une concerne l'utilisation du langage pour identifier et exprimer des sentiments actuels et passés et se nomme alexithymie (1963). Est-ce une mesure de défense pour assurer sa survie ? Un usage excessif de mécanismes de déni et de régression ? Une perte d'expression affective ? P.E. Sifnéos avance que les seules interventions thérapeutiques possibles, se rapportent à des techniques de soutien tenant compte des déficits affectifs et langagiers autant que du retrait social des patients. Sifnéos déconseillera un traitement psychothérapeutique intrapsychique au profit d'interventions de groupe sur un axe inter ou extra- subjectif. Ces jeux de relations permettraient aux patients de faire des comparaisons entre réactions et connaissance de soi ! Cette entrée de l'alexithymie dans les tableaux nosographiques permet aux psychanalystes de la seconde génération et à ceux des États-Unis, de réfléchir sur une clinique et des interventions psychothérapeutiques différentes de la cure-type.

À cette époque aussi, une interprétation psychanalytique des maladies précoces et chroniques de l'enfant va au devant de la pensée d'une particularité de fonctionnement .Au rejet primaire passif puis actif de la mère, à la sollicitude primaire anxieuse, à l'hostilité déguisée en angoisse, à l'oscillation rapide entre gênerie et hostilité agressive, à des sautes d'humeur cyclique et à une hostilité consciemment compensée de la mère, on trouve des correspondances dans le soma-psyché du bébé : coma, vomissements, maladies respiratoires du nouveau né, coliques du premier trimestre, eczéma infantile, hypermotilité et balancement, jeux fécaux, agressivité hyperthymique suivent les manques maternels.

Un pas de plus est fait quand la clinique psychosomatique du jeune enfant se tourne vers la défaillance des organisateurs du moi dont R. Spitz est le théoricien. Une attention particulière est donnée à l'angoisse de la fin de la première année.

La technique thérapeutique se modifie à la suite de ces observations. Elle vise à ouvrir

le monde intérieur clos du patient fermé au monde extérieur et aux objets réels. L'activité transférentielle consistant dans la projection du système intrapsychique clos des constellations du moi à partir des objets partiels, elle vise à ouvrir le monde intérieur aux objets réels et à amener la psyché à fonctionner en circuit ouvert, puisque le maniement de l'objet interne lui est impossible. (Valantin S ,2001, p.35 -37).

- **Aspects opérants de la psychothérapie**

- La reprise de la vie onirique*

Pas de résolution des tensions, pas de détente instinctuelle, pas de restauration ou maintien de l'énergie psychique, pas de transformation de cette énergie en défenses psychiques, pas de protection de l'organisme, sans la restauration de la fonction onirique.

Les processus primaires et secondaires à l'œuvre dans le rêve doivent garder leurs qualités de libre écoulement pour les premiers et une disponibilité à la liaison pour les seconds. Trop de liquéfaction ou de secondarisation gênent et altèrent les potentialités d'élaboration des forces pulsionnelles et des angoisses archaïques. Le rêve a une double fonction :il empêche l'éveil et régénère l'énergie psychosomatique en assurant le narcissisme nécessaire à la vie psychique et corporelle par sa fonction d'intégration ;il lie aussi des forces pulsionnelles pouvant être irruptives, évitant ainsi au soma des perturbations graves .La capacité du patient somatique à trouver des satisfactions auto-érotiques, c'est à dire des réalisations hallucinatoires de désirs œdipiens, s'opère par la situation thérapeutique et on l'a vu l'intérêt manifeste pour certains secteurs de la vie psychique.

- Le dépassement des obstacles*

Des contre-processus évolutifs sont opposés aux mouvements psychiques régrédients puis progrédients de la thérapie. Citons l'excitation (qui s'oppose à la liaison), la fragilité narcissique, la répression des affects et des représentations, l'idéalisation (différente de la sublimation) et paradoxalement le transfert et sa violence. Ces obstacles s'opposent à rétablir l'homéostasie et l'équilibre psychosomatique, à permettre aux formations préconscientes et conscientes de communiquer, à élargir le préconscient, à faire travailler le moi, à le rassurer pour disposer de signaux d'angoisse, à mettre en place les conditions d'une meilleure estime de soi. Une meilleure organisation structurale du moi peut protéger l'organisme d'une nouvelle dégradation

de l'énergie libidinale.

