

1 COMPLEXITÉ DE LA QUESTION DES SOMATISATIONS VUE PAR LES PSYCHANALYSTES

Ce qui se joue du côté du corps lorsque l'on tombe malade demeure, les années passant, un sujet controversé dans le monde de la psychanalyse. Il est généralement admis que les somatisations sont fréquentes aux deux extrémités de la vie : chez les bébés et chez les enfants puis à nouveau chez les personnes âgées, mais tomber malade pendant ou après une psychanalyse reste une énigme pour laquelle chaque psychanalyste pourra proposer son interprétation personnelle. C'est ce qui ressort notamment d'un numéro de la *Revue française de psychosomatique* (n° 17, 2000) dont le thème est « Tomber malade pendant ou après l'analyse ».

L'idée qui court à travers un certain nombre des articles de ce numéro met l'accent sur le rôle du contre-transfert de l'analyste. Celui-ci serait transitivement défaillant, entraînant dans un deuxième temps la défaillance somatique chez son patient. Cette manière de voir, pour intéressante qu'elle soit, ne rend pas compte d'une manière spécifique de ce qui fait que le patient tombe malade au lieu de réagir par un passage à l'acte ou par un symptôme psychique particulier à cette défaillance du contre-transfert de son analyste. Le mystérieux « saut dans le somatique » signalé à l'origine par Freud semble garder son opacité.

1.1 Le point de vue de Freud

De fait, la position de Freud par rapport aux troubles ou symptômes somatiques n'a pas varié : ceux-ci sont *dénués de sens*. Ils doivent donc être clairement distingués des symptômes psychonévrotiques qui, s'originant dans une

névrose mentale, ne sont maintenus en tant que tels que par la force du refoulement. Il s'agit là d'une distinction capitale qui correspond aux deux lignées structurales décrites par Freud :

- celle des névroses actuelles qui conduit aux troubles somatiques ;
- celle des psychonévroses de défense qui conduit aux symptômes psychiques.

Ainsi, en 1916, Freud écrit dans « La nervosité commune » (Conférence n° 24, 1916, p. 365) :

Les symptômes des névroses actuelles, lourdeur de tête, sensation de douleurs, irritation d'un organe, affaiblissement ou arrêt d'une fonction, n'ont aucun « sens », aucune signification psychique. Ces symptômes sont corporels, non seulement dans leurs manifestations (tel est également le cas des symptômes hystériques par exemple) mais aussi quant aux processus qui les produisent et qui se déroulent sans la moindre participation de l'un quelconque de ces mécanismes psychiques compliqués que nous connaissons.

L'origine des névroses actuelles n'est pas à chercher dans les conflits infantiles mais dans le présent : les symptômes n'y sont pas une expression symbolique mais résultent directement de l'absence ou de l'inadéquation de la satisfaction sexuelle. Freud rangera dans les névroses actuelles la neurasthénie, la névrose d'angoisse, puis l'hypocondrie.

Tout autres sont les psychonévroses de défense où les symptômes sont l'expression symbolique des conflits infantiles. On les trouve dans les psychonévroses de transfert et les psychonévroses narcissiques. Cette première classification se verra modifiée en 1924 avec la référence aux névroses (hystérie, phobie, obsession), aux névroses narcissiques et aux psychoses.

Le modèle de la conversion hystérique, où le symptôme exprime par le corps des représentations refoulées, constitue une référence majeure. Ainsi la paralysie hystérique, moins fréquente on le sait aujourd'hui que du temps de Freud, ignore les localisations anatomiques, elle se réduit par la magie du verbe, disparaissant lorsque le patient intègre l'interprétation juste qui favorise la levée du refoulement.

Un tel processus, à la fois spectaculaire et témoin de la force de l'inconscient, demeure, le temps passant, le modèle souvent implicite qui soutient la compréhension des troubles somatiques chez nombre de psychanalystes. Pourtant, la pratique clinique montre qu'une maladie avérée ne se guérit pas par l'interprétation, même si la santé du patient peut être très améliorée par l'engagement dans une prise en charge de type psychanalytique.

Comme l'a dit Freud, le symptôme somatique est dénué de sens. À l'inverse de la conversion hystérique qui affecte le corps sans l'affecter, il attaque le corps et peut le conduire à sa perte ; aucune levée du refoulement

ne saurait en arrêter le mouvement. C'est que nous nous trouvons là dans une autre logique que celle de la métapsychologie freudienne, la logique du corps située topiquement « hors psyché ».

1.2 Les psychanalystes et les troubles psychosomatiques depuis Freud

Lorsque l'on a choisi très explicitement de s'intéresser en premier lieu à ce qui se joue chez l'individu humain au niveau de la psyché, l'énigme que peut constituer l'apparition inopinée de troubles somatiques chez ce même individu peut entraîner chez l'observateur psychanalyste différentes attitudes. Celle qui consisterait à dire qu'il s'agit là de manifestations qui ne sont pas de son ressort et, qu'en conséquence il s'en désintéresse, pourrait être comprise comme une démarche assez cohérente d'un point de vue strictement scientifique, et, dans cette perspective, la démarche inverse qui viserait, elle, à comprendre, voire à réduire les symptômes somatiques, pourrait apparaître comme empreinte d'un fantasme de toute-puissance dans lequel la maîtrise, même relative, de ce qui se joue sur la scène mentale devrait s'accompagner d'une même maîtrise en ce qui concerne les expressions au niveau du corps, y compris donc l'apparition des maladies.

