

MEDECINE

**PSYCHO-SOMATIQUE
PSYCHANALYSE**

ET

COLICHE Vincent

Si Hippocrate, patron encore reconnu de la médecine actuellement, professe une médecine du corps et de l'âme qui a pour objet l'homme malade dans sa totalité, force est de reconnaître que depuis Descartes le corps et l'esprit sont séparés dans leur fonctionnement. Si pour Hippocrate la maladie était conçue comme une réaction globale de l'individu, l'intervention thérapeutique devant rétablir l'harmonie perdue, on est en présence actuellement d'une médecine du corps technique et d'une médecine de l'âme regroupant les "psy" de la psyché. Ma pratique de médecin endocrinologue m'a confronté au refus d'envisager l'abord psychologique dans la pratique clinique, la recherche et la formation avec une banalisation de l'aspect relationnel, faisant partie de la "culture" et non de la pratique médicale et l'exclusion totale du psychisme si l'origine psychique de l'affection est non admise. Notre psychisme ne serait pas «concerné» par tout ce qui affecte notre corps, la maladie étant psychogène ou non.

Dans cet article, nous aborderons la définition du champ psychosomatique, l'aspect psychanalytique de la médecine psychosomatique, les différents apports théoriques, enfin je dessinerai ce que nous pouvons proposer comme abord thérapeutique avec le rêve éveillé et en quoi il apparaît pertinent. Je laisserai de côté l'influence du psychisme sur la maladie dans son côté universel et dans la pratique médicale courante pour l'aborder dans un autre article. Il y aurait en effet un risque à laisser de côté cet aspect important pour la pratique médicale pour se focaliser sur l'aspect "noble" de la psychosomatique que sont les maladies psychosomatiques telles que définies par Pierre Marty.

1 La définition du champ psycho-somatique

Soit la maladie s'origine dans le corps pour s'orienter vers le psychisme (évolution somato-psychique), soit la maladie provient du psychisme pour se diriger vers le corps (évolution psycho-somatique). Ces deux pôles finissent par créer un mouvement circulaire où chacun se combine avec l'autre par une dynamique d'influence réciproque. Le fait de se focaliser sur un seul facteur étiologique produit nécessairement un clivage thérapeutique selon une approche réductrice : si l'origine est somatique, on traite uniquement le corps et si l'origine est psychique, on traite uniquement le psychisme. Ce découpage arbitraire est un non-sens ou plutôt qui a un sens particulier que Winnicott va nous faire découvrir. La définition des rapports du CORPS et de l'ESPRIT" sont intégrés dans ce qu'on appelle maintenant l'unité psychosomatique : Corps - système nerveux central/activité mentale, affective, neurovégétative. Le rôle

du système nerveux central, des messagers chimiques, immunitaires et hormonaux a été démontré dans la causalité des maladies psychosomatiques. Ceux-ci interagissent avec le système nerveux central, modulant son activité attribuant un rôle actif à tous les organes du corps.

Pierre Marty distingue le malade tout court, le malade psychosomatique et la maladie psychosomatique en prenant comme référence la spécification de la nature de la relation entre le conflit et la maladie qui opère un plan de clivage entre "le concept de la maladie psychosomatique" et les "maladies psychosomatiques". Trois ordres de faits émergent du conflit dans son rapport avec le malade et avec la maladie soit un rapport contingent avec les incidences de la condition conflictuelle du psychisme sur toute maladie. À ce niveau toute maladie a un aspect psychosomatique ; soit un rapport essentiel et aspécifique avec un lien précis entre la situation conflictuelle du malade et sa maladie: il s'agit d'un malade psychosomatique; soit un rapport essentiel et spécifique avec un lien non seulement entre la situation conflictuelle du malade et sa maladie, mais entre la nature de cette situation et la forme même de la maladie: il s'agit alors d'une maladie psychosomatique.

Plusieurs formulations ont été proposées pour la causalité psychosomatique : la théorie du traumatisme (Freud), la théorie des personnalités prédisposées (Dunbar) la théorie émotionnelle (l'alexithymie de Sifneos), et la théorie économique (désorganisation progressive et vie opératoire de Marty), etc. Les facteurs déclenchants sont établis en fonction des théories du développement psychosomatique: l'alexithymie, le stress, les événements de vie, les facteurs de vulnérabilité ou de résistance au stress et les stratégies d'adaptation.

2 Les apports théoriques des différents auteurs:

Heinroth(19è) en Allemagne est le premier à utiliser le terme psychosomatique par lequel il qualifie toutes les manifestations physiques pathologiques dont il suppose qu'elles ont pu être causées par un processus psychique exprimant ainsi sa conviction de l'influence des passions sexuelles sur la tuberculose, l'épilepsie et le cancer"

FREUD : avec les travaux sur l'hystérie de conversion (1895) va apporter à l'approche psychosomatique un envol décisif (le trouble psychosomatique s'oppose à la conversion hystérique. Le Moi est basé sur le Moi corporel. Ceci sera à la base de " l'emménagement" de la psyché dans le soma suivi de la jouissance d'une unité psychosomatique dans l'expérience vécue, développé par Winnicott.

Pour Freud, la genèse du moi peut se considérer de deux points de vue différents mais complémentaires»: le moi s'est développé à partir de la couche corticale du ça, est, aménagé pour recevoir et écarter les excitations qui se trouvent en contact direct avec la réalité. Prenant son point de départ dans la perception consciente, le moi soumet à son influence des domaines toujours plus vastes, des couches toujours plus profondes du ça".

l'autre axe de développement est constitué par le produit des identifications successives du sujet, produit qui aboutit à la formation au sein de la personne

d'un objet d'amour investi par le ça. On retrouve ici le double jeu entre la libido narcissique et la libido d'objet. Les problèmes liés à la différenciation qui doit s'opérer chez le sujet humain entre le dedans et le dehors, c'est-à-dire entre sa personne et le monde extérieur, mais aussi au sein de lui-même entre ce qui se passe dans sa psyché et ce qui se joue en son corps sont complexes. Dans "le moi et le ça" Freud évoque les liens du moi avec le corps: "le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface mais il est lui-même la projection d'une surface" et "le moi est en dernier ressort dérivé de sensations corporelles, principalement celles qui naissent de la surface du corps. Il peut être considéré comme une projection mentale de la surface du corps à côté du fait qu'il représente la superficie de l'appareil mental". Ainsi pour que le moi puisse se constituer faut-il d'abord une sorte de reconnaissance du sujet fondé sur des sensations corporelles.

