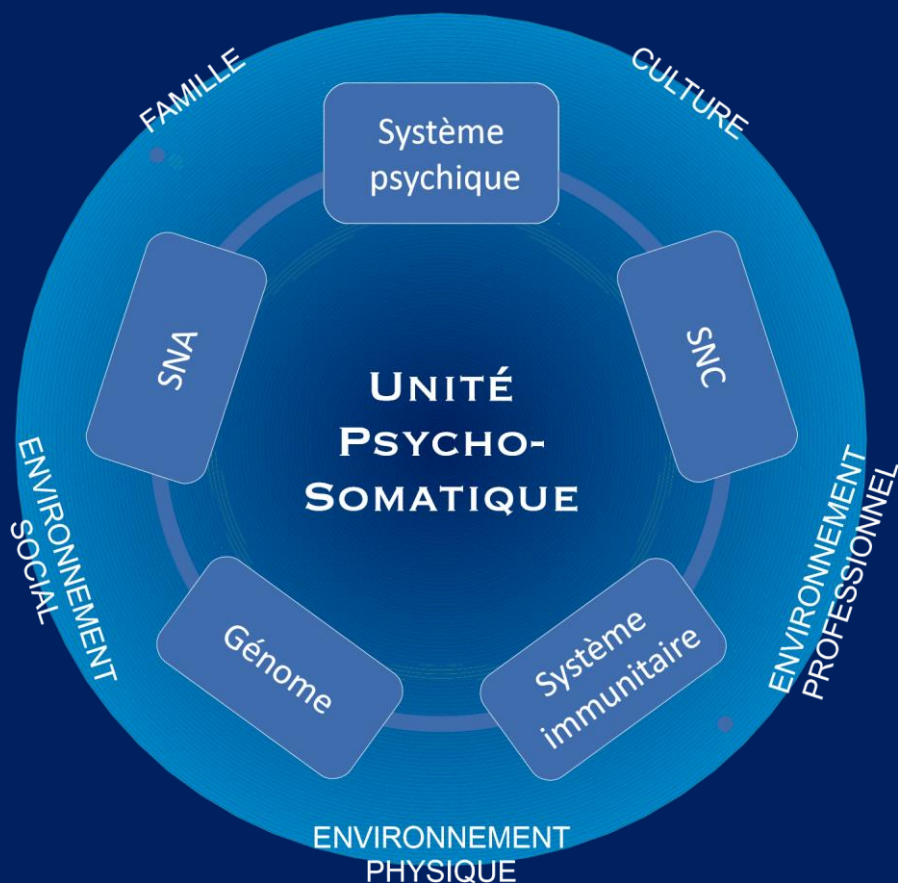


PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE
MODELE METAPSYCHOSOMATIQUE PSYCHANALYSE MÉDECINE
NEUROSCIENCES
REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE ET DE
L'ECOLE DE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE

LE NOM DE LA MERE ET LA THERAPIE D'ATTACHEMENT MATERNEL EN
PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE
NON – NEVROSES DE L'AXE AUTO CONSERVATIF
LA THERAPIE DE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE



NUMERO 16

16 – 2025

COMITE DE RÉDACTION ET DE LECTURE 2025

André Aboulkheir, Benoît Depreux, Stéphane Flamant, Elisabeth Jouan, Lionel Naccache, Angelo Vapellari, Jean Benjamin Stora, Bruno Trumbic, Marleine El Haddad, Kahina Boucheffa, Dr Dubreuilh Noelle, Girard Reinette, Nathalie Bugeaud, Stéphanie Ghanem.

COMITE SCIENTIFIQUE

Les membres du comité de rédaction sont aussi des membres du comité scientifique

Pr. Wolfgang Rapp, Professeur émérite de Médecine Psychosomatique, Chaire de Médecine Psychosomatique, Université de Heidelberg.

- **Pr. Gérard Ostermann, Professeur de thérapeutique option médecine Interne. Psychothérapeute-Analyste. Diplômé de thérapie Cognitivo-Comportementale et de pharmacologie. Spécialiste des conduites addictives, de l'anorexie et de la prise en charge de la douleur et des traumatismes. Spécialiste en cardiologie et angiologie. Université de Bordeaux.**
- **Dr. Anne Buot, Docteur en Neurosciences, Enseignante ENS de la Rue d'Ulm, responsable cours de Neurosciences de l'IPSI**
- **Dr. Karim N'Diaye, Institut du cerveau et de la moelle épinière / Brain & Spine Institute, Paris, GHU La Pitié-Salpêtrière**
- **Pr. Jean Benjamin Stora, psychanalyste psychosomaticien, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière, Responsable enseignements de l'Institut de Psychosomatique Intégrative**
- **Michael Stora, Psychologue clinicien, Psychanalyste, Psychosomaticien, expert enfants et adolescents addiction jeux-vidéo, Président fondateur de l'Observatoire des Mondes Numériques, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière**
- **Dr. Ruth Aboulkheir, gynécologue**

LA REVUE DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE A ETE CRÉÉE EN JANVIER 2014.

Responsable du numéro 16 : Jean Benjamin Stora

Le Nom de la Mère et la thérapie de psychosomatique intégrative

Il s'agit dans cette introduction de vous informer d'une pratique qui semble inconnue dans notre pays. Nombre de nos patients ont d'importantes défaillances psychiques, sinon pas de système psychique. Nous sommes en présence d'êtres humains sans imaginaire, sans capacité associative, et André Green a fini par appeler ces patientes et ces patients des non-névrosés. Cela signifie que les thérapeutes doivent aider au développement d'un système psychique afin de mieux protéger leur santé. Le système psychique étant un système de défense aux côtés du système immunitaire.

Pour ce faire, j'ai développé progressivement au cours des 30 dernières années la thérapie psychosomatique dans une relation d'attachement maternel au patient. Nous ne sommes plus dans le modèle de la psychanalyse stricto sensu, mais dans les phases archaïques de développement humain. À ce stade, dans les sociétés actuelles, la Mère a la lourde charge de développer le système psychique de son enfant. Nous, psychosomaticiennes et psychosomaticiens, adoptons un rôle maternel bienveillant, chaleureux et empathique avec nos patientes et nos patients pour les soigner. J'insiste donc sur le Nom de la Mère par opposition au nom du Père prévalant dans la technique analytique de la phase génitale.

Ce qui m'étonne beaucoup c'est que les thérapeutes en général et les psychanalystes n'ont donné, pour le moment, aucun écho à cette nouvelle approche. Les féministes n'ont absolument pas réagi ou n'en n'ont pas connaissance. Je n'ai pas réussi pour le moment à convaincre les psychanalystes et les thérapeutes d'imposer LE NOM DE LA MERE QUI est fondamental pour aider nos patientes et nos patients à développer progressivement leur imaginaire et donc pour développer un système de défense mentale aux côtés du système immunitaire pour les protéger des somatisations.

Je tiens à remercier très chaleureusement les six collègues qui m'ont accompagné dans la rédaction de cette revue et dont les articles figurent dans ce numéro :

DR. NOELLE DUBREUILH, JEANNE SHEVCHENKO EVEN, DR. GAOUSSOU KEITA, STEPHANIE GHANEM, GUYLAINE DIX NEUF, PAUL BULYALUGO.

Je tiens à remercier très chaleureusement ma collègue Jeanne SHEVCHENKO EVEN pour avoir corrigé tout ce numéro et l'avoir présenté en refaisant le sommaire, Jean Benjamin Stora

SOMMAIRE

RESPONSABLE DU NUMERO 16 : JEAN BENJAMIN STORA.....	3
INTRODUCTION.....	5
LE DOUBLE REGARD. JEAN BENJAMIN STORA.....	7
NAISSANCE DE LA VIE PSYCHIQUE. JEAN BENJAMIN STORA	8
PSYCHOTHERAPIES PSYCHOSOMATIQUES. JEAN BENJAMIN STORA.....	14
REPRISE DE LA PREMIERE SEANCE DU SEMINAIRE. JEAN BENJAMIN STORA	19
La fonction maternelle selon Pierre Marty	38
DR. NOËLLE DUBREUILH	40
Fabienne	40
JEANNE SHEVCHENKO EVEN	47
Réflexions autour d'un cas d'eczéma dans la clinique psychosomatique	47
DR. KEITA GAOUSSOU	57
Ulcère gastro-duodéal et d'hypertension essentielle : cas clinique de Waraba.....	57
STEPHANIE GHANEM	67
Du corps endeuillé au sujet maternel : une lecture psychosomatique intégrative d'un deuil traumatique après une mort subite du nourrisson	67
GUYLAINE DIXNEUF	75
Etude d'un cas d'encoprésie à travers le prisme d'une évaluation psychosomatique	75
PAUL BULYALUGO	91
La résistance culturelle à la psychothérapie. Cas d'Irène en RD Congo	91

Introduction

Tout d'abord un retour sur mes orientations professionnelles qui ne sont pas prises en considération par les différents mouvements psychanalytiques français.

Très tôt dans les années 60 je me suis familiarisé avec les théories de Konrad Lorenz sur l'éthologie, et j'ai poursuivi avec mes lectures de Bowlby et de Winnicott. Bowlby était très critique de la psychanalyse et de la théorie des pulsions de Freud. Quant à Winnicott il est beaucoup plus connu pour : « The good enough Mother » qui l'a rendu célèbre. Aucun de ces trois auteurs qui sont au fondement de mon approche de la psychosomatique intégrative et de l'attachement maternel n'est cité ou repris par les psychanalystes français. Pourquoi ?

Je dois ajouter à ces interrogations sur les premières années de vie que j'ai appelée la phase archaïque de développement humain, que mes recherches ont toujours eu une dimension inconsciente puisque je suis né avec un traumatisme important à la naissance. Ce traumatisme a profondément marqué mes premières années de vie et mes relations avec les êtres humains. Je suis très reconnaissant à Bowlby et Winnicott pour leur contribution importante dont j'ai poursuivi la théorie et la clinique. Je me suis inscrit ainsi dans la continuité des travaux théoriques et cliniques britanniques.

Bowlby¹ est un pédiatre et un psychanalyste de la société britannique de psychanalyse. Il est le fondateur de la théorie de l'attachement, et s'est très tôt intéressé aux conséquences des séparations précoces des enfants d'avec leurs parents. Il a travaillé, comme Winnicott, auprès d'enfants placés à la campagne durant la Seconde Guerre mondiale. Il publie en 1951 un rapport, *Maternal Care and Mental Health*, pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les conditions d'accueil des jeunes enfants en pouponnières.

Très tôt il a remis en question certains aspects de la théorie psychanalytique de Freud ; il considère que les relations entre l'enfant et son environnement sont trop peu prises en compte et, à la suite de ses travaux sur la séparation, il en vient à critiquer la théorie de l'étayage selon laquelle l'attachement de l'enfant à sa mère serait une résultante de la nourriture qu'elle lui prodigue. En 1958, il écrit un article « La nature du lien de l'enfant avec sa mère » dans lequel il critique la théorie des pulsions, en s'appuyant sur les découvertes de l'éthologie. Le terme d'« attachement » y apparaît pour la première fois.