***Le rétablissement des capacités à la représentatibilité et à la figurabilité, à la symbolisation***

Elles ouvrent à la communicabilité topique. Ce sont les liaisons psychiques qui maintiennent l'homéostasie de l'organisme en protégeant de l'attaque pulsionnelle. On s'engage aussi à la réanimation d'un système objectal défaillant ou brouillé et à aux capacités de créer et retrouver l'objet à l'intérieur de soi en maintenant les capacités de « jouer » avec lui.

La restauration de l'espace psychosomatique comprend la réorganisation des éléments existants et l'introduction d'éléments nouveaux oubliés, disloqués, déniés et conservés au fond de l'inconscient : la régulation des échanges se fait au nom de l'économique. Retrouver une dynamique psychique dépend des capacités du préconscient à être traversé et travaillé par les motions pulsionnelles sans risquer un effondrement ou un déchirement. (Valantin S, 2001, p.41 -42).

***Contre-transfert et position thérapeutique***

Telle patiente tombe à chaque séance, au bout de quelques minutes de relation en direct de sa réalité professionnelle et familiale, dans un silence total, lourd, impossible à mouvoir. Depuis longtemps en thérapie, ayant souffert d'une maladie de Hodgkin, elle n'a plus de symptômes somatiques depuis longtemps, mais se trouve toujours aux limites d'un néant subjectif non loin de la dépression. Il faut la « rattraper » doucement, à mi-voix, comme si elle devait être réveillée d'un long sommeil. Sa fidélité à la thérapie est exceptionnelle. Tel patient asthmatique peut rester toute la séance sans dire un mot. Quelques soupirs parfois. Le corps est immobile, quelques mouvements sont esquissés. Si on pense névrose, on pourrait penser agressivité, transfert de comportement voire identification hystérique en miroir, toutes réactions transférentielles plausibles. Si on pense troubles somatiques, on pense auto-étouffement, troubles de l'hallucination et du rêve, expression massive d'un sentiment de confusion, hystérie primaire tout ce qui fait le lit de la désorganisation somatique et psychique.

Ce jugement n'infirmes pas le premier, il le complète. Le patient a connu depuis le début de la thérapie plusieurs épisodes de somatisation et de grande dépression. La position allongée est cependant maintenue car dans l'état de détresse où il est souvent,

me faire à face serait associé à une grande violence et inhiberait ses capacités mentales.

L'objet thérapeutique est fortement investi dans sa présence corporelle et relationnelle. L'effondrement et la destructivité font partie du ressenti du patient et motivent un élan massif en tout ou rien, positif ou négatif. Les disponibilités d'être et d'écoute en écho ou en miroir, font que l'objet thérapeutique doit se prêter à ce que le patient veut qu'il soit. Ce jeu d'échanges ouvre dans les cas les meilleurs aux identifications.

En attendant c'est un contenant corporel et psychique aux potentialités multiples. Il est garant de l'espace du rêve, de l'espace psychique et de l'espace corporel.

Le cadre et son maintien par l'analyste permettent un ensemble d'opérations de type régrédient et identificatoire commun à l'analyste et l'analysant. Échapper à la réalité et à la contrainte temporelle et spatiale de l'actuel est nécessaire.

L'identification hystérique primaire est l'assise même du travail. Sont aussi garanties par le cadre l'associativité de l'analyste.