Enfin la métapsychologie freudienne reste la référence obligée de tout le développement de la psychosomatique. Le concept de pulsion freudien sera remis en valeur par Christophe Dejours.

GRODDECK

Dès 1920 entreprend la réunification de la double scène somatique et psychique. Celle-ci ne sera occupée que par une seule et même entité le « ça ». Le ça de l'être humain "pense" bien avant que le cerveau n'existe, il pense sans cerveau avant que le cerveau n'existe. Dans une lettre à Freud le 27 mai 1917, il a « la ferme conviction que la distinction entre l'esprit et le corps n'est qu'un mot, et non une distinction essentielle, que l'esprit et le corps sont une entité qui héberge un ça, une puissance par laquelle nous sommes vécus, alors que nous pensons vivre. « Comme l'activité symptomatique du ça dans l'hystérie où la névrose requiert un traitement psychanalytique, il en va de même pour les affections cardiaques ou le cancer. Il n'y a pas, entre ces affections, des différences fondamentales qui nous suggéreraient d'essayer la psychanalyse ici et de ne pas utiliser là. « Les concepts mis au point par vous pour le traitement des maladies psychiques nécessitent d'étendre le concept de l'inconscient pour le traitement psychanalytique des affections soi-disant physiques ». Ces propositions de Groddeck à Freud sont le véritable acte de naissance de la démarche psychosomatique contemporaine. Le ça vit l'homme et le contraint à la symbolisation. Cette puissance symbolisante, qui se manifeste avant tout par le langage, exerce son pouvoir sur le corps et l'ensemble de ses fonctions. La portée théorique du ça groddeckien que l'on peut considérer comme une réduction ou au contraire comme une inflation de l'inconscient freudien, a été considérable dans la pensée psychanalytique. Groddeck par ailleurs explorera inlassablement la relation médecin-malade et affirmera que la "résistance à guérir du patient puise en réalité sa force chez le médecin. La recherche et la prise de conscience de la résistance personnelle (du médecin) est l'un des principaux instruments du travail psychique. Le malade est le maître du médecin car il lui fait prendre conscience de son inconscient;

FERENCZI

Elève de Freud, va soumettre l'ensemble des données de la biologie à une lecture psychanalytique, donnant naissance à une nouvelle science, la bio analyse. "Lorsque des causes psychiques produisent une maladie organique, il s'agit de transfert de quantité de libido sur un système libidinal organique préexistant. Les troubles vasomoteurs et trophiques se situent à la limite des maladies névrotiques et organiques, distinction purement artificielle. »

REICH

Veut comme Groddeck unifier les représentations du fonctionnement psychocorporel de l'homme en proposant un modèle d'homme global, fortement marqué politiquement. C'est le déficit d'activité sexuelle qui est responsable de nombreuses maladies. Renonçant à solliciter un inconscient qui se dérobe sans cesse tant qu'il demeure soumis aux pièges et aux tromperies de la communication verbale, Reich propose de surprendre les symptômes dans le corps et plus particulièrement dans ces mécanismes les plus difficiles à maîtriser, le système végétatif. L'idée d'un corps « qui ne trompe pas » est au cœur de la pratique reichienne. La névrose se manifeste par une double symptomatologie, langagière et corporelle ; si les symptômes langagiers sont fuyants, quasi insaisissables, leur inscription corporelle, elle, est bien palpable, visible, accessible en un mot.

Les tentatives de formalisation du concept psychosomatique paraissent aboutir à une impasse face à la formalisation en faveur de son aspect organique: la bioélectricité reichienne;

Alexander et Dunbar(1938): l'école de Chicago postule sur la spécificité du conflit, (par exemple un conflit relationnel avec la mère pour expliquer l'asthme) ou sur la spécificité des personnalités.

Spitz(1930) travaille auprès d'enfants ; pour lui le symptôme est la conjonction d'une prédisposition congénitale et de l'existence d'un conflit insupportable dans la vie du malade; il s'intéresse à la relation d'objet et à la dyade mère -enfant;

WINNICOTT

Winnicott a abordé le thème de la maladie psychosomatique de façon directe bien que peu systématique dans au moins deux de ses travaux (« L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma », en 1949, et « Psycho-Somatic Illness in its Positive and Négative Aspects », en 1966);

La fonction du psychisme consiste à gérer les relations interpersonnelles, les conflits internes, les émotions, l'angoisse, la dépression, la maladie.

Le psychisme n'est ni une entité abstraite, ni un système déconnecté du corps : il est nécessairement ancré dans le somatique."Le terme psychisme signifie l'élaboration imaginaire de parties du corps, de sensations et de fonctions somatiques".

Dans le développement chronologique normal ,le soma (le corps organique), la motricité, les sens, le psychisme se développent en parallèle, mais le psychisme est le dernier à arriver à maturation. La classification selon les processus de maturation retrouve d'une part un état primaire non intégré avec

une tendance à l'intégration. Le résultat dépendant du renforcement du moi de la mère, basée sur sa capacité à adapter, à donner au moi du nourrisson une réalité dans la dépendance et de l'échec de la mère qui laisse le nourrisson privé des fondements nécessaires pour que s'opèrent les processus de maturation. D'autre part l'intégration ou la réalisation psychosomatique de l'« emménagement » de la psyché dans le soma, ce qui est suivi de la jouissance d'une unité psychosomatique dans l'expérience vécue. Dans le processus d'intégration, le nourrisson prend pied dans la position de son développement émotionnel ; la jouissance du fonctionnement du corps renforce le développement du moi, mais aussi le développement du moi renforce le fonctionnement du corps. Le terme emménagement est utilisé ici pour décrire l'installation de la psyché dans le soma individuel ou vice versa.