¹ **Edward John Mostyn Bowlby** est un médecin psychiatre et psychanalyste britannique, né à Londres le 26 février 1907 et mort sur l'île de Skye, en Écosse, le 2 septembre 1990.

J'ai moi-même critiqué et proposé une nouvelle approche de la théorie des pulsions dans un article sur les somatisations en me fondant sur leur origine somatique. C'est étrange qu'à plus de 40 années de distance j'ai eu les mêmes questionnements que Bowlby.

Si les bébés naissent bien avec une prédisposition innée à s'attacher, c'est par la répétition des moments partagés, des soins prodigués qu'un enfant s'attache à un adulte. Deux indices caractérisent une relation d'attachement pour l'enfant : il recherche auprès de la figure d'attachement, de manière préférentielle, proximité et sécurité et proteste en cas de séparation subie.

Bowlby insiste bien sur le fait que l'attachement est un besoin primaire qui, dans une perspective darwiniste, est essentiel à la survie de l'espèce. Le système d'attachement a pour but de favoriser la proximité de l'enfant avec une ou des figures adultes afin d'obtenir un réconfort lui permettant de retrouver un sentiment de sécurité interne face aux éventuels dangers de l'environnement. Le système d'attachement est actif tout au long de la vie, plus ou moins stable au sein d'un environnement plus ou moins fixe : seuls les comportements spécifiques utilisés changent en fonction du développement, c'est ce que déclare Nicole et Antoine Guédeney en 2009 : « L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée » (collection « Les âges de la vie »). Le système d'attachement se développe surtout à partir de 7 mois, période qui correspond à la mise en place du système d'attachement et à la constitution de figures d'attachement spécifiques. Avec ses progrès moteurs, sa capacité à se déplacer, l'enfant peut s'éloigner pour explorer et étendre ainsi considérablement son horizon. Il devient dès lors particulièrement actif dans la régulation de la distance avec l'adulte. Donald Winnicott² : il est après Bowlby la deuxième référence importante à la théorie de l'attachement qu'il a continué à développer. Dans un de mes ouvrages je lui ai emprunté sa célèbre citation pour en faire le titre d'un de mes chapitres : « A good enough Mother ».

De l'étreinte des bras de la mère qui nourrit son bébé au pouvoir de l'objet transitionnel d'un ours en peluche chéri, la théorie de l'attachement de Donald Winnicott éclaire l'impact profond des premières relations sur le développement émotionnel d'un enfant. Cette perspective révolutionnaire, à la suite de Bowlby, a changé notre compréhension de la manière dont les liens formés durant l'enfance façonnent notre existence entière, influençant tout, de notre capacité à établir des connexions significatives à notre estime de soi.

² **Donald Woods Winnicott**, né le 7 avril 1896 à Plymouth et mort le 25 janvier 1971^[Notes 1] à Londres, est un pédiatre et psychanalyste britannique.

L'œuvre de Winnicott complète la théorie de l'attachement développé par Konrad Lorenz et Bowlby. Alors que Lorenz se concentrait sur les bases biologiques de l'attachement, Winnicott explorait les nuances psychologiques de ces relations premières que je qualifie de relations archaïques. Winnicott déclarait que la mère parfaite n'existait pas et que c'est une bonne chose en soi. The good enough Mother est très proche des besoins de son bébé qu'elle n'anticipe pas et qu'elle satisfait à chaque fois qu'ils se manifestent. Pour lui c'est absolument crucial pour le développement de l'enfant. L'anticipation constante par la mère des besoins de son bébé avant qu'il n'ait faim permet de le nourrir et c'est une très bonne chose.

La mère suffisamment bonne aménage sa relation avec son bébé en ménageant des frustrations qui sont tolérables. Ces écarts entre la manifestation d'un besoin et sa satisfaction sont les témoins de la magie de la relation de la mère avec son bébé. Le bébé apprend à communiquer ses besoins à supporter une frustration brève et progressivement à reconnaître la mère comme un être séparé de lui qui répond aux signaux qu'il envoie.

Il est important de comprendre que le besoin fondamental de l'être humain réside dans la relation d'attachement, dans sa compréhension et dans son acceptation qui selon Winnicott continue à être au cœur de nos vies émotionnelles.

Le double regard

Jean Benjamin Stora

Dans la relation d'attachement maternel tel que Bowlby l'a définie, il est important de comprendre que nous sommes en présence d'une double problématique : le regard du bébé sur sa mère dès que cela est possible, après l'âge de trois mois, et le regard de la mère « Caregiver » dans la relation avec son bébé. Jusqu'à présent je m'étais profondément attaché, comme on pourra le lire au début de cet article, au développement psychique du bébé dans la relation avec une mère bienveillante et chaleureuse, attentive au vécu de son enfant. Dans un article important, paru en 2008, et intitulé « **Attachement maternel et qualité des interactions mère-bébé** », Fanny Boyer-Panos nous communique une recherche sur les mères insécures, sur leur fonctionnement psychique et les conséquences sur le développement de leur enfant. « Notre étude se déroule à l'unité mère-enfant du centre hospitalier Charles-Perrens de Bordeaux. Notre échantillon regroupe sept dyades mère-enfant qui sont représentatives de la population accueillie tout au long de l'année. L'âge des mères, toutes primipares, va de seize ans à trente-huit ans, avec une moyenne de trente ans, et l'âge des bébés va de deux mois à sept mois ».

Cette étude est très intéressante pour toutes et pour tous les thérapeutes de psychosomatique qui pourraient avoir en traitement des mères « insécures ».

Jusqu'à présent dans notre pratique clinique nous avons toujours qualifié de carence parentale les premières relations mère – enfant car nous n'avions comme patients et comme patientes uniquement des adultes sans imaginaire et sans capacité associative, donc sans psychisme, victimes des mauvais traitements de leurs mères dans leurs premières années de vie. Nous avons soigné l'enfant dans l'adulte afin de refaire partir le processus de maturation psychosexuelle et le développement d'un système psychique inexistant. Nous n'avons jamais eu de mères insécures en traitement. C'est la raison du titre de l'article : « le double regard » car le regard de la mère déséquilibrée psychiquement affecte profondément le développement de son enfant. Nous pensons que ces mères insécures relèvent soit de la psychanalyse soit des thérapies appropriées pour leur permettre de modifier progressivement leurs comportements et leurs relations psycho-affectives.

Le traitement d'adultes sans système psychique nous a amené à nous interroger sur la naissance d'un système psychique dont, dans un premier temps, nous allons rappeler le développement chez des êtres carencés.

Naissance de la vie psychique

Jean Benjamin Stora

Le premier stade de développement humain est celui de la non – différenciation, L'organisation cénesthésique, l'organisation diacritique et le stade oral (Freud) contribuent à la naissance du système psychique. Il est important de rappeler que dans la première étape il s'agit d'un encodage neuronal des cortex sensoriels et moteurs ; cet encodage est nécessaire pour qu'il puisse avoir un développement du système psychique.

Le développement du système pare-excitation : la mère aide l'enfant à supporter les stimuli internes en lui permettant une décharge de tension : en le nourrissant lorsqu'il a faim, en le langeant de frais lorsqu'il s'est mouillé, en le couvrant lorsqu'il a froid, etc., la mère modifie de façon protectrice les conditions de tensions déplaisantes et les élimine. Nous parlons toujours d'une mère bienveillante chaleureuse qui aime son enfant. **C'est ainsi que progressivement s'édifie le pare-excitation psychique et physiologique des êtres humains.** C'est ce cycle d'action – réaction – action qui permet au bébé de transformer des stimuli sans signification en

signaux significatifs. Un appareil psychique ne peut se développer que si préalablement dans la phase archaïque il y a un encodage neuronal de nature sensorielle et de nature motrice, c'est cet encodage neuronal qui permet le développement du système psychique.

L'appareil psychique prend forme peu à peu à partir du sensorium, et à partir de l'intégration progressive dans le Moi-objet du courant vital narcissique et du masochisme érogène primaire, les deux premiers courants animant un être humain. Notre référence principale est celle de la contribution très importante d'un pédiatre psychanalyste : le docteur René Arpad Spitz. Il nous propose trois organisations qui accompagnent le développement psychique des êtres humains : **l'organisation cénesthésique qui** est profondément reliée au « sensorium » ; sentir prend un sens extensif, principalement viscéral, centré dans le système nerveux autonome et se traduit par des manifestations émotionnelles. **Il s'agit d'un processus de réception.** La sensibilité viscérale est liée à certaines zones sensorielles, telle la surface de la peau, auxquelles nous devons ajouter des organes sensoriels périphériques et **viscéraux** : la région orale qui comprend d'un côté le larynx, le pharynx, le palais, la langue et l'intérieur des joues et de l'autre les lèvres, le menton, le nez et les joues. Un autre organe de transition est situé dans l'oreille interne.

Il existe deux organisations : le système cénesthésique et le système diacritique. La troisième organisation est la capacité de dire « non » à l'âge de deux ans.

Les sensations du système cénesthésique sont extensives et généralement viscérales. Ses organes exécutifs sont principalement les muscles lisses et l'organisation nerveuse qui comprend : le système nerveux sympathique et le système nerveux parasympathique.

La deuxième organisation, qui s'édifie progressivement et intègre les structures sensorielles, motrices et émotionnelles, est appelée : le système diacritique dans lequel les sensations sont intensives ; les organes exécutifs en sont les muscles striés et son organisation nerveuse est subordonnée au système nerveux central. Il s'agit d'une organisation de perception.

Pour le nouveau-né le système diacritique ne fonctionne pas encore de façon appréciable ; il perçoit et opère principalement au niveau cénesthésique. Le stade oral : J'attire votre attention sur le fait que ces organes de transition, intermédiaires entre la réception interne et la perception externe, ont tous pour la survie une fonction importante dans le processus d'alimentation : il s'agit à présent du stade oral tel que Freud l'a défini; mais, compte tenu des

connaissances de son époque, **il n'a développé que la partie psychique des processus neurophysiologiques profondément interreliés avec la fonction psychique première, à savoir établissement de l'Objet maternel et internalisation de celui-ci aux termes du neuvième mois et début du fonctionnement de l'appareil psychique. Le problème d'internalisation de l'objet maternel n'a jamais été développé par Freud.** Selon Freud, la fonction orale est une fonction anaclitique, c'est-à-dire qu'elle détermine un choix d'objet par étayage sur la fonction physiologique.

Dans mon approche, les processus psychiques sont interreliés avec les processus neurophysiologiques et non pas étayés, la notion d'étayage implique une séparation des systèmes et une hiérarchisation fonctionnelle.