Ni trop près ni trop loin du patient se situe l'analyste, dans l'espoir de créer un système interne/externe et des limites solides. Il est nécessaire parfois d'assouplir le cadre par quelques mots, quelques commentaires, pour faire accepter sa rigueur. En acceptant d'être ce que le patient veut qu'il soit, en acceptant d'être vu, d'être utilisé, fécalisé parfois, et ce n'est ni facile ni confortable, l'analyste est écran, comme l'écran d'un rêve à nouveau possible. Représentant des objets d'étayage du moi, ces modalités relationnelles assurent une fonction maternelle qui structure les relations objectales précoces. Le cadre de la séance a valeur de pare-excitant, de barrière contenant pour une excitation ayant débordé les capacités de structuration et d'organisation que pouvait avoir l'angoisse. Cette barrière est la personne même de l'analyste.

L'accompagnement de semaine en semaine du patient somatique permet au système de liaison des représentations mentales d'être protecteur du soma. L'énoncé des règles fondamentales du traitement psychanalytique est engagé dans la fonction de pare-excitation, même si cet énoncé prend un style un peu moins définitif que dans la cure-type. Le contrat peut être mis à mal et il faut souvent le rappeler et défendre sa valeur. (Valantin S ,2001, p.42 -44)..

Le travail se fait à deux dans des conditions particulières : « face à face » en vis-à-vis ou côte à côte. «L'affect partagé » est l'heureuse expression de C. Paratpour définir

la situation. Ce ne peut être ni un affrontement, ni une défiance, ni un évitement : c'est une certaine possibilité relationnelle travaillée en commun, une disponibilité à deux d'affects et de représentations.

Le moi a besoin d'être étayé et des repères sensorimoteurs, visuels, quasi tactiles lui sont offerts parce qu'ils lui sont utiles. La perception et la re-connaissance de l'analyste par le vu, ouvre la voie au proche conscient, au préconscient et au difficilement représentable.

Les silences du thérapeute font partie du dispositif comme la demande d'énonciation en écho des représentations et sensations actuelles : il s'agit d'une traduction en termes de qualités des quantités, une tentative de lier l'excitation non différenciée par une mise en mots.

Des régulations au nom du principe économique doivent se faire entre représentations de choses et de mots : échange verbal autour d'un rêve et de son récit plutôt qu'une interprétation ; questionnement sur les expériences de la vie... L'échange relationnel est plus opérant que l'afflux transférentiel. Le rêve, s'il est écouté et entendu comme un signe de vie intérieure et personnelle possible peut prendre alors sa part dans l'équilibre économique du patient. Pas d'interprétation mais des ouvertures vers un ailleurs psychique inconscient jusque là, ignoré et dénié.

Relèvent de ce principe de régulation économique, le maintien de la relation qui introduit des arguments neutres, mettant en jeu des sublimations. Le transfert pulsionnellement violent et destructeur doit céder la place à la relation à part quelques mouvements transférentiels possibles.

Des solutions sont à inventer. Ce ne sont pas des recettes mais des possibilités qu'offrent la théorie, la technique. La tolérance aux désordres somatopsychiques entre dans ce jeu. Une bonne distance à l'objet, une relation au corps et à la gestualité ont valeur de miroir unifiant, tendu par un thérapeute particulier. Un et ponctuel pour ensuite l'effacer et le nier ; mais la régularité des séances et le maintien du cadre ouvrent potentiellement à la tiercéité et à la temporalité psychique... dans les meilleurs cas.

C'est dire qu'il y a nécessité d'entrer dans les allers et retours des mouvements d'introjection et de projection et de rétroprojection pour ensuite reprendre son identité dans l'altérité aliénante de l'entreprise thérapeutique, élaborer et formuler

verbalement, prêter une attention au plus petit détail, une vigilance aux modifications de la vie du patient. Ces psychothérapies sont longues. Elles durent souvent des années. Le contenu des séances se dilue parfois dans une relation orientée sur des éléments non morbides. Elles sont soumises à des interruptions, aux hospitalisations, à l'intrusion d'une réalité. Le thérapeute qui a mis en jeu son *identité*, sa bisexualité psychique, qui a éprouvé son fonctionnement inconscient et préconscient en parallèle à celui de l'analysant est parfois à bout de ressources physiques et psychiques. Les patients somatiques opposent au premier temps de leur demande, une urgence de survie, une réalité somatique lourde et polymorphe, un traitement médicamenteux encombrant qui s'opposent à l'ouverture du champ psychique avec le plaisir de l'activité associative et interprétative de l'analyste et de l'analysant. Les attentes dans le transfert et le contre-transfert sont déçues. (Valantin S, 2001, p.44 -45).

