

Claude Smadja

Présentation de la psychosomatique

Introduction

La psychosomatique est un nouveau regard sur l'homme malade et participe de ce fait à l'histoire de la médecine. Depuis ses origines la médecine s'est construite selon différents courants conceptuels au sein desquels la vie de l'esprit a pris une place plus ou moins importante. C'est dans la seconde moitié du XIXe siècle que le terme psychosomatique est né. On attribue sa paternité à un psychiatre allemand Heinroth. L'apparition de ce nouveau courant médical que le terme désignait visait à introduire dans le courant organiciste et expérimental de la médecine du XIXe siècle des facteurs d'ordre psychique pour rendre compte de la causalité et de l'étiopathogénie de certaines maladies. Cette approche nouvelle et globale de l'homme malade s'est poursuivie jusqu'à nos jours dans la pratique médicale et en constitue l'un de ses courants. Son activité s'est cependant heurtée au développement des découvertes et des conceptions biologiques qui organisent aujourd'hui et plus que jamais les soubassements de la médecine occidentale.

Depuis l'invention de la psychanalyse par Freud, une nouvelle voie d'abord des malades somatiques s'est trouvée ouverte et plusieurs psychanalystes l'ont utilisée dans leurs observations cliniques et dans leurs cures psychanalytiques. Ainsi s'est développé un nouveau courant psychosomatique, d'origine psychanalytique, par opposition au courant strictement médical. Ce dernier part de la notion de maladie pour en rechercher tous les facteurs étiologiques, facteurs biologiques et facteurs d'origine psychique. Au contraire, la psychosomatique psychanalytique part de l'homme malade et de son fonctionnement psychique pour comprendre les conditions dans lesquelles a pu se développer une maladie somatique.

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.

Groddock 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 Groddock.

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.

1. 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.

2. 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 tels 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 dipienne 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.

Cliniques et théories psychosomatiques

Au contraire de l'approche psychosomatique médicale qui envisage le malade à partir de sa maladie, l'approche psychanalytique l'envisage à partir du repérage dans son fonctionnement psychique d'un processus de somatisation. Ainsi la clinique psychosomatique ne se dégage-t-elle qu'au travers du filtre de la relation qu'établit le psychanalyste avec son patient malade. Un processus de somatisation est une chaîne d'événements psychiques qui favorisent le développement d'une affection somatique. On distingue habituellement deux modalités de processus de somatisation : le processus de somatisation par régression et le processus de somatisation par déliaison pulsionnelle. Ces deux mouvements psychiques s'opposent par la qualité de la mentalisation sur laquelle ils se développent.

La mentalisation est une notion utilisée classiquement par les psychanalystes psychosomaticiens et qui recouvre tout le champ de l'élaboration psychique. La mentalisation concerne donc principalement l'activité représentative et fantasmatique de l'individu. Dans la mesure où le travail de liaison des représentations s'opère dans le système préconscient, l'évaluation de la qualité de la mentalisation et celle de la qualité du préconscient sont quasi équivalentes. Pour P. Marty la mentalisation s'apprécie selon trois axes, chacun représentant l'une des dimensions de l'activité des représentations : son épaisseur, sa fluidité et sa permanence.

A. Le processus de somatisation par régression

Il s'agit d'un processus qui conduit habituellement à des crises somatiques bénignes et réversibles. Ainsi en est-il, par exemple, des crises d'asthme, des crises céphalalgiques ou rachialgiques, des crises ulcéreuses, cholériques ou des crises hypertensives. Il s'agit de somatisations qui reviennent souvent sous la même forme chez un même individu.

Ces somatisations surviennent en général chez des sujets dont le fonctionnement psychique est organisé sur un mode névrotico-normal. Leur mentalisation est habituellement satisfaisante ou peu altérée. Ici les somatisations surviennent au décours de variations du fonctionnement psychique que P. Marty qualifiait d'irrégularités du fonctionnement mental. On qualifie ainsi de discrets changements de régime du fonctionnement mental, habituels et réversibles, qui transforment momentanément l'économie psychosomatique. Ces variations laissent la place à des activités sublimatoires ou perverses, des traits de caractère ou de comportement ou des somatisations bénignes.