La naissance de la pensée : en 1895, dans « Esquisse d'une psychologie scientifique », Sigmund Freud explique que lorsque réapparaît un état de tension et de désir, « l'image mnémonique de l'objet » est réactivée. « Cette réactivation... produit d'abord quelque chose d'analogue à la perception, c'est-à-dire une hallucination ». Dans l'interprétation des rêves, il décrit comment au cours de l'expérience de la satisfaction d'un besoin interne, comme par exemple la faim, apparaît « une certaine perception dont l'image mnésique restera associée avec la trace mémorielle de l'excitation du besoin ». Dans cette expérience première de satisfaction, nous devons donc interrelier l'image mnésique, à savoir l'aliment dans l'exemple de la faim et par association le sein maternel, et la trace mémorielle qui désigne la mémoire du besoin, la mémoire de la tension psychophysiologique.

Besoin, Désir et Psyché : « Dès que le besoin se re-présentera, il y aura, grâce à la relation établie, déclenchement d'une impulsion psychique qui investira à nouveau l'image mnésique de cette perception dans la mémoire, et provoquera à nouveau la perception elle-même, c'est-à-dire reconstituera la situation de la première satisfaction ». Autrement dit, l'expérience de satisfaction inscrit dans la psyché une liaison entre l'éprouvé du besoin et l'objet de satisfaction, lesquels impriment la mémoire. Lorsque l'éprouvé du besoin se présentera à nouveau, la psyché, grâce au travail de liaison réalisé dans l'expérience primaire, réinventera l'image de l'objet, c'est-à-dire hallucinera l'objet de satisfaction. Cette hallucination permettra de supporter l'attente et la frustration, et permettra au Désir d'advenir : nous passons du Besoin au Désir.

La création de fantasmes : l'hallucination de l'objet, en tant qu'acte d'investissement psychique éloigné des perceptions, c'est-à-dire en tant que processus de pensée, est en elle-

même inconsciente et n'acquière la possibilité de devenir consciente que lorsque, d'après Freud, elle est reliée aux perceptions de mots. Il précise à cet égard que le principe auquel est soumise la pensée consciente, est le principe de réalité : l'état de besoin appelle l'hallucination de l'objet, et la persistance du besoin pousse l'appareil psychique à se représenter l'état réel du monde extérieur et à rechercher une modification réelle.

L'élaboration mentale ou *durcharbeiten*, qu'est-ce que c'est ? La représentation de ce qui est agréable selon le principe de plaisir laisse la place à la représentation de ce qui est réel même si cela est désagréable selon le principe de réalité. Avec l'introduction du principe de réalité une forme d'activité de pensée reste clivée et soumise uniquement au principe de plaisir : elle est à l'origine de création de fantasmes. Selon Sigmund Freud, la pensée consciente est conditionnée par les liens entre perceptions – représentations de choses et perceptions – représentations mentales de mots. Les premières restent inconscientes, et seules leurs liaisons avec les secondes peuvent les conduire à la possibilité d'accéder à un statut conscient. C'est ce qu'on appelle PENSER en psychanalyse, mettre des mots sur les choses.

Les premières pensées : elles sont le produit de la rencontre entre une capacité de liaison et d'introjection, c'est-à-dire **d'internalisation des relations mère-enfant**. Le processus d'introjection repose sur l'identification et l'appropriation des qualités de l'objet. Tout repose sur la présence d'un Objet maternel « a good enough mother », selon Winnicott.

Les premières introjections sont à interpréter comme la mise en activité des premières pensées, lesquelles contribuent progressivement au cours des processus de maturation physiologique et psychique à la séparation – individuation psychique et au développement de la compréhension du monde interne.

De la réception passive aux relations objectales actives : dès le commencement de la vie, c'est la mère, partenaire de l'enfant, qui médiatise chacune de ses perceptions, de ses actions, de ces intuitions, de ses connaissances. Au deuxième et au troisième mois, le visage de la mère devient un percept visuel et c'est par le sourire que le nourrisson répond au visage de sa mère. Ce sourire est la première manifestation active, dirigée et intentionnelle du comportement. Le nourrisson passe de la passivité complète à un commencement de comportement actif qui jouera un rôle de plus en plus important. On passe alors de la relation fusionnelle à la mère à la relation préobjectale.

Je souhaite illustrer par l'exemple d'une de mes patientes qui après un peu plus d'un an de traitement, s'assoit face à moi et me sourit. Je lui rends son sourire et c'est comme si soudain je commençais d'exister. J'ai compris qu'elle avait quitté la relation fusionnelle à la mère et que je n'étais plus un prolongement de son narcissisme. J'existais en dehors d'elle. Ce fut un moment très important dans la thérapie.

Du pré-objet à l'objet : la reconnaissance de visage, appartenant à un individu spécifique, se fait à un stade ultérieur ; il faudra attendre quatre à six mois avant que l'enfant ne soit en mesure de distinguer un visage particulier parmi d'autres, à lui conférer une qualité d'Objet. En d'autres termes, le bébé sera en mesure de transformer ce qui n'était qu'un **pré-objet** en un objet d'amour, ce qui est l'indication visible de la formation de l'objet par un processus intrapsychique. Cet objet est investi progressivement de libido qui est l'énergie psychique des êtres humains.

Signification de l'établissement du pré-objet : il s'agit du stade auquel le nourrisson dépasse la réception des stimuli provenant de l'intérieur au profit de la perception de stimuli provenant de l'extérieur (organisation diacritique). Cela veut dire que l'enfant réussit mentalement à suspendre le fonctionnement du principe de plaisir-déplaisir pour investir les stimuli extérieurs, ce qui veut dire que le principe de réalité commence de fonctionner.

La reconnaissance du visage est la preuve que des traces mnésiques sont à présent établies et qu'une première division s'est produite dans l'appareil psychique dont les parties constituantes sont appelés : conscient, préconscient, inconscient (modèle de la métapsychologie de Sigmund Freud-1^{ère} topique). Ces parties vont se développer tout au long du processus de maturation psychosexuelle.

L'appareil à penser les pensées : la capacité de l'enfant de déplacer les investissements psychiques d'une trace mnésique à l'autre, c'est-à-dire de comparer l'image qui est déposée à l'intérieur avec ce qui est perçu à l'extérieur correspond à ce que Sigmund Freud appelle le **processus de pensée**. Nous sommes en présence de **la naissance d'un Moi rudimentaire** ; le Moi et le ça se séparent l'un de l'autre et le Moi rudimentaire commence à fonctionner. Les actions de l'enfant sont dès le début centrées sur la maîtrise et la défense. Le fonctionnement de ce Moi se reflète dans une activité musculaire de plus en plus coordonnée et dirigée. **Je rappelle que Sigmund Freud a appelé ce Moi rudimentaire un Moi corporel. Dans le modèle psychosomatique que je développe, je l'appelle le Soi, premier noyau du Moi.**

Le premier noyau du Moi : à l'âge de trois mois, une opération importante d'intégration se produit rassemblant plusieurs noyaux sensoriels, moteurs, et émotionnels en une structure plus complexe. Le Moi devient un centre d'organisation, de coordination et d'intégration. La fonction de barrière de protection contre les stimuli est transférée au Moi émergeant. Le Moi rudimentaire va à présent remplacer le seuil frustré de protection contre les stimuli par un processus supérieur et plus flexible qui opérera de façon sélective. Ci-dessous je résume très brièvement les étapes de constitution de la personnalité :

De l'état de non-différenciation à l'état de différenciation ;

De l'incapacité de distinguer l'intérieur de l'extérieur, à la capacité de les distinguer ;

De séparer le Soi de l'Autre, et enfin,

De la capacité d'évaluer la distance à l'Objet.

Les axes de la thérapie d'attachement maternel sont les suivants :

Premier axe : la naissance, l'état de fusion avec l'objet maternel ;

Deuxième axe : la relation préobjectale après le troisième mois de vie ;

Troisième axe : internalisation de l'objet maternel et relations objectales au terme du neuvième mois.

Naissance de la pensée : le système psychique prend naissance avec la constitution progressive des représentations mentales associant des représentations de choses et des représentations de mots. Les mots sont ceux de la Mère qui permet à l'enfant progressivement même s'il ne parle pas encore de développer une capacité associative. À l'âge de deux ans, il peut penser et associer. Cela va de pair avec la parole qu'il va prendre progressivement. **Sans représentations mentales il n'y a pas de système psychique.** Les thérapeutes de psychosomatique intégrative ont la lourde tâche d'aider leurs patientes et leurs patients à enrichir et développer un système psychique. Comme Pierre Marty le dit ainsi que Bion, nous travaillons en prêtant notre appareil à penser les pensées aux patientes et aux patients.

Psychothérapies psychosomatiques

Jean Benjamin Stora

Je reprends ici quelques pages extraites du polycopié de plus de 400 pages que j'ai établies à la suite de mon séminaire de formation de thérapeute qui se tenait à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière dans le service d'endocrinologie de janvier 2014 à l'année 2020.

Liste non exhaustive de thèmes qui ont été abordés dans le cadre de ce séminaire :

La nouvelle approche psychosomatique dans ses dimensions biologiques, neurologiques et psychiques : l'hypothèse première est l'intégration du système neuronal et du système psychique (Processus de maturation psychosexuelle). L'intégration de ces 2 systèmes conduit aux hypothèses d'organisations somatopsychiques ou psychosomatiques.

Indications et contre-indications des thérapies psychosomatiques :

Présentation de la **nouvelle approche psychosomatique** dans toutes ses dimensions pour définir le cadre dans lequel travaille le psychothérapeute psychosomaticien.

Le modèle théorique métapsychologique et métapsychosomatique :

Il est constitué des 2 topiques de Sigmund Freud qui peuvent accueillir la quasi-majorité de tous les modèles de fonctionnement psychique.

Le psychosomaticien et/ ou la psychosomaticienne doivent avoir en tête les 3 dimensions dans lesquelles évoluent les patients et les patientes :

La dimension psycho-dynamique (conflictuelle intrapsychiques et entre les instances psychiques).

La dimension économique énergétique : investissement, désinvestissement, contre investissements, équilibre métabolique des relations entre le corps somatique et l'alimentation libidinale du système psychique.

La dimension topique : instance du ça, instance du préconscient, instance du surmoi et enfin le réel.

La dimension pulsionnelle :

Narcissisme, et énergie première du noyau du soi ;

Pulsions d'auto-conservation ;

Pulsions sexuelles partielles prégénitales ;

Pulsions sexuelles génitales et intégration des pulsions dans le faisceau génital ;

Pulsions agressives, pulsions autodestructrices ;

Pulsions de vie et pulsions de mort ; je préfère utiliser le terme de pulsions agressives.

Les manifestations pulsionnelles doivent être examinées dans leurs manifestations conflictuelles avec le Moi et dans leur conflit avec la réalité (surmoi).

ANALYSE DETAILLEE DES DIFFERENTS MECANISMES DE DEFENSE :

Renversement d'une pulsion en son contraire et retournement d'une pulsion sur la personne propre

Refoulement

Rejet

Isolation

Conversion

Déni, forclusion

Projection

Censure...