La somatisation est pour les bébés et les jeunes enfants le seul moyen d'expression pour résoudre les conflits internes dus aux besoins qui sont des tensions instinctuelles et les conflits externes qui proviennent des manifestations d'angoisse émanant de l'entourage (agression externe), faute de pouvoir se représenter une souffrance psychique.

A 7 ans on note une accalmie des maladies somatiques, correspondant à une période de latence, et de maturation psychique très riche.

La sexualité est sublimée, car le psychisme s'est en partie structuré autour de la crise oedipienne: goût pour le savoir, l'apprentissage scolaire, la lecture. Il n'y a plus de somatisations (conflits intrapsychiques), car l'imaginaire, la communication verbale, la création artistique sont des voies d'écoulement des excitations valorisées par l'entourage.

L'appareil psychique "prend le relais" de la somatisation, qui est un processus plus archaïque.

Dans son article « Aspects positifs et négatifs de la maladie psychosomatique » In Revue de Médecine psychosomatique(1969), Winnicott nous donne un éclairage intéressant du clivage Psyché-soma s'inscrivant dans le développement du sujet.

" Le trait d'union de la Médecine Psycho-Somatique unit et sépare à la fois les deux aspects de la pratique médicale qui sont constamment en remaniement lors de chaque discussion sur ce thème. Le psycho-somaticien s'enorgueillit de sa capacité à monter deux chevaux à la fois, un pied sur chacune des deux selles, tenant les deux rênes de ses mains expertes. Quel est l'agent qui sépare les deux aspects du trouble psycho-somatique pour donner au trait d'union sa place ? : l'agent est une dissociation chez le patient ». Winnicott explicite que dans le trouble psycho-somatique, la maladie n'est pas l'état clinique exprimé en termes de pathologie somatique ou de fonctionnement pathologique (colite, asthme. Eczéma chronique). C'est la persistance d'un clivage dans l'organisation du moi du patient ou de dissociations multiples qui constitue la véritable maladie. Cet état de maladie chez le patient est lui-même une organisation défensive aux causes déterminantes très puissantes. Les Médecins échouent et perdent courage s'ils ne comprennent pas les raisons de cette tendance à l'échec. Les forces en œuvre chez le patient sont terriblement puissantes. L'éparpillement des agents responsables est le miroir des

dissociations multiples du patient ; beaucoup de patients clivent leurs soins médicaux en de nombreux fragments. Les patients exploitent aussi les clivages inhérents à la profession médicale tels que : médical / chirurgical / psychiatrique/psychanalytique/psychothérapique/homéopathique/ostéopathique/services auxiliaires ; Cette dissociation qui maintient séparés le dysfonctionnement somatique et le conflit psychique qui est dans la psyché est une défense organisée comme phénomène régressif utilisant des restes archaïques. Elle modifie la signification de « je » et « je suis ». Si le développement du processus de maturation n'est pas aussi réussi, cela aura pour résultat l'incertitude de l'emménagement ou conduira à la dépersonnalisation pour autant que l'emménagement devienne un trait caractéristique qui puisse être perdu. Le trouble psycho-somatique est en rapport avec un moi faible dépendant surtout d'un maternage inadéquat accompagné de l'instauration insuffisante de l'emménagement dans le développement individuel et/ ou un retrait du « je suis » et du monde rendu hostile par la répudiation, par l'individu, de ce qui n'est pas lui, ceci l'amenant à une forme particulière de clivage qui est dans le psychisme mais qui côtoie les lignes de psychosomatique. La maladie psychosomatique implique un clivage dans la personnalité de l'individu avec une faiblesse du lien entre psyché et soma ou bien un clivage organisé dans le psychisme pour se défendre contre une persécution généralisée, venant du monde répudié.

Il reste cependant dans l'individu malade une tendance à ne pas tout à fait abandonner le lien psychosomatique. La défense est organisée non seulement en termes de clivage, clivage qui protège contre l'anéantissement mais aussi dans les termes suivants : il s'agit de préserver le psyché-soma d'une fuite vers une existence intellectualisée ou encore spirituelle ou d'une fuite vers des exploits sexuels compulsifs. L'existence d'un groupe thérapeutique psychosomatique dépend du besoin du patient de nous fractionner dans un but pratique, tout en maintenant, théoriquement unis par une discipline et une profession commune. La difficulté de la tâche est d'avoir une perspective unifiée du patient et de la maladie sans avoir l'air de faire en sorte qu'elle devance la capacité du patient à réaliser l'intégration et ainsi l'unité. Pour Winnicott il faut souvent se contenter de laisser aux patients sa symptomatologie et de la manipuler dans une relation « box-and-cox » (personnes qu'on ne voit jamais ensemble dont l'une sort quand l'autre rentre) avec les vis-à-vis sans essayer de guérir la vraie maladie. Cette vraie maladie qui est le clivage de la personnalité du patient, clivage qui est organisé à partir de la faiblesse du moi, et maintenu en tant que défense contre la menace d'anéantissement au moment de l'intégration.

SIFNEOS décrit en 1972 l'alexithymie: vie fantasmatique réduite et incapacité d'utiliser des mots pour exprimer des émotions.