L'excès ou le pas assez des réactions du patient peut les gagner. Les éprouvés massifs contre-transférentiels corporels se trouvent déjà répertoriés : fatigues, maux et douleurs de toutes sortes. Le corporel du thérapeute est impliqué. La fatigue du corps et la lassitude devant l'absence d'une quelconque élaboration, le « retour à la case départ » hebdomadaire, l'attaque du cadre, l'inquiétude et l'anxiété devant la situation et l'urgence somatiques sont de la partie.

Mais, ces éprouvés sont sources de savoir pour l'analyste : la symptomatologie psychique du patient entre dans son corps. Il y retrouve le vide psychique et le trop-plein somatique...en miroir. Le contre-transfert est aigu, excessif, dérange son économie, son homéostasie et l'égalité de son attention. On entend que telle thérapeute s'est sentie envahie par l'horreur et le côté monstrueux du patient autant que par les dangers de la séduction : « un trop plein dans la tête ». Une autre déclare un psoriasis suscité par la glissade contre-transférentielle qui l'amène dit-elle, à une faute technique. Quelque chose saisit qui ne ressemble pas à ce qui est attendu mais qui pourrait arriver : accident, cancer, maladie immunitaire à pronostic létal, lente dégradation du corps, énigme d'un traitement sans bénéfices.

Dérangement et décalage sont des expériences ordinaires. Leur positif ? Plus encore et pire que le directement corporel, les excitations, énervements, les colères intérieures. Difficile de trouver une histoire de l'histoire, un après-coup, un retour en arrière. La morosité et l'ennui, les indices de « banalisation » et le sentiment du manque du sceau



différenciateur de la névrose nous guettent.

Cette « inquiétante étrangeté », ce décalage, l'écart entre ce que nous attendons et ce que nous voyons, fait travailler. Il faut redoubler d'investissement « auto-masochique » de la situation pour que l'excitation ne soit pas reprojétée, pour que la passivité en séance et dans l'écoute soit réinvestie sur le plan des affects et des représentations, pour que les narcissismes en présence ne le soient pas dans un écart de plus. On découvre. La partie contre-transférentielle se joue aussi par l'empathie et l'identification.

L'essentiel est de tenir, disait récemment un psychanalyste, confronté depuis de longues années aux « cas-limite ». (Valantin S, 2001, p.45 -46).

## **6.2. La pratique psychosomatique psychanalytique**

Selon la conception des psychanalystes de l'Institut de Psychosomatique de Paris créé par P. Marty en 1972, le traitement psychothérapique des patients atteints de maladie somatique doit être réalisé par des psychanalystes formés à la clinique et à la théorie psychanalytiques et ayant reçu une formation approfondie dans le champ de la psychosomatique. Ce traitement est conçu comme complémentaire des thérapeutiques médicales et chirurgicales classiques et vise à permettre au patient malade de retrouver ou de trouver son meilleur niveau de fonctionnement psychique possible.

Le lieu où se déroule la psychothérapie psychosomatique doit être différent de celui dans lequel se réalisent les soins médicaux.

Le choix du cadre revêt une grande importance en raison de la fragilité habituelle du fonctionnement psychique comme du fonctionnement somatique des malades. Lorsque nous avons affaire à des patients qui présentent des somatisations critiques bénignes et potentiellement réversibles, et dont le fonctionnement psychique est proche d'un fonctionnement névrotique, le choix du divan peut être indiqué dans un protocole de cure psychanalytique classique à raison de trois séances hebdomadaires.