B. Le processus de somatisation par déliaison pulsionnelle

Il s'agit d'un processus psychique qui aboutit habituellement à des maladies évolutives et graves pouvant conduire à la mort. Ainsi en est-il en particulier des maladies auto-immunes et des maladies cancéreuses. Ce processus se développe en général soit chez des sujets présentant une organisation non névrotique du Moi, soit chez des sujets ayant subi des traumatismes psychiques qui ont réactivé des blessures narcissiques profondes et précoces.

Dans tous les cas, la dimension de perte narcissique est présente et fait le lit d'un trouble de la mentalisation momentané ou durable. Cette dimension de perte narcissique génère un état de déliaison pulsionnelle qui modifie l'ensemble de l'équilibre psychosomatique du sujet. Au cours de l'évolution on voit se développer dans un premier temps des modifications psychopathologiques puis dans un second temps les modifications physiopathologiques énoncées plus haut. Sur le plan psychique, on observe un certain nombre de symptômes regroupés sous le nom de vie opératoire : une certaine qualité de dépression, la dépression essentielle, et une certaine qualité de pensée, la pensée opératoire. La dépression essentielle est une modalité dépressive caractérisée par l'absence d'expressions symptomatiques. Elle a été décrite par P. Marty en 1966 et se définit par un abaissement général du tonus de vie sans contrepartie économique. On ne retrouve en effet dans le vécu dépressif essentiel ni sentiment de culpabilité ni auto-accusation mélancolique. La dépression essentielle se révèle ainsi par sa négativité symptomatique.

La pensée opératoire est un mode de pensée actuelle, factuelle et sans lien avec une activité fantasmatique ou de symbolisation. Elle accompagne les faits plus qu'elle ne les représente. Il s'agit en réalité d'une non-pensée dans la mesure où elle a perdu ses liens avec sa source pulsionnelle. La vie opératoire peut s'installer dans la chronicité ou prendre la forme d'un état critique, momentané et réversible. Elle représente habituellement une modalité fragile et instable d'équilibre psychosomatique. Dans les formes prononcées de vie opératoire on observe souvent une dégradation de la qualité du Surmoi et sa substitution par un puissant système idéalisant, que P. Marty qualifiait de Moi idéal. Le Moi idéal, de toute puissance narcissique, est un trait de comportement défini par sa démesure. Il repose sur des exigences inépuisables du sujet vis-à-vis de lui-même comme vis-à-vis des autres. L'intérêt majeur du repérage d'un Moi idéal chez un patient réside dans l'absence de capacités régressives et de passivité psychique qu'il implique et qui constituent un risque d'effondrement tant psychique que somatique.

Une fois installée la vie opératoire dépend de la qualité de l'environnement faste qui entoure le patient et en particulier de la mise en place d'un cadre de traitement psychanalytique adapté. Compte tenu de la réduction des capacités mentales d'intégration des événements traumatiques qu'elle suppose, elle représente toujours un risque majeur de désorganisation somatique. C'est pourquoi l'évolution peut toujours s'ouvrir vers le développement d'une affection somatique grave.

La pratique psychosomatique psychanalytique

Selon la conception des psychanalystes de l'Institut de Psychosomatique de Paris créé par P. Marty en 1972, le traitement psychothérapeutique 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.

Bibliographie

Fain M. Prélude à la vie fantasmatique. Revue Française de Psychanalyse, n° 3-4, Puf, 1971.

Marty P. Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, Tome I. Paris, Payot, 1976.

Marty P. L'ordre psychosomatique, Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, Tome II. Paris, Payot, 1980.

de M'uzan M. Psychodynamic mechanism in psychosomatic symptom formation
Actes du IIème Congrès international de médecine psychosomatique, Amsterdam, 1973. in : Psychotherapies and psychosomatic ball.

Smadja C. Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique
C.P.L.F.P.R., Revue française de psychosomatique, 1998, n° 5, Puf