Marty et l'école de Paris (1960)développe une théorie mettant l'accent selon le point de vue économique de la théorie psychanalytique; une tentative d'approche globale de l'homme, qui est considéré soumis en permanence à un

ensemble de mouvements "évolutifs" et "contre-évolutifs". Marty et de M'uzan ont décrit, à partir de leurs observations de patients souffrant d'affections organiques chroniques, un mode de fonctionnement mental qui caractériserait la structure psychosomatique avec trois aspects essentiels : la pensée opératoire qu'ils définirent comme une forme de pensée sans liens apparents avec la vie fantasmatique, de tonalité rationnelle et factuelle et de temporalité restreinte et actuelle; l'inhibition représentative de base, c'est-à-dire l'absence totale de rêves et de fantasmes; et la reduplication pseudo-projective, c'est à dire un mode particulier de rapport à autrui où l'Autre est mal perçu dans sa singularité et sa différence.

LE DIAGNOSTIC: 3 cas se présentent.

1 Le malade névrosé avec des troubles somatiques corrélatifs utilise ses mécanismes de défense, il a la possibilité de rêver et de créer des fantasmes, sa relation est prégénitale

2 Le malade psycho-fonctionnel utilise assez peu ses mécanismes de défense de la sphère mentale, la forme d'expression gestuelle et motrice est très importante; la possibilité de rêver est moyenne;

3 Le malade somatique n'utilise pas de mécanismes de défense ; la pensée est opératoire ; il n'a pas de possibilité de rêver ni de créer des fantasmes.

L'Économie psychosomatique générale : le caractère « psychosomatique » n'est pas défini par l'entité maladie mais par le type d'organisation psychique générale du patient par rapport à trois facteurs en interrelation constante : psychique, comportemental et somatique. Vouloir isoler un seul de ces paramètres sans tenir compte des autres ne nous renseigne en rien sur la nature du symptôme. La mentalisation (Pierre Marty)est la façon dont l'individu gère psychiquement les excitations, tant internes qu'externes et concerne "la quantité et la qualité des représentations des individus. Elle relève en fait du système préconscient qui est le lieu où se déroulent les liaisons-déliasions et la circulation des représentations entre l'inconscient (Ic) et le conscient (Cs). Une bonne mentalisation (qualité du préconscient) protège le corps de la somatisation. Le Préconscient sera qualifié selon 3 axes : son épaisseur (constituée de strates superposées, allant des couches les plus profondes aux couches supérieures : soma, inconscient, instincts, pulsions, conscience), sa fluidité (mobilité des différentes formes de représentations qui circulent entre les couches, et ce, dans les deux sens) sa permanence (ou continuité dans le temps, qui permet d'évaluer le degré d'irrégularité du fonctionnement mental. Un défaut de mentalisation correspond donc à une altération du préconscient. Cliniquement la corrélation « bonne mentalisation » équivaut à une « bonne santé». Certaines épreuves psychiques trop intenses (deuil, licenciement, naissance, retraite, etc.) peuvent être vécues sur un mode traumatique et provoquer des désordres somatiques. La gravité de ces désorganisations et le potentiel de rémission vont dépendre de la qualité de la mentalisation. Les maladies à crises; la crise est déclenchée lors d'événements ponctuels déclenchants qui témoignent d'une discontinuité du fonctionnement psychique. Elles ne mettent pas en jeu le pronostic vital car elles constituent un "palier de

fixation somatique" qui constitue un barrage en stoppant les mouvements de désorganisation générale. Le symptôme ne doit pas être supprimé trop rapidement sous peine de provoquer une somatisation bien plus grave. Dans les maladies évolutives (notamment les maladies auto-immunes ou cancéreuses), le processus de somatisation utilise une voie de désorganisation dite "progressive", faute de trouver un palier de fixation somatique " stabilisateur ". L'issue peut être mortelle si aucun travail de remobilisation des processus psychiques n'est entrepris.

Il s'agit ici d'un résumé très schématique de la pensée de P. MARTY qui n'en reste pas moins complexe. C'est pourquoi on pourra se reporter à la contribution de Rosine Debray qui développe de façon claire la pensée de celui-ci avec une contribution intéressante sur la constitution du Moi dans : L'organisation mentale des diabétiques

ANZIEU

La définition de la structuration progressive du psychisme est faite à partir des données organiques du développement corporel, des plus précoces au plus tardives. Les pensées produites par le psychisme doivent en priorité leur existence à l'une ou l'autre des différentes fonctions biologiques de la peau. Le concept de « moi - peau » est un cadre théorique permettant à l'homme de se penser en tant que corps pensant et parlant. La modélisation du psychisme intègre d'une part les liens embryologiques qui unissent la peau (surface de contact entre l'individu et le monde qu'il environne) au système nerveux central (le cortex cérébral en particulier) et d'autre part les fonctions biologiques réelles de cette peau, support supposé réel des fonctions psychiques. Anzieu établit ainsi un parallèle systématique entre les fonctions de la peau et les fonctions du Moi, en essayant de préciser pour chacune le mode de correspondance entre l'organique et le psychique, les types d'angoisse liés à la pathologie de cette fonction, et les figurations les troubles du Moi-peau que la clinique nous apporte;

Sami ALI

La théorie relationnelle, présentée ici sous une forme tout à fait schématique, a pour point de départ une constatation : il est impossible que la psychanalyse, en tant que théorie relevant de la névrose, la psychose et la perversion, et rendant compte exclusivement des troubles fonctionnels que définit la psychopathologie freudienne, puisse être extrapolée à la pathologie organique. En effet, cette extrapolation s'opère de deux façons, notamment en assimilant la pathologie organique tour à tour, soit au symptôme hystérique chargé d'un sens symbolique, soit aux manifestations de la névrose actuelle dépourvue de toute symbolisation. Dans cette dernière extrapolation, on a sans doute reconnu des concepts comme la pensée opératoire ou l'alexithymie, s'employant à faire dériver la pathologie organique d'une carence de symbolisation, comme si on « somatisait» parce qu'on serait incapable de « mentaliser ».