Au contraire, lorsque nous avons affaire à des patients qui présentent une affection somatique grave et évolutive, avec un fonctionnement psychique dominé par une insuffisance narcissique et des secteurs plus ou moins étendus de vie opératoire, le choix du fauteuil en face-à-face est indiqué et la fréquence des séances peut aller d'une à trois par semaine. Cette fréquence doit être appréciée en fonction de la capacité du patient à supporter la source d'excitation que représente la présence d'un psychanalyste en face de

lui. La règle du “ni trop ni trop peu” doit ici guider le choix du psychanalyste. Dans tous les cas la présence vivante du psychanalyste, au fil des séances, représente un étayage narcissique d’une inestimable valeur pour son patient sans lequel aucun remaniement psychique n’est possible ou durable. L’activité interprétative du psychanalyste doit continuellement se moduler et s’adapter aux différents niveaux du fonctionnement psychique de son patient et en même temps tenir le plus grand compte du poids économique de la maladie et de son génie évolutif.

P. Marty a énoncé une règle cadre qui indique l’éventail des possibles dans le champ de l’activité interprétative : “De la fonction maternelle à la psychanalyse”. Cette règle énonce deux pôles, l’un est la fonction maternelle du thérapeute, l’autre la fonction d’interprète dans le cours des psychanalyses classiques. La fonction maternelle du thérapeute est une attitude d’accompagnement de tous les mouvements psychiques du patient qui repose sur les aptitudes identificatoires primaires et narcissiques du psychanalyste à son patient. Elle vise à établir ou à rétablir un pare-excitation lorsque celui-ci fait défaut chez le patient ou au contraire à apporter des sources d’excitations nouvelles lorsque celles-ci sont défaillantes, en particulier en raison de l’importance de la dépression essentielle. Lorsque celle-ci commence à se dissiper et que s’opèrent des remaniements psychiques, le psychanalyste peut réduire son activité et s’approcher d’une position psychanalytique plus classique.

Dans tous les cas, il s’agit de maintenir vivante la relation psychothérapique qui est garante des réaménagements narcissiques et masochistes du patient. Le travail du psychanalyste psychosomaticien suppose que l’on ne s’ennuie pas avec son patient, en particulier lorsqu’il évolue dans des moments opératoires. Ici, “l’art de la conversation” doit être manié avec tact sans pour autant quitter sa tenue de psychanalyste. Le psychanalyste pourra également choisir des interprétations sur le mode psychodramatique et ludique pour court-circuiter des discours fermés sur le mode opératoire et rationalisant. Ces différentes activités langagières du psychanalyste doivent s’adapter aux variations du fonctionnement mental du patient. La fin du traitement pose souvent des problèmes délicats avec des patients somatiques. Pour un certain nombre d’entre eux il est possible d’envisager une décroissance régulière de la fréquence des séances pour aboutir à une séparation entre patient et psychanalyste. Pour d’autres, au contraire, nous devons nous résigner à poursuivre le traitement

indéfiniment. Il n'est pas rare en effet qu'une interruption du traitement, alors même que l'état psychique et somatique du patient semble stabilisé, puisse générer une reprise évolutive du processus de la maladie avec son potentiel létal. Quoi qu'il en soit, aucun cadre systématique ne prévaut pour l'ensemble des patients et il appartient au psychanalyste et au psychosomaticien d'utiliser toute la palette de ses aptitudes personnelles et psychanalytiques pour aider son patient à vivre dans ses meilleures conditions possibles.

### **Conclusion**

La psychosomatique prend en considération les données de la psychanalyse dont elle est par ailleurs issue, englobe aussi les connaissances de la médecine, de la physiologie, de la biologie elle met néanmoins préalablement l'accent sur les particularités individuelles de structuration évolutive, d'organisation, désorganisation économique, et dynamiques fonctionnelles.

Donc on peut dire que cette conception ouvre beaucoup de voie devant le clinicien (notamment le psychosomaticien) et le médecin qui peuvent travailler en collaboration. Elle lui permet de mieux comprendre le malade dans sa globalité à la fois organique et psychologique, et la maladie organique si elle est d'une connotation positive, d'ordre réorganisateur ou d'une connotation négative d'ordre désorganisateur. Cette démarche oriente les soignants vers une conception pronostic et une meilleure prise en charge qui est parfois d'ordre préventive.