Angoisse psychique et angoisse somatique

Les différents niveaux de défenses somatiques et le symptôme somatique comme système de défense...

Les différents systèmes de défense doivent être examinés pour chaque patient et interprétés dans la relation transférentielle. La plus grande partie du travail du psychothérapeute psychosomaticien porte sur les défenses.

De la nécessité d'une analyse personnelle :

Le psychosomaticien(ne) travaille avec la connaissance de son inconscient, de son préconscient, de son surmoi, de son idéal du moi, en s'inscrivant dans un cadre culturel socioprofessionnel et national. **Je dois ajouter ici qu'il est important pour un homme thérapeute ou pour une femme thérapeute d'analyser avec attention leur dimension féminine qui est mise en œuvre dans la relation d'attachement maternel.**

Le psychothérapeute psychosomaticien.ne se doit de définir des objectifs thérapeutiques ainsi qu'une stratégie visant à rétablir l'unité psychosomatique dans sa globalité en vue d'un meilleur fonctionnement.

Le thérapeute psychosomaticien.ne travaille avec la connaissance de l'inconscient de son patient, du préconscient de son patient, du Moi idéal, de l'idéal du Moi et du Surmoi de son patient.e (si ce Surmoi est présent !).

Étude de la relation d'attachement

Étude de la relation de transfert : attention ici le transfert n'existe que si l'objet maternel a été internalisé. L'objectif thérapeutique principal est d'aider progressivement à la constitution d'un objet maternel qui sera internalisé.

Évolution des relations d'attachement et de transfert tout au cours de la thérapie.

Étudier avec attention le contre-transfert dans toutes ses dimensions.

Étudier dans le cas de l'investigation anamnétique **la première année de vie puis les premières années de vie.**

INSISTER SUR LES PERCEPTIONS SENSORIMOTRICES DU PATIENT DANS LA RELATION AVEC LE PSYCHOTHERAPEUTE PSYCHOSOMATICIEN QUI LUI FAIT FACE. QU'EST-CE QUE LE PATIENT PERÇOIT DE SON THERAPEUTE ET QU'EST-CE QUE LE THERAPEUTE PERÇOIT DE SON PATIENT?

Modalités techniques :

Le cadre de l'exercice thérapeutique ;

La fréquence des séances ;

La nature de la relation et du contact avec les patients ;

La relation avec les médecins du patient ;

La présence du psychosomaticien lorsque le patient est malade.

PATIENT :

Encourager les processus associatifs du patient.e à se développer ; je rappelle ici que nombre de patients sont classés dans l'axe auto-conservatif car nous sommes en présence d'une absence d'imaginaire et de capacité associative. Dans ce cas-là le système psychique ne s'est pas encore développé.

Énonciation des règles concernant les décisions cruciales : changement de partenaire, changement de profession. Respect pour le psychosomaticien ou la psychosomaticienne de la règle d'abstinence.

Relation avec la maladie, relation avec son corps, imaginaire de la maladie, imaginaire du corps, histoire du développement psychique du corps dans la famille, histoire du patient et reconstruction de cette histoire dans le temps, dans la relation avec les troubles somatiques (cf. la méthode d'évaluation du risque psychosomatique).

Apprendre au patient le déroulement thérapeutique afin qu'il développe progressivement ses capacités d'élaboration mentale.

Déroulement psychothérapique : la présence du psychosomaticien.ne

Écoute de l'Inconscient, écoute du Préconscient, écoute du Surmoi s'il est présent et de l'Idéal du Moi

Le refoulement : problématiques et techniques de levée du refoulement

Négation, déni,

Répression,

Apparition de traits de caractères narcissiques,

Manifestations de type masochique dans la relation au thérapeute.

La compulsion de répétition

Élaboration mentale : chaînes associatives, comment développer et enrichir la pensée associative.

Travail d'élaboration sur les représentations mentales : imaginaire, analyse des rêves ;

Rêves des patients somatiques ;

Appareil à penser les pensées, injection d'imaginaire... Comment développer le préconscient et l'épaisseur du préconscient, analyse du discours du patient, richesse du discours (adjectif, verbe, etc.), relation entre qualités du discours et statut social des patients ;

Le rôle du narcissisme : renforcer la valorisation narcissique du patient, rétablir l'équilibre narcissique, corriger progressivement les tendances mégalomaniques et les fixations narcissiques dues à des traumatismes de la première enfance, analyser la cécité narcissique, revenir par des interventions sur l'éducation cognitive du narcissisme pour le réinsérer dans le faisceau génital...

Comment introduire **le rire** dans le déroulement des séances ; faire apparaître l'humour pour accroître la lucidité des patients.

INTERRELATIONS ENTRE APPAREIL PSYCHIQUE ET SYSTEME NERVEUX CENTRAL : les interprétations du psychothérapeute ont une influence sur les réseaux neuronaux : système associatif, et tous les différents systèmes de mémoire sensorielle, motrice et système de pensée. (Cf. mon ouvrage de Neuropsychanalyse).

L'intersubjectivité, intervention et interprétation : cette modalité est rarement abordée par les psychanalystes français mais plutôt anglo-saxons ; il s'agit d'une technique très utile pour les patients somatiques.

La relation duelle en psychosomatique : réactivation de l'imaginaire maternelle introjectée, capacité du psychosomaticien ou de la psychosomaticienne d'occuper une position maternelle, de remplir ce rôle et de régresser à des niveaux de plus en plus archaïques dans les profondeurs de l'inconscient.

Qu'est-ce que la régression psychique dans une psychothérapie psychosomatique ?

Régression du patient et capacité de régression du psychothérapeute.

Atteinte du corps et vécu de la maladie : langage du corps du patient, psychisation ou pas du corps, le patient comprend-t-il les messages sensoriels et moteurs en provenance du corps ?

Perception par le patient des messages sensorimoteurs inconscients du ou de la psychothérapeute, et vice versa.

Mécanisme de répétition somatique en cours de traitement

La maladie du patient a-t-elle modifié sa vision et sa perception de la vie et d'autrui ? La maladie a-t-elle réintroduit le vécu du présent dans la vie du patient ? Problème du temps et de l'espace psychique.

L'angoisse signal d'alarme

La présence du psychothérapeute aux côtés du patient lors d'hospitalisation, relation du psychothérapeute dans toutes les étapes de la maladie du patient : que faire ?

Utilisation du symptôme somatique comme défense en lieu et place de défense mentale suffisamment structurée.

La dimension masochique : avec l'apparition progressive des manifestations des pulsions agressives du patient ou de la patiente grâce à la levée des inhibitions dans le cadre thérapeutique, la dimension masochique peut apparaître et le thérapeute joue à ce moment-là le rôle de persécuteur. Il s'agit d'un problème très complexe qu'il est important de connaître et de maîtriser pour pouvoir soigner cette dimension pathologique. La dimension masochique peut aussi être révélée au niveau narcissique ; cela doit faire l'objet d'un développement important.

AFFECTS, EMOTIONS, ET SENTIMENTS : LE TRAVAIL THERAPEUTIQUE CONSISTE A INTERRELIER REPRESENTATIONS MENTALES, EMOTIONS ET COMPORTEMENTS. CE TRAVAIL THERAPEUTIQUE PERMET DE CONSOLIDER L'APPAREIL PSYCHIQUE ET D'INTEGRER PROGRESSIVEMENT LES DIFFERENTES ETAPES DE DEVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL DANS LES ETAPES D'INTEGRATION NEURONALE.

Reprise de la première séance du séminaire

Jean Benjamin Stora

Introduction

J'ai été formé à la psychosomatique pendant 5 ans dans le cadre de l'institut de psychosomatique IPSO créée par Pierre Marty au début des années 60 ; ce type de formation laisse en vous une empreinte très forte et j'ai dans un de mes ouvrages parler du « surmoi psychanalytique développé par les maîtres de la société de psychanalyse de Paris. Je veux d'abord dans mon propos liminaire rendre un hommage à mon maître et ami Pierre Marty qui est décédé en juin 1993 à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière qui est devenu pour moi un lieu symbolique ; le lieu où j'ai créé une consultation de psychosomatique et le lieu où j'ai exercé pendant plus de 30 ans.

Les premiers temps quand je suis arrivé dans cet hôpital tout ce que j'ai fait, c'était de procéder à un examen clinique des patients à partir de la méthode développée par Pierre Marty, mais avec le temps, mes observations ont profondément évolué et j'avais besoin de méthodes beaucoup plus rigoureuses. Comme je n'avais plus d'échange avec Pierre Marty, progressivement mon point de vue clinique et théorique a évolué, et j'ai fini par développer la psychosomatique intégrative.

La psychosomatique développée sur le plan médical relevait des travaux de Franz Alexander avec une composante psychanalytique, mais c'est l'école de Paris fondée par Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David et Michel Fain en France, en quelque sorte les 4 mousquetaires de la psychosomatique, qui a été le plus loin dans l'édification d'une théorie psychosomatique d'inspiration analytique. L'école de Paris a proposé d'importants concepts psychosomatiques qui continuent d'être la base de nos réflexions en psychosomatique intégrative pour ce qui est des patients et des patientes classées dans la nosographie freudienne : psychonévrose de défense et névrose actuelle.

Qu'est-ce qui a changé par rapport à la théorie de Pierre Marty ?

J'ai constaté progressivement que l'école de Paris ne prenait pas en considération au premier abord le fonctionnement somatique des patients ; une fois établi le diagnostic de défaillance de fonctionnement de l'appareil psychique, la somatisation prenait le relais ; comme si tout dépendait du bon fonctionnement d'un appareil psychique pleinement constitué au terme

du processus de maturation psychosexuelle !!

L'école de Paris ne prenait donc pas en considération dans un premier temps la dimension médicale des patients ; mais je sais pour avoir travaillé avec Pierre Marty qu'il examinait avec beaucoup d'attention les dossiers médicaux des patients.

Les indications et les contre-indications de la psychothérapie psychosomatique concernent au premier plan les patients somatiques ; il s'agit d'abord d'une relation de face à face ce qui est un premier point. Je me suis aperçu que Pierre Marty opérait un clivage très grand, en tant que médecin, chef de l'hôpital de la Poterne des peupliers, entre l'examen du dossier médical qui n'était consulté qu'après l'anamnèse psychanalytique du patient. Cette manière d'opérer permettait aux psychothérapeutes psychosomaticiens.nes de mieux comprendre le vécu de la maladie par le patient à partir de l'examen des événements de vie. Mais nous étions en présence du fonctionnement d'un appareil psychique puisque les maladies dépendaient avant et surtout de son bon fonctionnement. Au cours de mon mandat de Président de l'IPSO, j'avais commencé à étudier les neurosciences, c'était au début des années 90. Progressivement les champs se sont rejoints dans une synthèse que je n'ai pu établir qu'avec la publication de mon livre intitulé « Neuropsychanalyse ». Je m'intéressais aux neurosciences parce que Freud avait avec l'esquisse d'une psychologie scientifique essayé de poser les bases neuroscientifiques de ce qui devait devenir la Psychanalyse.