En fait on est en pleine confusion, car la pathologie organique porte d'emblée sur le corps réel, alors que la psychopathologie freudienne ne concerne que le corps imaginaire : la psychosomatique ne saurait donc être une psychanalyse appliquée, régie à la fois par et psychogénèse et la causalité linéaire. Or, toutes les théories de la psychosomatique issues de la psychanalyse partagent la

même illusion : rendre compte de la pathologie organique en faisant appel exclusivement au fonctionnement psychique, en excès ou en défaut, sans s'apercevoir, par exemple, qu'il n'existe aucune corrélation significative entre le fonctionnement opératoire ou alexithymique et l'incidence de la pathologie organique. De même, des traits de caractère hystériques, obsessionnels ou psychotiques peuvent se retrouver dans différentes pathologies sans y jouer un rôle étiologique quelconque. Il faut donc un autre point de départ. Celui-ci est fourni par la théorie relationnelle, qui pose dès l'origine le primat absolu de la relation, à la naissance, et même avant la naissance, ce qui interdit de postuler des « processus internes » sans relation. De ce point de vue, le « psychique » est relationnel au même titre que le « somatique ». On est ainsi renvoyé au fait psychosomatique le plus simple, à savoir qu'il n'y a pas de fonctionnement sans situation, ni de situation sans fonctionnement. Il s'agit maintenant de définir ces deux termes complémentaires.

Dans ce contexte, le fonctionnement psychosomatique est déterminé par rapport à l'activité onirique, qui est l'imaginaire par excellence, selon qu'elle est présente, absente ou alternant entre la présence et l'absence. Ce qui permet de définir le fonctionnement par la relation d'inclusion ou d'exclusion réciproque de la conscience vigile et de la conscience onirique, en introduisant, du même coup, un principe très général de continuité et de discontinuité au niveau de l'ensemble du fonctionnement. L'activité onirique englobe ici non seulement le rêve nocturne mais également tous ses équivalents diurnes, qui ont nom la rêverie, le jeu, l'hallucination, le délire, le transfert, l'affect, etc., et qui en constituent autant de variations où se reconnaît la même fonction de l'imaginaire. La situation relationnelle de conflictuelle et susceptible dès lors de trouver une issue possible, peut également évoluer vers l'impasse. Celle-ci comporte plusieurs formes, dont la contradiction, le cercle vicieux et l'alternative absolue, interdisant que le conflit, dans lequel l'autre aussi est impliqué, puisse s'ouvrir en quelque sens que ce soit. Or, la pathologie organique doit être vue sous l'angle de l'impasse, comme si la même aporie se projetait simultanément au niveau biologique et relationnel. C'est en tenant compte de l'existence d'une impasse relationnelle potentielle, à l'arrière-plan de la pathologie organique, qu'il devient possible d'envisager une autre forme thérapeutique, non pour trouver une issue là où il n'y en a pas, mais pour poser précisément le problème de l'impasse en tant que telle, afin de savoir comment elle s'est effectivement constituée. En quelque sorte, il ne s'agit pas de résoudre l'impasse mais de la dissoudre, en transformant les données. Travail patient, qui s'effectue avant tout par la libération du rêve et de l'affect.

Reconnaître un lien possible entre la pathologie organique et l'impasse ne signifie pas qu'on introduit subrepticement de nouveau la psychogenèse et la causalité linéaire, mais au contraire que l'on restitue à la réalité clinique, ancrée dans la subjectivité, une complexité à la fois relationnelle et biologique à l'articulation du corps réel et du corps imaginaire. Cependant, la relation dont il s'agit ici n'a rien à voir avec ce qu'on appelle relation d'objet, puisque, d'un côté, elle est relation de sujet et, de l'autre, elle est pourvue de quatre dimensions qu'il importe de ne pas perdre de vue dans tout travail thérapeutique placé dans cette perspective : l'espace, le temps, le rêve et l'affect.

ANDRÉ GREEN

Dans le discours vivant André Green souligne:" Dans les états

psychosomatiques, la crise somatique représente un authentique acting out, orienté vers le dedans. Le but essentiel est l'expulsion de l'intrus, l'affect hors de la réalité psychique." Lorsque après de nombreuses années d'analyse, l'élément représentatif inconscient est reconnu par le patient et rétabli dans ses fonctions de rêve ou de fantasme, l'affect par contre est beaucoup plus difficile à mobiliser, et dans certains cas tout se passe comme si l'affect était déduit à partir de la somatisation ou hypothétisé après-coup, après une crise somatique" j'ai eu une crise donc je dois me sentir jaloux".

L'épaisseur du préconscient semble correspondre à une théorisation importante d'André Green : celle des processus tertiaires.

La Somatisation viserait à court-circuiter la représentation de la réalité et l'action spécifique par un passage à l'acte de décharge. L'origine somatique et le but d'agir selon une action spécifique constituerait donc les deux extrêmes, les bornes du champ psychique de la pulsion. André Green écrit la limite comme un double champ entre le dehors et le dedans, la représentation de choses et la représentation de mots.

La pensée dans une perspective psychanalytique contemporaine doit être placée à un carrefour entre dedans et dehors, et entre les deux parties séparées qui divisent le dedans (la limite des systèmes conscient - préconscient et inconscient). Les processus de pensée sont localisés à l'intersection de ces deux lignes, ce qui renforce la théorie des processus tertiaires se situant dans cette zone, que Marty appelle l'épaisseur du préconscient. Dans cette zone se trouve aussi le point de rupture d'une grande partie de la pathologie somatique.

Les soins maternels ouvrent sur les deux éléments du narcissisme primaire; l'effet positif, après la satiété, et l'effet négatif entraînant le vide et le robot mortifère que nous retrouvons dans la dépression essentielle. André Green parle d'un narcissisme de vie et d'un narcissisme de mort rappelant les liens entre le narcissisme et la dépression. Il a décrit le narcissisme négatif, double sombre de l'Éros unitaire du narcissisme positif; celui-ci va vers l'inexistence, l'anesthésie et le blanc donnant un étayage théorique à la dépression essentielle et à la pensée opératoire. La théorie complexe de la fonction objectalisante part de l'idée que l'objet est le révélateur de la pulsion. Cette fonction serait donc en rapport avec un investissement significatif. L'investissement lui-même sera objectalisé avec prédominance de la liaison tandis que la pulsion de mort vise à accomplir la fonction desobjectalisante par la déliaison et le désinvestissement. L'Idéal du moi peut avoir une action létale. La fonction desobjectalisante est le processus le plus radical pour s'opposer au travail de deuil. La désorganisation progressive et l'automatisation se produisent lorsque l'appareil mental est incapable d'effectuer un travail de mélancolie. La majorité des conceptions psychosomatiques font implicitement référence à une négativité affectant le psychisme.

