

Constructions dans la clinique psychosomatique

Karina Soldati

Au fil des années, les théories psychosomatiques ont pris corps et aujourd'hui, nous pouvons reconnaître deux grands courants qui se divisent à partir des textes de Freud : l'un qui suit le modèle des psychonévroses de défense, et l'autre qui se construit sur la base des névroses d'angoisse. Les conséquences techniques découlant de chacune d'elles sont évidentes.

Le premier courant que nous ébauchons, celui appliqué à la somatisation par le modèle hystérique, utilise les mêmes techniques interprétatives que la psychanalyse et comprend des fantasmes dans lesquels les organes fonctionnent comme le support matériel de ceux-là. La position du deuxième courant, celui qui nous occupe, est fort prudente au moment d'utiliser l'interprétation, dès lors que suivant le modèle traumatique, une interprétation donnée en mauvaise syntonie pourrait entraîner un débordement plus important et empirer l'état de la maladie en cours. Si l'interprétation n'est pas l'outil princeps de son travail, quelle serait alors la spécificité du travail du psychosomaticien ?

Dès l'investigation psychosomatique, Marty, David et de M'Uzan commencent à construire « l'objet psychosomatique » conjointement à la délimitation d'une nouvelle technique visant à conserver les prémisses psychanalytiques et introduisant, en même temps, certaines modifications.

L'idée « d'expression associative » apparaît et nous introduit dans un domaine nouveau, où le conflit peut être exprimé par des voies hétérogènes, mais qui doivent être comprises dans une dynamique commune, et cette nouveauté est reproduite dans le dispositif thérapeutique : quelqu'un qui fait une consultation en raison d'une maladie organique est traité par la parole, dans « un autre lieu ».

Cet « autre lieu » qui à nous, les analystes, nous suggère ce qui est caché, l'autre scène, l'inconscient, apparaît ici sous une autre forme bien différente. Nous ne sommes pas sur le terrain de ce qui est caché dans le psychisme, mais sur celui du négatif, de ce qui manque ou, je préférerais dire, de ce qui nous manque depuis notre position d'analystes. Nous ne sommes pas dans le domaine de l'inconscient de la première topique, où il y a un matériel inconscient à déchiffrer. Il s'agit de prendre contact avec ce qui ne peut pas être symbolisé, qui se trouve contenu dans des fixations antérieures, lesquelles ne sont pas aptes au commerce associatif, mais qui apparaissent au lieu de certains affects que nous espérons voir. Il s'agit, et surtout chez les patients qui n'ont pas pu développer une bonne mentalisation, d'une vraie construction dans plusieurs directions :

- 1 – Construction d'un lien et d'un espace thérapeutique donnant lieu à un processus.
- 2 – Construction dans le sens de réorganisation de la libido afin d'atteindre le niveau le plus élevé atteint avant la maladie, et même aller au-delà... ? C'est-à-dire relancer le mouvement progrédient.
- 3 – Construction, au sens freudien du terme, dès lors qu'une grande partie du travail consiste à proposer des scènes qui surgissent du fonctionnement mental du thérapeute, grâce à une identification très particulière, fondée sur des éléments hétérogènes qui apparaissent par le contact avec le patient au cours de la séance.

Ces trois façons de concevoir les constructions dans le cadre du travail du psychosomaticien se croisant, chacune d'elles enrichit son développement grâce aux autres.