Mais comme il s'est aperçu que les connaissances de son époque n'étaient pas suffisantes pour lui permettre d'avoir des bases scientifiques neurologiques à ce qui va s'appeler la Psychanalyse, il y a donc renoncé et son essai n'a été publié qu'après sa mort. Il a été traduit et publié en 1950 à Paris. Je me suis beaucoup interrogé à ce propos, c'est alors que j'ai rencontré les collègues nord-américains et britanniques de Neuropsychanalyse qui avaient fondé le mouvement de Neuropsychanalyse à New York. Ils avaient réuni des grands spécialistes de neurosciences et de grands psychanalystes pour lancer ce mouvement qui aujourd'hui comprend plusieurs milliers de membres dans 20 pays de la planète. Edelman, Damasio, et d'autres spécialistes de neurosciences ont fondé avec le Professeur Mark Solms l'association internationale de Neuropsychanalyse dont il a été le premier Président. Je tiens à vous signaler que Mark Solms a accepté dès la création du diplôme universitaire de psychosomatique intégrative d'être membre du comité scientifique. Je voulais dès le début faire participer des scientifiques reconnus nationalement et internationalement au lancement de notre diplôme. Progressivement les champs se sont rejoints : psychanalyse, médecine et neurosciences ; j'en ai commencé à faire la synthèse dans un modèle qui s'est établi au cours des 20 dernières années. Ces 3 disciplines ont des rythmes de développement scientifique tout à fait différents les uns

des autres et, il est très difficile d'établir les interrelations. Par contre, le point de vue global devra être conservé puisque nous pouvons examiner les patients dans leurs dimensions psychiques, médicale et neuroscientifique en y associant le contexte des événements de vie et les troubles somatiques. Voilà la méthode qui a été finalement développée ; dans certains cas mais pas dans tous les cas un éclairage neuroscientifique est possible ; nous savons que l'hypothalamus est à l'œuvre dans nombre de pathologies. Il est important de ne pas se reposer exclusivement sur des concepts psychiques ; pour ce qui est des psychothérapies psychosomatiques il est important d'avoir une dimension psychanalytique, et je pense que j'ai fait évoluer les choses dans ce domaine aussi. Je ne m'en suis pas tenu uniquement à la métapsychologie stricto sensu ; **j'ai par exemple hier dans mon cours sur le Soi développé les dimensions immunitaires, neurologique et psychiques du premier noyau du Moi.** Freud nous a déclaré que le premier Moi était un Moi corporel, mais il s'en est arrêté là ; à partir des travaux d'immunologie, de neurologie et, aussi psychique, j'ai pensé qu'il était important de développer **la notion de Soi et, que sans cette notion, on ne peut pas comprendre la façon dont le moi se développe. Il s'agit d'une étape fondamentale au cours de laquelle s'édifie l'identité de l'individu et la différence du soi et du non-soi** ; nous avons au début le proto-Soi, après le Soi central et, enfin le Soi autobiographique. Dans le soi central vous avez 3 divisions : la division musculosquelettique, la zone vestibulaire et celle du toucher fin ; je donne cet exemple pour établir le double processus de maturation des êtres humains : un processus de maturation neuronale et un processus de maturation psychosexuelle s'intégrant l'un à l'autre au cours des 20 premières années de vie. S'il n'y a pas une maturation du système neurologique, le système psychique ne peut pas se développer ; le psychisme ne peut se développer qu'à partir de la base neurophysiologique et biologique. Cette dimension autobiographique est fondamentale parce qu'elle est le réceptacle de l'identité d'un individu : qui sommes-nous, d'où venons-nous etc., l'histoire de nos ancêtres ... Le Soi nous permet d'exister dans le temps et dans l'espace, de demeurer identique à ce que nous sommes. On peut comprendre, par exemple, les cas dramatiques des enfants adoptés puisque les composantes du soi sont profondément reliées aux premiers jours et aux premiers mois de leur vie. L'éducation des enfants dans le milieu des parents adoptés peut provoquer des conflits et des clivages à l'intérieur du Soi, conflits qui vont se réactiver à l'adolescence et qui vont laisser les adultes et parents démunis ; en vérité, ils ne comprennent pas ce qui se passe puisqu'il s'agit d'un problème de recherche d'identité. Il en est de même pour nous tous parce que nous avons tous des histoires avec des problèmes de constitution de notre identité première.

Nous allons étudier le document de Pierre Marty sur les psychothérapies

psychosomatiques. Ce sont des questions posées par Pierre Marty en 1989 : il a été le Président de la société psychanalytique de Paris, mais il était aussi médecin, chirurgien, et psychiatre. Avant de devenir Président, il en avait été le secrétaire, et c'est pendant cette période qu'il a participé à l'exclusion de Jacques Lacan. Il est important que vous compreniez dans quelle histoire on s'inscrit ; en effet en vous réunissant aujourd'hui pour la première fois je poursuis l'objectif de créer à terme, soit à la fin d'année soit dans les 2 ans, un groupe de psychosomaticiens psychothérapeutes et aussi au sein de ce groupe, un groupe de formateurs qui pourraient assurer la pérennité de la psychosomatique intégrative. Vous êtes jeunes et c'est vous qui pouvez prendre en charge le futur de cette formation ; il est donc important que vous soyez formés le mieux possible, et d'aller avec vous le plus loin possible afin que vous preniez la relève. Ce séminaire ne peut se réduire à des conférences sur la psychothérapie psychosomatique, mais je conçois notre rencontre comme une formation en profondeur de psychothérapeutes qui seront les vecteurs des développements futurs de la psychosomatique intégrative. Je n'ai pas de réponse pour le futur !

Je poursuis l'étude de l'article de Pierre Marty : dans le premier point, il aborde le problème de l'exercice professionnel du psychothérapeute psychosomaticien : n'oublions pas que cet article a été écrit par un psychanalyste pour des psychanalystes.

Que nous dit Pierre Marty : il tente de répondre à la question suivante posée par des psychanalystes de la société psychanalytique de Paris, **quelles maladies et quels malades peuvent-ils être traité aujourd'hui par les psychanalystes ?**

Pour Pierre Marty les patients atteints de maladies graves évolutives dont le fonctionnement mental s'éloigne trop de celui des névrosés classiques ne doivent pas être traités par des psychanalystes non psychosomaticiens.

Or je m'adresse aujourd'hui à vous qui aviez été mes étudiants et qui, pour certains, sont des thérapeutes exerçant depuis de nombreuses années, pour engager la formation de psychosomaticiens. **La majorité d'entre vous n'est pas psychanalyste et n'a pas reçu de formation dans un institut de psychanalyse.**

Il est pour moi évident que nous nous situons près d'un quart de siècle après l'exposé de Pierre Marty et que, les formations ont bien évolué ainsi que les exigences. **À mes yeux, il n'est pas question d'être un psychanalyste pour devenir un psychothérapeute psychosomaticien.** Cette doctrine de l'institut de psychosomatique IPSO ne s'adresse qu'à des psychanalystes pour devenir des psychosomaticiens ; ce faisant, on peut constater que, de cette façon, il y a une dimension économique en jeu et pas exclusivement thérapeutique. Il s'agit d'un vrai malthusianisme destiné à écarter les psychothérapeutes qui n'ont pas eu de formation

psychanalytique dans un institut de psychanalyse reconnu.

Mon point de vue personnel est le suivant : il est important d'avoir une très bonne connaissance de son inconscient pour entreprendre un travail thérapeutique psychosomatique avec un ou une patiente souffrant de maladies. C'est la raison pour laquelle je vous ai posé dans mes dernières lettres une question sur votre psychanalyse personnelle, votre psychothérapie analytique, sur le nombre d'années de travail thérapeutique personnel et enfin dans le cas où vous exercez à l'heure actuelle, si vous avez un superviseur.

Un psychosomaticien doit d'abord connaître les bases de fonctionnement de son inconscient mais aussi de son préconscient et enfin de son idéal du moi et de son surmoi.

Cette façon de procéder est inhabituelle pour un psychanalyste formé dans une institution car cette formation ne se concentre que sur l'analyse de la problématique œdipienne des névrosés classiques. La connaissance du préconscient est supposée et la problématique surmoïque est traitée dans le cadre de la triangulation œdipienne. Ce n'est pas le cas en psychosomatique.

La bonne connaissance de notre surmoi, c'est-à-dire des idéaux qui sont les nôtres et de ceux qui ont été programmés en nous par les parents, par le milieu social, par la culture de notre pays. On peut avoir plusieurs cultures dans notre Moi qui doivent avoir été analysées et acceptées (ethnopsychanalyse).

Quand on est face à un patient, on peut se trouver sollicité.e à tous les niveaux de notre fonctionnement psychique : au niveau de notre inconscient, de notre préconscient et de notre surmoi. Notre imaginaire s'est constitué dans un certain environnement qui va structurer notre inconscient et notre préconscient ; on doit accepter et comprendre les différents imaginaires auxquels nous serons confrontés dans le processus thérapeutique. La confrontation des imaginaires peut déclencher un contre-transfert qu'il nous appartiendra d'analyser si l'on veut que la psychothérapie psychosomatique se développe. Quant à notre surmoi, plus on a été analysé et résolu la problématique œdipienne, et mieux ce sera pour nos patients ; je dis cela parce qu'au cours du déroulement thérapeutique nous pouvons porter des jugements qui vont perturber la relation thérapeutique. La première recommandation est de ne pas porter de jugement sur nos patients, en sachant pertinemment malgré tout que, au cours du traitement, nous pouvons avoir des recommandations de type comportemental et cognitif. Je fais allusion ici aux névroses narcissiques, aux addictions et aux dépendances sensorimotrices créées par celle-ci. **Nous sommes à un niveau très archaïque** où les interventions et, non pas les interprétations, sont de type comportemental et cognitif. De cette façon on peut prendre la place des parents et faire des recommandations de vie à nos patients. On leur apprend comment vivre

leur vie et, nous devons prendre ici des précautions importantes car nous sommes sur le fil du rasoir : les patients viennent nous voir pour être un peu plus autonomes, pour avoir plus de capacité de prendre des décisions. Nous avons un rôle surmoïque qu'il nous appartiendra de résoudre à la fin de la psychothérapie pour que nos patients puissent se détacher de nous. L'introduction du rire et de l'humour dans les thérapies psychosomatiques peut jouer un rôle très important pour assouplir la relation surmoïque. Je continue de parler de l'accueil des patients : nous devons savoir comment nous positionner face aux patients, comment les accueillir, et comment entrer en relation avec eux. Les thérapies psychosomatiques à la différence de la technique de la psychanalyse se déroulent en face à face ; dans le face-à-face, c'est la sensori-motricité qui est extrêmement sollicitée parce que le patient ou la patiente, dans la mesure où il ou elle est capable de nous regarder, d'observer notre apparence physique, nos mimiques, nos réactions émotionnelles. Comme vous le savez, il existe une communication non verbale d'inconscient à inconscient, et ce que vous ressentez, va être ressenti (mais sans mettre des mots) par le patient. Des mécanismes projectifs de la part du patient vont peut-être se manifester révélant que le patient peut nous voir comme un persécuteur ; il peut faire de nous de façon fantasmatique tout type de personnages. Dans la relation thérapeutique, nous jouons tous les rôles en vérité tout comme dans la psychanalyse, induits par la compulsion de répétition. **La différence avec la psychanalyse est que nous sommes dans le champ « perception » du patient.** Puisque je parle de perception, je veux évoquer le premier système : système perception-conscience qui va être fortement sollicité. L'objectif principal de la thérapie est, au terme du processus, l'accroissement du système perception-conscience du patient. Je fais allusion ici à la première topique freudienne : inconscient, préconscient, perception-conscience ; au fur et à mesure de l'avancée du travail thérapeutique, le champ conscience va s'accroître. Le patient va jeter un regard différent sur sa vie, sa relation à lui-même et aux autres sera profondément modifiée.