Sans doute pourrait-on considérer que la reconnaissance de symptômes dits « psychosomatiques » témoignerait alors d'une sorte de compromis plus ou moins extensif selon les uns ou les autres, visant à délimiter une zone où les interactions entre psyché et soma pourraient aboutir à des tableaux symptomatologiques complexes donnant lieu à des affections somatiques précises. Il semble que, d'une certaine façon, c'est à ce type de compromis que soit parvenue cette branche particulière de la médecine que constitue la médecine psychosomatique.

Pourtant, si l'on se reporte aux positions qui ont été celles de Freud en ce domaine, on aboutit à un constat qui paraît très éloigné de toute formation de compromis. Rappelons, en effet, que c'est dans un texte de 1895 que Freud met l'accent sur ce qui va s'affirmer comme des troubles somatiques, opaques, dénués de sens, liés à une névrose actuelle ou à une névrose traumatique, et des symptômes psychonévrotiques de type hystérique (dont la paralysie hystérique constituera un des meilleurs exemples). Il s'agit là d'une distinction capitale en ce qui concerne la nature du symptôme somatique, véritablement somatique et dépourvu de sens dans un cas, faussement somatique pourrions-nous dire car lié au refoulement dans l'autre cas et cédant donc à l'apparente magie de l'interprétation juste.

Le fait qu'une telle distinction ait pu être en quelque sorte oubliée par les disciples de Freud de son vivant même, pourrait s'expliquer en grande partie par la coexistence possible chez les individus humains d'une symptomatolo-

gie hystérique de valeur conversionnelle qui s'allierait à des troubles somatiques plus ou moins transitoires ou installés selon les périodes de la vie. C'est ce qui ressort de l'examen du cas de Dora traité par Freud et publié en 1905 dans les *Cinq Psychanalyses* avec le sous-titre : « Fragment d'une analyse d'hystérie ». Cas repris par Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M'Uzan et Christian David en 1967 dans le cadre du Symposium de psychosomatique intitulé « Le cas Dora et le point de vue psychosomatique ». Il apparaît, en effet, qu'à travers la symptomatologie somatique floride que présentait Dora, tandis que certains troubles semblent indiscutablement liés à une conversion hystérique (la toux, les crises d'aphonie), d'autres (la migraine, l'asthénie) pourraient apparaître comme plus purement somatiques, n'étant pas maintenus par la force du refoulement. C'est ce qui conduit les auteurs à parler de « l'existence d'une polysymptomatologie chez Dora » (1968, p. 705) renvoyant à « une multiplicité de mécanismes étiopathogéniques : facteurs purement organiques, mécanismes propres aux névroses actuelles, identifications hystériques et allergiques... » (*ibid.*, p. 706).

En somme, c'est ce polymorphisme dont peuvent témoigner les troubles somatiques chez certains sujets qui serait responsable, pour une part, des extrapolations abusives faites par certains psychanalystes en dépit des positions prudentes de Freud.

1.2.1 Les premiers travaux

Chez les disciples de Freud, c'est Paul Federn qui le premier, en 1913, s'intéresse aux symptômes somatiques en présentant une communication à la Société psychanalytique de Vienne à propos d'un patient asthmatique. Ce sera ensuite Georg Groddeck (1923) qui prend une position en quelque sorte extrême lorsqu'il écrit :

La maladie de cœur nous parle d'amour et de sa répression, l'ulcère peptique renvoie à ce qui est au fond de l'âme (car c'est dans le ventre que le ça a placé l'âme), le cancer de l'utérus évoque les péchés contre les devoirs de la maternité et ceux de la débauche repentie, comme la syphilis ceux d'un ça doté d'une morale sexuelle rigide [...] C'est le ça qui décide si les os vont se casser lorsque vous tombez.

Cité par W. Wesiack, 1978, p. 32, traduit par moi-même.

On conçoit que face à de telles assertions, marquées par la toute-puissance de la pensée, même si celle-ci dépend de la toute-puissance de l'inconscient, les réactions dans le monde médical aient pu être extrêmement négatives, et ce d'autant plus que les résultats thérapeutiques obtenus par les psychanalystes qui souscrivaient à de telles thèses n'étaient pas, et de loin, purement négatifs. Les travaux d'Angel Garma (1957) en Argentine nous paraissent, en effet, s'inscrire dans cette même lignée avec l'utilisation d'interprétations

de type kleinien visant directement la symptomatologie somatique qui est traitée alors comme s'il s'agissait d'une symptomatologie mentale.