Monique AUMAGE

Les difficultés d'approche analytique des noyaux psychosomatiques sont nombreuses. : on les exprime entre autres soit en terme de carence : défaut de mentalisation, pauvreté de la pensée métaphorique, absence de rêve, oubli des souvenirs, déficit de l'activité projective, rupture du tissu symbolique, problématique annulée, déniée, clivée, etc.

en terme de compétence : richesse des défenses de type opératoire ou logique transfert massif, violence sous-jacente proche de l'animalité (Christophe Dejours), trop grande prégnance du réel, etc., en terme de difficultés de

repérage de signifiants.

Quelle que soit la mosaïque des handicaps précités faisant obstacle à l'analyse, le noyau psychosomatique est immergé dans le narcissisme paradoxal et l'archaïque et doit être traité en tant que tel dans un "revécu" d'affects, d'émotions par l'image puis le mot

4) Comment s'y prendre ?

Pierre Marty, M de M'uzan et C David ont décrit l'investigation psychosomatique en 1963.

Il s'agit d'un examen qui diffère radicalement des interrogatoires médicaux classiques en ce sens qu'il se déroule en face à face d'une durée d'une heure parfois plus en silence.

Celui-ci est utilisé par l'investigateur. Il dispose, pour relancer le discours de son patient, de deux leviers : le levier traumatique du silence et la relance associative. Le levier traumatique du silence consiste à laisser s'installer celui-ci lorsqu'il se présente. Le patient aura alors tendance à combler ce qu'il vit comme un vide en disant ce qui, à cet instant, est le plus proche possible de sa conscience. La relance associative consiste à reprendre une des dernières phrases ou les derniers mots de la dernière phrase prononcée par le malade. Ce qui permet effectivement une relance du discours sans pour autant que l'investigateur ait introduit le moindre mot venant de son propre vocabulaire. Le but est de laisser se dérouler le flux associatif du malade sans l'interrompre en aucune façon par des questions venant de l'investigateur. Au cours de l'examen, le médecin va prêter particulièrement attention à une série de paramètres qui sont : les mécanismes de défense, la mesure de régression, la forme d'expression verbale, gestuelle et motrice, la nature du transfert (relation malade-médecin), la nature du contre-transfert (relation médecin-malade) et la rupture de l'entretien.

Dans la cure de type AIRE, on pourrait penser que cette investigation psychosomatique intervienne plutôt dans les séances « divan » .

5) Conduite à tenir

L'Ecole de PARIS propose de soutenir la fonction mentale au niveau où elle se trouve, parallèlement à la mise en œuvre d'une thérapeutique médicale, lorsque celle-ci est indispensable comme c'est le cas pour de nombreuses maladies chroniques c'est pouvoir adopter des positions extrêmement souples et variables dans le temps selon l'état du sujet en cause, positions qui iront de simples aménagements du cadre lorsque l'environnement doit assurer la survie jusqu'à des prises en charge proches de la cure psychanalytique type en passant par toutes les formes d'aides relationnelles et de psychothérapies spécialisées. Rester au plus près du fonctionnement psychique du patient demeure la règle puisqu'il s'agit, comme dans la technique psychanalytique classique, de ne lui transfuser que ce qu'il est en état de recevoir.

Mais finalement, tout le raisonnement qui analyse le processus de la maladie psycho-somatique nous pousse au Rêve éveillé. Avec quelques questionnements que je reprendrai pour finir cet article.

Il convient d'abord de rappeler que la qualification du Préconscient selon 3 axes mets en forme l'évolution des RE : l'épaisseur correspond au stade de sortir du banal, la fluidité est représentée par le mouvement et les changements, enfin la permanence se traduit par le travail hors séance .

Monique Aumage détaille les arguments du Rêve-éveillé en psychosomatique

A certaines difficultés, le R.E., par un aménagement original de la cure, peut apporter un confort technique dans l'abord des processus défensifs ou carenciels propres au noyau psychosomatique. Il peut permettre une extension du champ analytique aux territoires inconscients, annulés, déniés, scotomisés, clivés et un traitement plus particulier du pôle archaïque. Deux pôles coexistent dans l'analyse par le rêve-éveillé: le pôle transférentiel et le pôle rêve-éveillé, au patient de trouver selon le moment de la cure le pôle privilégié. Il est quelque peu artificiel d'isoler ainsi deux pôles de fonctionnement, le flux transférentiel infiltre bien sûr toute la cure, les scénarios de rêves-éveillés comme les séances entre les rêves-éveillés. Cependant, cet aménagement particulier apporte quelques réponses techniques aux difficultés transférentielles rencontrées en psychosomatique. Le ou les transferts, sont des relations d'objet, des déplacements d'objet. Le "transfert une maladie d'amour mais d'un amour qui comme bien des amours se trompe d'objet. Mais, en analyse, c'est la règle du jeu. L'analyste n'est qu'un leurre, un portemanteau à fantasmes, voire un vestiaire à fantasmes ». Comme le fait remarquer avec beaucoup d'humour Gilbert Maurey en parlant du paradoxe de la situation analytique: "L'analyste se porte en quelque sorte garant de l'illusion qu'il représente".

L'inconscient est parfois hérétique, il ignore et dédaigne l'orthodoxie des règles classiques du parfait fonctionnement de la cure analytique. L'inconscient ne s'engouffre pas que dans le transfert ou dans les transferts, tout comme la verbalisation n'est que l'écume de la représentation.