Le fait que je sois présent devant vous aujourd'hui est le fruit d'un long processus d'analyse œdipienne, puisque j'ai le projet que je vous fais partager de créer avec vous une association de psychothérapeutes psychosomaticiens. J'ai d'abord vécu cela comme une transgression œdipienne avant de m'autoriser à être moi aussi un Père. L'institution psychanalytique où j'ai été formé représentait pour moi un surmoi interdictif qui me paralysait. Je veux par cet exemple vous indiquer que l'inconscient, quelle que soit l'exploration analytique, et quelle que soit la prise de conscience du Moi, peut devenir un obstacle au déroulement thérapeutique. Il est important de comprendre la nature des résistances et la force du refoulement pour poursuivre le travail thérapeutique ; ce travail est beaucoup plus difficile que

la psychanalyse stricto sensu en face de patients somatiques. A ce point de mon exposé, ce sont les recommandations de Freud qui viennent à mon esprit : quelles sont ces recommandations ? Nous sommes face à des patients somatiques et c'est leur corps que nous prenons aussi en charge ; la dimension médicale va s'ajouter à la dimension psychique. Les médecins ont été formés pour observer les patients sous un certain angle ; leur écoute peut être perturbée par la formation première puisqu'ils doivent basculer d'un champ cognitif médical à la recherche de symptômes à un champ d'écoute de l'inconscient. Seul un médecin ayant été analysé peut opérer à l'intérieur de sa psyché ce basculement en plus d'écouter et plus tard d'interpréter les paroles de l'inconscient. Cette écoute particulière va permettre aux médecins psychothérapeutes psychosomaticiens.nes de mieux comprendre la maladie et **le rôle joué par la maladie dans l'équilibre psychosomatique du patient.**

L'autre dimension à prendre en considération et, sur laquelle Sigmund Freud insistait particulièrement, à savoir prendre en charge des patients cancéreux ou des patients atteints de maladies graves. La prise en charge thérapeutique de trop nombreux patients gravement atteints peut à terme mettre en difficulté le psychosomaticien.ne. La santé et l'équilibre psychique sont menacés par l'excès d'excitations provoqué par la prise en charge de ces patients. La surcharge émotionnelle peut compromettre la santé, la recommandation est par conséquent de limiter le nombre de patients très lourds dans l'ensemble de la clientèle du psychosomaticien.ne.

Un psychosomaticien ou une psychosomaticienne doit être prudent.e dans le choix des patients ; ne pas tomber malade est aussi un objectif à respecter.

Ma critique à présent, en tenant compte des recommandations que je viens de faire, va s'adresser aux approches de : psycho-oncologie, psycho neuro-immunologie, etc. c'est-à-dire d'approches de psychothérapie calquée sur les disciplines médicales, alors que la psychosomatique intégrative est de nature transversale à toutes les disciplines médicales. Je suis opposé à toute spécialisation par discipline médicale de l'approche de psychosomatique intégrative. Qu'en est-il alors du somatopsychique ? Si je parle de la relation somatopsychique c'est parce que, lors d'une rencontre avec mon collègue Marc-Olivier Bitker, chef du service d'urologie, celui-ci a évoqué le somatopsychique en me déclarant que je n'évoque jamais cette perspective. Je lui ai rappelé que les termes de psychosomatique et celui de somatopsychique ont été forgés par le Docteur Heinrich Heinroth à Vienne en 1815 et en 1818, mais que ces deux approches ont été largement complétées par la psychosomatique intégrative qui a développé le modèle des 5 systèmes.

Il s'agit d'interrelations dynamiques entre 5 systèmes dont le système psychique ; cette approche permet de comprendre que quel que soit le déséquilibre d'un système, celui-ci va

remettre en question l'homéostasie du système et l'homéostasie des 5 systèmes qui vont se rééquilibrer.

Il peut y avoir des désorganisations du système inattendues causées par les événements de vie qui les atteignent de façon traumatique. Sur le plan psychique, nous devons examiner le fonctionnement de l'appareil psychique du patient et, la stratégie thérapeutique qui peut nous aider à rétablir un certain équilibre. Renforcer le Moi du patient pour rétablir un équilibre ne signifie en aucune façon une « guérison ». Guérir les patients est un autre problème.

Le problème que je tente de soulever est celui de la direction et de la durée de la thérapie car je suis souvent inquiet de la durée des psychanalyses et des thérapies psychanalytiques lorsque les patients déclarent que leur thérapie a duré 10 ans au même 15 ans ! Selon les pathologies somatiques, la durée des psychothérapies psychosomatiques est tout à fait variable ; selon le niveau de fixations psychosomatiques nous aidant à établir un diagnostic, nous pouvons fixer une direction de la cure et une durée nous permettant soit de renforcer la fixation pour rétablir l'équilibre perturbé, soit de franchir une ou plusieurs étapes du processus de maturation psychosexuelle. Je tiens à signaler que dès le début de la psychothérapie psychosomatique le processus de maturation psychosexuelle peut reprendre sa marche en avant. Il nous appartient alors de conduire le patient. e d'une étape de développement à une autre étape ; par exemple, dans le cadre du syndrome métabolique où il existe une importante fixation orale, procéder en direction de l'intégration du stade anal. On ne peut espérer progresser vers le stade phallique et le stade génital car cela prendrait des durées considérables mettant à mal la patience du patient et du psychothérapeute en renforçant sa dépendance. Pierre Marty évoquait souvent une durée indéfinie de psychothérapies psychosomatiques, il peut s'agir de cas de patients très fragiles que l'on peut rencontrer une fois qu'ils sont stabilisés, une fois par mois ou une fois tous les 2 ou 3 mois afin de soutenir le « mouvement de vie ». Pour les autres patients, nous pouvons faire un bilan en fin de thérapie et laisser la porte de notre cabinet ouverte ainsi que tous les autres moyens de communication à notre disposition (téléphone, adresses, e-mail, etc.). Il est important que les psychothérapies psychosomatiques puissent se dérouler de façon satisfaisante à l'abri des critiques de l'approche psychanalytique stricto sensu. La technique de la psychanalyse telle que nous la connaissons en tant qu'analysé ne doit pas perturber notre fonctionnement de psychosomaticien mais plutôt contribuer à mieux connaître notre inconscient dans la relation aux patients somatiques ; chacun de nous doit poursuivre son auto-analyse, l'analyse de ses rêves, l'analyse de son contre-transfert afin de mieux comprendre la relation aux patients.es.

En dehors d'une meilleure connaissance de notre inconscient, de notre préconscient, de

notre surmoi et de notre système de valeurs, nous faisons appel aux différents modèles théorico-cliniques, qui constituent notre seul instrument de travail ; il est important ensuite de passer du modèle théorique à la clinique de ce qui se passe dans la séance. Qu'avons-nous entendu des paroles du patient ? Qu'avons-nous entendu de son inconscient ? Comment peut-on replacer les paroles dans le contexte du déroulement de la cure afin d'en déterminer la direction ? Comment le patient vit sa maladie ? Quelle est sa relation au corps ?

J'évoque tous ces points par rapport à l'approche classique des sociétés de psychanalyse y compris avec les patients somatiques ; toujours garder à l'esprit la dimension économique du patient afin de mieux comprendre ses capacités d'investir sa vie et son environnement. **Ne pas oublier non plus que la maladie absorbe énormément d'énergie somatique.**

Échapper à l'approche psychanalytique classique, qui a trop marqué la formation des psychosomaticiens psychanalystes de l'institut de psychosomatique, est un objectif important que je poursuis dans le cadre de la création de ce séminaire. Pendant longtemps le poids du surmoi psychanalytique a pesé sur ma capacité de création d'une autre voie. Ma formation psychosomatique qui a duré 5 ans après 10 ans de cursus analytique m'a inscrit dans une voie psychanalytique classique sans considération des pathologies somatiques de nos patients. Il a fallu les 20 dernières années d'investigation clinique des patients somatiques à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière pour m'inscrire dans une autre voie que vous connaissez : la psychosomatique intégrative.

Si vous avez lu mon dernier livre sur « La nouvelle approche psychosomatique, 9 cas cliniques », vous constaterez que j'ai beaucoup travaillé avec ma patiente Marina sur le plan de reconstitution de réseaux neuronaux endommagés par son gliome par le biais de la psychothérapie psychosomatique. L'approche de neurosciences que j'avais développées à partir de 1990 m'a permis de conduire cette thérapie puisque Marina n'avait pas accès à sa mémoire de travail, ne lui permettant pas de se souvenir des tâches effectuées professionnellement (elle était bibliothécaire, et ne se rappelait plus des fiches de lecture de ses livres). Comment bâtir de nouveaux circuits de mémoire était le défi auquel j'ai été confronté dans le cadre de cette thérapie, et je me suis fortement appuyé sur le concept de plasticité cérébrale pour réactiver de nouveaux réseaux neuronaux.

Il n'y a rien de magique dans un tel travail qui ne relève pas non plus des thérapies traditionnelles ; la thérapie prend entre neuf et dix-huit mois pour procéder à de nouveaux encodages neuronaux. J'ai utilisé les cortex d'activités motrices pour accéder à des réseaux de mémoire liés aux mouvements de la main. En écrivant les fiches de lectures des livres, Marina devenait capable de mémoriser et de faire appel à ses circuits spécifiques pour aider les lecteurs

de la bibliothèque.

Les connaissances de neurosciences sont fondamentales ainsi que les connaissances médicales des maladies pour comprendre le patient dans sa globalité. Il est important d'établir un premier diagnostic psychosomatique, de l'associer avec le diagnostic médical en prenant contact de préférence avec le médecin du patient, et en retenant bien ce que le patient dit de sa maladie. Vous devez aussi obtenir l'accord du patient si vous tenez à prendre contact avec son médecin. On m'a référé récemment une patiente avec une myopathie cardiaque ; j'étais inquiet d'un tel diagnostic que j'ai connu lorsque j'ai effectué des recherches sur les greffes cardiaques dans le service de cardiologie de la Pitié-Salpêtrière. L'évaluation du risque somatique est fondamentale pour un psychosomaticien d'où la nécessité de prendre contact avec le cardiologue de ma patiente après avoir obtenu l'autorisation de celle-ci. Cela rejoint mes propos sur le risque psychosomatique et sur la différence avec la psychanalyse car nous n'avons pas les mêmes risques. Nous avons le risque de voir mourir nos patients ce qui est une épreuve considérable pour un.e psychothérapeute psychosomaticien.ne.