Le fait que de telles interprétations puissent aboutir à l'amélioration, voire à la sédation du trouble somatique – avec A. Garma, il était question surtout d'une pathologie ulcéreuse gastrique – me paraît pouvoir se comprendre autrement que comme la conséquence d'une interprétation qui s'avérait ainsi pertinente. Ce n'est pas, en effet, la construction interprétative que le psychanalyste propose à son malade quant à la genèse ou à l'évolution de son symptôme somatique qui me semble conduire d'une manière directe à la levée de ce symptôme – selon un schéma qui est celui de la levée du symptôme conversionnel hystérique – mais bien plutôt les modifications qui vont se produire dans l'économie psychosomatique générale du malade à travers des voies complexes, en fonction de la prise en charge globale dont il est l'objet au cours de son traitement psychothérapique, l'interprétation magique n'étant en somme qu'un des éléments d'un ensemble qui comporte de nombreuses variables.

1.2.2 *L'école de Chicago*

Du reste, cette extension outrancière des interprétations psychanalytiques d'un lieu où elles sont judicieuses à un lieu où elles ne le sont plus, va amener Franz Alexander (1950) à une critique nécessaire et féconde. C'est ainsi qu'il écrit (*ibid.*, p. 32) :

L'extension de la théorie de la conversion hystérique à toutes les réactions psychosomatiques a été un exemple typique d'une erreur qui s'est produite fréquemment dans l'histoire des sciences : celle de l'application non critiquée de concepts d'un domaine où ils sont valables à un autre domaine où ils ne le sont pas.

Alexander et ses collaborateurs ont évoqué l'existence de « types spécifiques de conflits » (*specific patterns of conflicts*) qui seraient à l'origine d'un certain nombre d'affections psychosomatiques comme les ulcères duodénaux, les colites, l'hypertension, l'asthme bronchique, les dermites d'origine nerveuse, l'arthrite rhumatoïdale, l'hyperthyroïdie. Pour que le trouble psychosomatique apparaisse, il faudrait une triple conjonction de facteurs :

- un type spécifique de conflit ;
- une prédisposition particulière du corps du sujet appelée : facteur somatique X ;
- une situation actuelle de conflit.

C'est dire qu'il s'agit là d'une conception tout à fait dynamique de ce qui préside à l'instauration d'un trouble somatique puisque la notion de conflit est au premier plan, mais c'est dire aussi que la notion de « terrain », ou de complaisance somatique pour garder l'expression de Freud, intervient égale-

ment. L'aspect en quelque sorte double que prend ici la notion de conflit nous paraît particulièrement intéressante : à la situation de conflit actuelle (dans laquelle on peut voir comme une référence à la notion de névrose actuelle de Freud) s'ajoute celle de sensibilité particulière du sujet à tel type spécifique de conflit, et ce n'est, en définitive, que de la conjonction établie entre sa sensibilité propre, sa prédisposition somatique et la réactivation ou la surcharge de la situation présente à vivre, que va naître la maladie somatique. L'insistance de F. Alexander à reconnaître l'importance des différences individuelles s'exprime à travers ce qu'il écrit (1953, p. 342) :

Il peut être à coup sûr établi que l'importance des facteurs émotionnels varie de cas à cas à l'intérieur de la même catégorie diagnostique, en conséquence la démarche thérapeutique aussi peut être hautement individuelle [...] la plupart des cas requièrent une coordination judicieuse des différentes méthodes somatiques et psychothérapeutiques.

Cette focalisation sur la spécificité individuelle de chaque cas se trouve en quelque sorte combattue par Flanders Dunbar, élève et ancienne analysée de F. Alexander, qui s'attache, elle, à décrire des profils psychologiques (*personality profiles*), lesquels seraient associés à un type particulier de maladie somatique : maladie du cœur, ulcère, allergie, diabète, tuberculose, cancer, etc.

Le profil psychologique des diabétiques a retenu mon attention (R. Debray, 1983). Il est établi à partir de six rubriques : hérédité, état de santé antérieur, vie familiale, attitudes hors de la maison, comportement individuel, réaction à la maladie, et donne lieu à des généralisations difficilement acceptables. À la rubrique « Vie familiale », il est dit par exemple :

Il y a une grande proportion d'enfants « gâtés » parmi les diabétiques et une vive jalousie vis-à-vis des frères et sœurs. [...] Un nombre surprenant de ces patients parle de divorce et de séparation sans pour autant passer à l'acte. Leur fréquent dégoût de l'acte sexuel fait que beaucoup d'hommes restent célibataires et que ceux qui se marient ont un petit nombre d'enfants. Les femmes, souvent frigides, se plaignent souvent de ce qu'elles considèrent comme des demandes sexuelles excessives de la part de leur mari.

F. Dunbar, 1955, p. 207, traduit par moi-même.

À la rubrique « Comportement individuel », l'auteur note :

En général peu précautionneux de leur santé, ils cherchent à accuser les autres des troubles qu'ils peuvent avoir. Ils ont tendance à s'écarter des sports de compétition et à rechercher un travail dans lequel ils pensent que la compétition ne sera pas trop vive. Ils temporisent et ajournent les décisions mais cherchent à en rejeter la responsabilité sur les autres si cela entraîne des conséquences néfastes.

Ibid., p. 207, traduit par moi-même.