La souplesse du cadre du rêve-éveillé donne la liberté aux avatars des contenus des noyaux psychosomatiques de se transférer aussi et ailleurs que dans les transferts. Les processus multiformes issus des noyaux psychosomatiques vont pouvoir entre autre se "re-vivre" différemment, se déplacer, se déployer dans les scénarii rêves-éveillés qui sont un des moments forts de la cure mais qui s'inscrivent toujours dans la palette d'un continuum du processus analytique.

Les séances du rêve-éveillé sont en quelque sorte, non le temps de l'interprétation mais le temps du traitement, le temps du soin des transferts difficiles, impossibles, inavouables ou meurtriers.

Rêves-éveillés et rêves nocturnes s'articulent étroitement.

La reprise du texte du rêve-éveillé peut faciliter une meilleure intégration de ce qui se rejoue et combler aussi certaines brèches de l'univers psychique chez ces patients.

M Aumage voit dans la possibilité d'alternance de positions et une utilisation du dessin, de la pâte à modeler, des photos bien des avantages thérapeutiques. Ce qui ne peut pas s'associer en mots, s'élabore d'abord en dessins. , Formes ou couleurs. Ce sont souvent des contenus très morcelés ou très agressifs que nous livrent alors certains patients. De même le génogramme et le sociogramme du patient peuvent être utilisés. Dans tout ce cheminement, le

patient se sent accompagné de l'écoute, du regard de l'analyste. Ceci renvoie à la fonction miroir du regard des instances parentales dans lequel l'enfant a recherché son identité. Souvent, chez les patients psychosomatiques, ce regard fut défaillant, et les ruptures nombreuses. Beaucoup ont souligné l'absence de l'angoisse du 8ème mois, et les altérations de l'image spéculaire dans la genèse des troubles psychosomatiques. Pendant la cure, le thérapeute sera un nouveau miroir, venant suppléer les défaillances anciennes. Ce nouveau regard servira d'étayage à de nouvelles et de meilleures identifications, il aura une fonction identifiante.

M.Aumage détaille la notion de Rêve-éveillé et narcissisme paradoxal.

Le narcissisme paradoxal est un concept surtout utilisé par les analystes d'enfants psychotiques et les analystes thérapeutes familiaux. Il semble utile et opératoire dans la compréhension du noyau psychosomatique qui nous confronte à la paradoxalité avec des éléments violents, contradictoires, inconciliables, non opposables.

D. Anzieu S Decobert P.C. Recamier ont défini une position narcissique paradoxale qui précéderait la position schizoparanoïde de M. Klein. Cette position narcissique primaire est bipolaire. Elle comprend un pôle de liaison narcissique positif ou vivant, Eros en quelque sorte, et un pôle narcissique négatif (Green) encore appelé par Pasche antinarcissique, non vivant ou Thanatos. Cette position négative est caractérisée par des angoisses catastrophiques de non-intégration. C'est bien des angoisses catastrophiques d'étouffement, d'écrasement, de chute dans le vide, de précipitations, de sidération, de chaleur, de refroidissement qui sont jouées, vécues, rejouées, revécues dans les scénarii rêve-éveillé.

J P. Caillot et G. Decherf notent : "La défense normale contre ces angoisses catastrophiques est liée à la capacité du sujet à instaurer un rythme d'oscillations satisfaisant entre deux pôles", c'est-à-dire un rythme satisfaisant entre Eros et Thanatos. C'est bien ce travail de distanciation entre ces deux pôles, qui sera l'objet du rêve-éveillé, cela par la médiation de vécus rythmiques et contrastés. En rêve-éveillé, on peut évoquer des vécus rythmiques ou contrastes, opposés ou contradictoires en suggérant de percevoir, par exemple, des rythmes musicaux ou des opposés tactiles ou de couleurs (chaud-froid, rond-pointu, noir-blanc), etc.

Cette interpellation ne se fait pas au hasard, elle est guidée par le contenu latent du matériel de l'analyse des patients psychosomatiques. Ce matériel est particulièrement prégnant dans les cures des patients asthmatiques, allergiques, dans certaines stérilités lorsqu'en particulier le temps cyclique est altéré.

En psychosomatique, l'étai se resserre entre Eros et Thanatos, mais toutes les confusions de signifiants épinglées dans les lignées, les biographies et les chronologies des patients psychosomatiques resteraient lettres mortes s'ils ne venaient s'exprimer dans le rêve-éveillé, avec la part archaïque qui leur a permis d'advenir.

En centrant à certains moments de la cure sur le revécu, la réexpérimentation de la souffrance et d'affects, nés de propositions contradictoires, nous induisons le travail symbolique là où il puise son exigence première.

En effet, ce travail de symbolisation puise sa nécessité dans la souffrance née de l'écart des vécus bipolaires, paradoxaux, ambigus, dans le désarroi.

présence-absence, plein vide"plaisir-déplaisir puissance-impuissance, vie-mort.

L'activité symbolique est une activité de maîtrise et de remplacement dont l'objet est de remplacer le disparu, le blanc, le vide, l'écart par une manifestation, un signe, une représentation.

Gérard Decherf décrit: la relation d'objet paradoxal comme une relation contenant-contenu réversible dans laquelle le rythme paraît jouer un rôle fondamental. Elle est aux confins de l'irreprésentabilité et elle engendre au niveau de la pensée l'indicibilité. Certes nous sommes aux limites de l'indicible et de l'indivisible mais le rêve-éveillé permet, ose là une représentation et un début de symbolisation.

Rêve-éveillé. genèse et deuil

La maladie psychosomatique met en échec l'élan vital. Celui-ci puise son souffle dans les identifications primaires et les structures langagières et prélangagières qui l'ont sponsorisées. Une cure de patients psychosomatiques est une quête sur les origines, une interrogation sur la scène primitive et le rêve-éveillé une matrice dans laquelle vont se retrouver, dans la métaphore, les traces de vécus très anciens, et se remodeler les identifications primaires et plus tardives.