J'ai pris en traitement un patient souffrant de crises d'asthme très importantes et que j'ai reçu une première fois à mon cabinet. Par la suite, j'ai décidé par précaution de le suivre dans le cadre hospitalier qui assurait plus de sécurité en cas de crise. Il nous appartient d'évaluer pour chaque patient le risque psychosomatique dans toutes ses dimensions.

Vous comprenez que nous devons travailler en toute sécurité pour le bien de nos patients. Il nous appartient donc de savoir quelles sont les maladies et les pathologies de nos patients, quels sont les risques liés à ces maladies, et si vous n'êtes pas médecin vous devez obtenir le plus de renseignements possibles.

Le nombres de séances, les absences, les vacances :

Les psychosomaticiens ne fonctionnent pas comme les médecins ni non plus comme les psychanalystes. Pour le nombre de séances, évaluer d'abord le fonctionnement psychique à partir de la méthode d'évaluation du risque psychosomatique, puis après l'anamnèse du patient établir un premier diagnostic que vous pouvez revoir après 6 mois de déroulement thérapeutique. L'anamnèse peut se dérouler sur une ou deux séances, ce qui vous permet de faire le point, puis proposer un rythme (une fois par semaine, une fois tous les 15 jours ou une fois par mois) ; vous devez avec les patients et patientes être très didactiques, c'est-à-dire leur expliquer ce qu'est le déroulement thérapeutique, et ce que vous attendez d'eux comme travail dans la relation : énoncé soit à la première séance soit dans les séances suivantes la règle fondamentale d'association des idées ce qui vous permettra de mieux évaluer l'épaisseur du préconscient.

Il est préférable de s'entretenir avec les patients sur le mode de la conversation de façon empathique et chaleureuse, de leur apprendre progressivement leur travail en tant que patient. Il est important d'aborder les dimensions comportementales, vécu des événements de leur vie et association avec les émotions et le ressenti d'une émotion. Je me rappelle d'un film qui se déroulait dans le désert de l'Arizona ; une voiture s'arrêtait devant un café planté au milieu de ce désert. Il pénétrait dans ce café restaurant et en lui apporter un menu ; sur le menu, de façon étrange il était écrit :

« Pourquoi êtes-vous venu ? Êtes-vous satisfait de votre vie ? Avez-vous peur de la mort ? »

N'est-ce pas, après tout, ces questions que se posent nos patients quand ils viennent à notre rencontre.

A l'arrière-plan inconscient de leur visite, il y a d'abord pour les patients somatiques une démarche de type médical : « Réparez-moi, docteur ». En quelque sorte, notre patiente nous indique la direction de la cure : réparer l'unité psychosomatique, retrouver un équilibre énergétique suffisant et satisfaisant. L'objectif principal que nous poursuivons se situe au niveau des pulsions d'autoconservation, niveau de réparation médicale et psychosomatique intégrative.

Nous devons toujours avoir présent à l'esprit l'objectif de développer « l'insight » c'est-à-dire la lucidité du patient concernant la relation à son corps, à sa maladie et à la façon de vivre sa vie. Il s'agit comme je l'ai dit plus haut d'élargir le système perception-conscience du patient. Qu'est-ce que le patient perçoit de nous ? Quel rôle nous fait-il jouer dans la relation soit d'attachement soit de transfert ? Que perçoit-il sur notre visage et dans notre comportement qui le renvoie à des comportements inconscients ?

Il est important d'étudier avec beaucoup d'attention le rythme du discours, les silences, le discours et progressivement les basculements présents-passés. Nous pouvons, à notre insu, emprunter un chemin dicté soit par notre contre-transfert soit par les projections de notre patient. Nous devons être nous-mêmes suffisamment lucides en auto-analyse pour comprendre ce qui se passe et accompagner le patient de façon différente.

Se remettre en question est fondamental pour le déroulement thérapeutique, remettre en question sa perception, ses hypothèses, nous devons sans cesse nous questionner. Nous devons aussi être suffisamment lucides et flexibles pour remettre en cause nos premières hypothèses. Bien souvent le patient somatique va dans un premier temps s'adresser à la partie médicale de la psychosomatique intégrative et passer en revue tous les troubles somatiques de sa vie. Nous devons être très patients dans l'écoute des troubles qui peut-être n'ont jamais été entendus par les médecins. Nous devons aussi être attentifs à l'émotion accompagnant le récit des troubles

révélant la souffrance.

Le problème du déroulement thérapeutique va se poser puisqu'il s'agira de passer des symptômes somatiques aux capacités associatives du patient ; comment développer, mettre en marche, et comment réparer le système psychique est une question fondamentale. Le trouble somatique peut cacher une défense, puisque le symptôme somatique va ouvrir la porte aux relations entretenues par le patient avec ses parents et son environnement.

À propos du système de défense : tout au long du déroulement thérapeutique, nous devons sans cesse porter attention au système de défense des patients. Il s'agit du travail principal conjugué avec les multiples interventions et les interprétations qui vont permettre de remettre en cause le système de défense et d'élargir le système perception-conscience.

La relation d'attachement maternel

Je pense à une patiente en thérapie depuis 3 ans maintenant fixée dans une position archaïque traumatique due à une carence maternelle dans la première année de vie. En thérapie psychosomatique nous avons très souvent des cas de carence maternelle ; **comme il n'y a pas de névrose de transfert, c'est la relation d'attachement qui va prédominer dans les premières années de thérapie. Il est évident que le thérapeute – homme ou femme – devra être très à l'aise avec sa dimension féminine (homosexualité psychique). On ne peut pas devenir la mère d'un patient ou d'une patiente si cette dimension n'a pas été profondément analysée. Il s'agit d'un problème d'identification et aussi de capacité de régression archaïque du ou de la thérapeute psychosomaticien.ne** qui commence avec une relation d'attachement. La patiente m'agressait sans arrêt, et cette agression s'accompagnait parfois de forme projective puisqu'elle voyait des têtes inquiétantes de part et d'autre de ma propre tête. Cette forme hallucinatoire reflétait le niveau de régression profonde de ma patiente ; une expression de son noyau psychotique sans pourtant être la manifestation d'une psychose.

Elle me faisait jouer le rôle d'un agresseur, et ce qu'elle attendait de moi au fur et à mesure des séances et progressivement du développement de ses capacités associatives, donc d'une reconstitution son histoire personnelle, **c'était que je la rejette avec violence tout comme sa mère, non seulement au cours de la première année de vie mais dans les années suivantes.** Elle me faisait jouer le rôle d'un persécuteur, et momentanément, j'acceptais ce rôle pour comprendre beaucoup mieux tout le système de défense reposant sur le noyau masochique primaire de la patiente. La patiente ne pouvait recevoir de l'amour de l'affection d'un être humain qu'en étant persécutée. Le développement d'une relation objectale permet de pouvoir interpréter la défense. Le problème était plus complexe dans le cas de la patiente à cause de son addiction à l'alcool impliquant une fixation sensorimotrice des premiers temps de la vie.

Fixations sensorimotrices par lesquelles l'hémorragie libidinale se manifestait quotidiennement puisque l'appareil psychique n'était pas fermé à l'une de ses extrémités. La patiente ne pouvait pas vivre seule avec elle-même : l'alcool lui tenant compagnie matin et soir.

J'ai réussi avec les années et la construction de l'histoire de sa vie à relier tous les éléments me permettant de poser progressivement des jalons aboutissant à l'interprétation de ce qu'on appelle « retournement du sadisme sur la personne propre ». Il s'agit de la première forme d'expression du masochisme liée au rejet maternel ; l'approche psychiatrique consistant à parler d'alcoologie est très réductrice lorsqu'elle fait l'hypothèse que l'addiction remplace l'objet maternel. Il me semble que mes hypothèses sont plus complexes puisqu'elle renvoie à la relation traumatique d'une mère agressive remplacée par une addiction autodestructrice. C'est la personne qui retourne contre elle-même ses pulsions agressives pour donner « vie à sa vie ».

Un thérapeute psychosomaticien doit être capable de supporter pendant très longtemps grâce aux mécanismes de son noyau masochique les agressions des patients et des patientes jusqu'au moment propice de l'interprétation ou des interprétations qui vont démanteler l'ensemble des systèmes de défense pour faire surgir un Moi plus fort. Il s'agit d'un travail souvent épuisant mais tout à fait passionnant.

Vous êtes sans arrêt mis au défi dans vos capacités d'aller-retour présent – passé, dans vos capacités de régression et dans vos capacités de communication rapide avec votre propre inconscient. Je vais être capable d'explorer votre noyau psychotique et de revenir brutalement au niveau génital en parcourant tout le processus. Vous ne comprenez pas toujours ce qui se passe, et vous mettez 2 à 3 mois pour comprendre les processus psychiques inconscients. Comment vivre entre-temps, comment entretenir le mouvement thérapeutique, comment faire surgir à nouveau matériel, il s'agit d'un travail complexe à plusieurs niveaux.

Imaginez-vous face un patient qui s'auto-détruit, quelle serait votre réaction ? Votre contre-transfert est fortement sollicité puisqu'il s'agit d'une situation terrible sur le plan émotionnel et difficile à supporter. Imaginez-vous alors dans le rôle d'une mère empathique et chaleureuse qui voit son enfant se détruire parce que c'est la situation thérapeutique que la patiente ou le patient va vous faire vivre.

Un psychanalyste est dans une situation confortable assis derrière le divan dans le silence ; mais un psychosomaticien est fortement sollicité et il doit par rapport à la technique psychanalytique stricto sensu, modifier son dispositif qui est souvent basculé dans ce que les Américains ont développé, à savoir **l'interprétation intersubjective**. C'est le système interprétatif que j'ai adopté voici une vingtaine d'années maintenant ; le patient déclenche en vous de façon soudaine une émotion qu'il nous appartient de comprendre puisque cela renvoie

à des événements de notre propre vie coloriés par cette même émotion. Ces événements font écho à la problématique actuelle du patient dont nous sommes le miroir ; le patient n'associe pas sur ce qu'il a ressenti, mais si nous sommes conscients du revécu d'événements de notre propre vie, nous pouvons alors en faire part au patient avec beaucoup de précautions en choisissant ce qui peut illustrer le ressenti des événements qui, pour le moment, ne sont pas compris. La prise de conscience dans la relation intersubjective va permettre d'établir des liens et de faciliter la résurgence de chaînes associatives liées au passé le plus éloigné. Une dynamique nouvelle à apparaître grâce aux interprétations intersubjectives. **L'intersubjectivité va remplir le vide du préconscient puisque de cette façon, nous allons prêter notre appareil à penser les pensées. Nous allons remplir avec notre propre vie la vie du patient ; n'est-ce pas après tout ce que fait une mère avec son enfant dans les premières années de vie !**

Nous, psychosomaticiens.nes, nous allons représenter des imagos parentales bienveillantes, et nous allons accepter de nos patients souvent certains passages à l'acte qui n'ont jamais été acceptés par les parents. Je dis tout cela avec beaucoup de précautions, car dans nos patients il y a toujours une partie enfant que nous devons protéger de la destruction. Mais le fait que nous soyons différents va permettre au Moi des patients de se développer et de devenir plus fort.