. Les aménagements particuliers de la technique du rêve-éveillé pourront parfois nous permettre d'ouvrir des pistes interdites et d'organiser nombre de funérailles.

Problématiques annulées, déniées, clivées, ignorées, les lieux géographiques des territoires à explorer peuvent concerner la série génitale et prégénitale.

Les thèmes sont parfois des agents techniques intéressants dans cette exploration. Nous pouvons nous interroger sur le sens et le non-sens de ces constructions fantasmatiques, le sens découvert est-il le vrai sens n'avons nous fait que donner du sens, et ce sens n'est-il qu'un leurre, bouche-trou à d'autres béances? La pratique clinique rend prudent et modeste, le rêve-éveillé n'a pas de réponse à tout, mais cependant, nous sommes autorisés à penser que bien souvent il permet une extension du champ analytique et rend possible une analyse chez des patients chez qui les processus défensifs la rendaient difficile, voire impossible.

En guise de fin de cette approche de Médecine Psycho-somatique et Psychanalyse, un questionnement : le risque de précipitation somatique ; la plupart des psycho-somatiques décrivent des situations de brutale aggravation en cours de prise en charge psychothérapique. On a beaucoup insisté, à juste titre, sur la prudence nécessaire et le besoin de pare-excitation des patients psychosomatiques, à certains moments de la cure..

L'économie psychosomatique individuelle est suffisamment complexe pour que de multiples raisons d'effondrement puissent s'y manifester en dépit de ce qui peut apparaître parfois comme l'acharnement thérapeutique. Reste à identifier si cette aggravation est en rapport avec le mode d'intervention: le problème n'est pas simple semble-t-il et pousse à ne pas utiliser facilement la psychanalyse classique et à la compléter d'une alternance face à face. Cette problématique existe-t-elle avec le rêve éveillé dans le cadre d'une cure AIRE ? En somme la question est de savoir si le Rêve éveillé qui peut avoir une fonction réparatrice, peut précipiter une désorganisation progressive en empêchant un palier de fixation dans la mesure ou il va explorer l'archaïque sans avoir de prise sur celui-ci si ce n'est de le dérouler.

C'est tantôt brutalement, tantôt par degrés que les êtres humains s'acheminent

vers la mort, pour autant, il semble que leur rythme est à respecter, même si notre rôle est toujours de soutenir, de maintenir, voire de ranimer ce qui reste en eux de l'ordre de la vie.

Une autre interrogation concerne l'importance du face à face repris par différences écoles et également par M Aumage dans sa pratique de RE.

Quand faut-il l'utiliser dans le cadre de la cure AIRE?

Le face à face est souvent plus rassurant car la position allongée a souvent une connotation mortifère. Le face à face souvent dédramatise et permet au sujet de se situer dans une référence collective et dans un imaginaire partagé. Mais les avantages du face à face en psychosomatique ne conduisent pas à la paralysie analytique.

EN conclusion, Ce que je retiens

Les mots clés: | constitution du moi -emménagement du psyché dans le soma-processus de maturation-clivage-fluidité du préconscient -liaisons et déliaisons-narcissisme de vie et narcissisme de mort- investissement de l'objet et fonction désobjectivante-limite dedans -dehors et conscient-inconscient-vie imaginaire pauvre-difficulté d'exprimer les émotions-l'archaïque -prélangage

La Maladie psycho-somatique est un trouble de la constitution du Moi par un défaut du processus de maturation avec un état primaire non suffisamment intégré du fait de l'échec de la mère qui laisse le nourrisson privé des fondements nécessaires et un déficit de "l'emménagement" du psyché dans le soma entraînant un moi faible : ou un retrait du "je suis" et du monde rendu hostile par la répudiation, par l'individu, de ce qui n'est pas lui entraînant un clivage. Elle se manifeste par la pensée opératoire qui est une forme de pensée rationnelle factuelle et actuelle enfin par l'absence totale de rêves et de fantasmes et par un mode particulier de rapport à autrui où l'Autre est mal perçu dans sa singularité et sa différence.

Le déficit se situe au niveau du préconscient insuffisamment fluide et irrégulier entre ses différentes composantes: le soma, l'inconscient, les instincts, les pulsions et la conscience ;

On comprend bien alors que ce qui relève de l'archaïque, du prélangagier soit peu accessible à une psychanalyse classique; Réveiller la vie imaginaire, libérer l'affect, travailler sur le rêve paraissent être les objectifs à atteindre.

Le Rêve éveillé apparaît être la conclusion naturelle de ce parcours.

Bibliographie:

FREUD Le moi et le ça

P MARTY L'investigation Psychosomatique

P MARTY L'ordre Psychosomatique

WINNICOTT la mère suffisamment bonne

Les aspects positifs et négatifs de la maladie psychosomatique

Revue de Médecine psychosomatique 1969 WINNICOTT

D.ANZIEU Le MOI-PEAU

FABRE N., MAUREY G.; Le Rêve-Eveillé analytique. Privat. 1985.

AUMAGE M.: Le cadre du rêve-éveillé et extension du champ analytique.

Revue de Psychosomatique. no 9. 1987.

HAAG Geneviève: Hypothèses sur la structure rythmique du premier contenant
GRUPPO. no2. 1986.

DECHERF Gérard, CAILLOT JP La position narcissique paradoxale. revue
GRUPPO. nol.1985.

**TEBALDO GALLI : Comparaison entre les positions de Winnicott et de
Pierre Marty**

**Rosine DEBRAY: L'équilibre psychosomatique ,organisation mentale des
diabétiques**

Monique AUMAGE : Rêve-éveillé et psychosomatique, Extension du champ
analytique

Henri Martel : ANDRÉ GREEN ET LA PSYCHOSOMATIQUE

MAI 2010