Les projections de ma patiente sur moi avaient pour objectif de me transformer en un être odieux ou agressif etc. ce qui lui permettait de continuer à vivre à l'intérieur de son système de défense sans le remettre en cause. Nous devons être capables d'assumer des rôles sadiques, de méchants, et nous devons accepter tous les rôles jusqu'à progressivement ouvrir les yeux de nos patients. Combien de temps pouvons-nous supporter une telle épreuve ? Tout dépend de notre résistance psychique, de notre patience et surtout de l'identification narcissique au patient. Seule une interprétation au moment approprié permet d'entamer les résistances et le système de défense ; il va sans dire que **tout au long d'une thérapie psychosomatique nous faisons très peu d'interprétations mais surtout des interventions destinées à établir des liens entre les chaînes associatives surgies progressivement du préconscient.**

Grace à la remémoration progressive depuis l'âge de 12 ans jusqu'à l'âge de 42 ans, en remontant le temps et en traversant toutes les époques de sa vie depuis sa plus tendre enfance c'est-à-dire avant l'âge de 12 ans, d'identifier le personnage du persécuteur qui s'est incarné dans les différents êtres rencontrés au cours de son développement et de sa vie professionnelle.

Une fois l'ensemble de la trame du préconscient reconstituée, il est possible d'énoncer une série d'interprétations sur le mode « de même que... de même » qui vont permettre de

défaire les liens pathologiques établis sur près de 40 ans. Il s'agit d'une interprétation analytique, très structurée ; le patient va se manifester par des réactions que Freud a très bien décrites, à savoir qu'il va rejeter nos interprétations, il va être dans la négation, et un système de défense de nature intellectuelle peut apparaître. Les patients vont tout faire pour détruire nos interprétations ; l'important dans ce cas c'est d'être convaincu de nos interprétations, de résister et de supporter la mise en cause de nos capacités intellectuelles. Il s'agit ici d'analyser sans cesse le contre-transfert pour donner suite aux interprétations.

Il est évident que vous devez être convaincus de ce que vous faites, comment vous le faites et à quel moment vous le faites.

Si nous nous trompons, nous allons nous en apercevoir très rapidement et tenter de corriger notre erreur. Si l'interprétation est pertinente, fiez-vous toujours à l'expérience de Freud qui résistait aux critiques des patients jusqu'à leur prise de conscience qui est le signe de l'acceptation à tous les niveaux du psychisme de la pertinence de notre travail. Il s'agira du début d'une mutation psychique.

La lutte contre les résistances du système de défense peut être éprouvante surtout lorsque vous êtes en présence des manifestations infantiles des patients. Nous sommes souvent désespérés et nous pouvons parfois nous questionner sur notre exercice professionnel. Combien de temps faudra-t-il aux patients pour parcourir ce long chemin de l'enfance à l'adolescence puis à l'âge adulte ?

Nous devons ici faire appel aux neurosciences pour comprendre que les interrelations subjectives avec le patient, la création de cet espace à deux et entre-deux, réactive progressivement le processus de maturation psychosexuelle en étroite relation avec les organisations psychosomatiques dont je fais l'hypothèse dans mon livre de Neuropsychanalyse, c'est-à-dire que nous réactivons les circuits neuronaux liés à la maturation des différentes zones érogènes du corps.

Le processus passe par des régressions aux différents points de fixations, et, une fois le point le plus archaïque atteint, nous pouvons reprendre la marche en avant et conduire le processus.

Nous, psychosomaticiens.nes, devons accompagner et contrôler les mouvements régressifs de nos patients. Si vous souhaitez allonger un patient, il est préférable alors de déplacer le fauteuil pour le mettre face au divan afin que le patient puisse vous voir. Vous combinez ainsi un mouvement régressif tout en restant dans l'angle de vision du patient.

Tous les patients ayant des fixations sensorimotrices importantes et des carences des premiers temps de la vie ouvrant sur des pathologies de dépendance alcoolique ou de dépression

du système immunitaire, doivent être pris en face à face car la vision de notre présence est fondamentale.

Lorsqu'il y a une reprise mentale, nous pouvons passer progressivement d'une relation d'attachement de type maternel et basculer progressivement dans une triangulation œdipienne avec apparition du Père. C'est ainsi que ma patiente après deux mois de régression et de rétablissement de nouvel équilibre psychosomatique, m'a écrit pour m'informer que, ce week-end, elle a organisé et programmé son temps, ce qu'elle n'avait jamais fait jusqu'à présent puisqu'elle consacrait tous ses week-ends à se « disjoncter ». Un transfert paternel a commencé à s'instaurer, et je pense que dans les mois qui viennent une triangulation œdipienne va apparaître. La modification énergétique se développe progressivement puisqu'elle investit le mouvement : gymnaste club, marche en forêt, rangement de son appartement.

Pour ce qui est des cas graves, il est conseillé d'accompagner le suivi thérapeutique d'un suivi médical, à savoir de prendre contact, avec l'accord du patient, avec le médecin traitant pour s'informer de l'évolution des symptômes somatiques. Lorsque les patients vont être opérés, je conseille de les accompagner et de leur rendre visite à l'hôpital ou à la clinique où ils ont été opérés. Ils doivent savoir que vous êtes là comme une sorte d'instance protectrice maternelle qui ne les abandonne pas. Nous pouvons avoir des contacts très chaleureux avec nos patients hospitalisés et, même leur tenir la main si cela est souhaitable et réconfortant. Je me rappelle qu'une patiente cancéreuse référée par ma collègue Dr. Pascale Surugue, s'est jetée dans mes bras à la fin de la séance pour me faire une bise ; cet incident m'a rappelé en riant l'effroi de notre cher Sigmund Freud lorsqu'une patiente s'était jetée dans ses bras à l'hôpital ! Nous devons comprendre la nature des relations affectives qui se développent entre nos patients ; la patiente cancéreuse dont je vous ai parlé, et que je suis maintenant en psychothérapie dans mon cabinet, m'offrent régulièrement du chocolat le jour de l'an. Je sais qu'il y a des interdits de nature psychanalytique sur le toucher physique de nos patients par crainte d'une érotisation de la relation. Je comprends fort bien ces mises en garde, et il vous appartient de veiller à mettre en œuvre ce que nous appelons la règle d'abstinence. Cela ne doit pas vous empêcher d'être comme dit Winnicott « a good enough mother ».

Vous devez comprendre les différentes étapes qu'un être humain traverse pour devenir grand, pour devenir adulte ; c'est un chemin difficile qui réactive en nous le propre chemin que nous avons suivi qui va faire écho dans le contre-transfert et dans le transfert à la psychodynamique et au narcissisme de nos patients.

Si la notion de mentalisation mérite d'être précisée, on doit s'interroger sur le mythe de la très bonne mentalisation qui protégerait des maladies. Comme le dit Joyce McDougall : « nul

n'est à l'abri des somatisations ».

Vous savez très bien pour les patients somatiques qu'en utilisant la méthode d'évaluation du risque psychosomatique, nous pouvons établir un diagnostic évaluant l'épaisseur du préconscient, les capacités associatives, la solidité des liens entre le présent et le passé de même que la solidité des liens entre l'évocation d'un événement de vie et sa relation avec les émotions. Il est évident que si un patient ne remplit pas le minimum de conditions d'organisation de la première topique freudienne, les capacités associatives seront limitées et il est préférable alors de recourir aux psychothérapies corporelles pour rétablir l'image du corps et, à terme, les capacités associatives du patient.

Il y a aussi des patients qui sont dans un présent éternel, selon Joyce McDougall qui les qualifient de normopathes, et que Pierre Marty classait dans la catégorie des névroses de comportement.

Vous pouvez aussi rencontrer des patients somatiques ayant d'énormes difficultés de relations au corps, dont la pathologie narcissique est dans le déni du corps ; ces patients pensent qu'ils existent en dehors de leur corps, et, de ce fait même, ne peuvent suivre les prescriptions médicales. Il est préférable alors de recourir à une psychothérapie de relaxation corporelle ou aux nombreuses orientations de psychothérapies corporelles y compris, bien entendu, les thérapies corporelles de la médecine traditionnelle chinoise. J'oriente bien souvent mes patients dans un premier temps vers mes collègues qui pratiquent des thérapies de relaxation corporelle ; ce type de thérapie permet de rétablir progressivement l'image psychique du corps et donc, à terme, de rétablir la continuité de l'unité psychosomatique. Les psychanalystes parlent alors de psychisation du corps. Une double image rétablie : une image psychique et une image neurologique ; une fois l'unité psychosomatique rétablie, les patients gagnent ou regagnent une activité associative permettant de reconstituer le préconscient dans son épaisseur. Après un ou 2 ans de psychothérapies corporelles, le psychothérapeute de relaxation corporelle peut vous référer à nouveau les patients qui ont regagné leur capacité de mentalisation. Je ne suis en aucune façon opposé aux thérapies cognitives et comportementales pratiquées par les collègues psychiatres de la Pitié-Salpêtrière car ces techniques peuvent contribuer au rétablissement de la continuité de l'unité psychosomatique dans les domaines cognitifs et corporels nécessaires au rétablissement du fonctionnement d'un appareil psychique.

Je suis un homme très ouvert à toutes les techniques permettant le rétablissement de la continuité de l'unité psychosomatique à la condition que ces techniques soient utilisées de façon complémentaire aux psychothérapies psychosomatiques afin de faciliter leur déroulement ; je suis très attaché au rétablissement du système psychique fondé sur l'interrelation entre des

comportements, des émotions et des représentations mentales. À ma consultation hospitalière, j'ai reçu quelquefois des patients traités par hypnose, les thérapies cognitives et comportementales, l'EMDR, etc. qui venaient compléter leurs traitements, car il se rendaient bien compte que leurs traitements n'étaient pas achevés. Notre travail principal est de rétablir un équilibre satisfaisant de l'appareil psychique et aussi par la même occasion l'équilibre des réseaux neuronaux. Notre travail de psychosomaticien.ne est de bâtir des liens, de construire cet immense réseau psychique qui va du plus lointain passé jusqu'à notre présent quotidien.

Questions posées par les participants au séminaire :

À propos du rôle de la mère : si vous avez lors de l'établissement du diagnostic constaté une carence maternelle et une absence d'introjection de l'imgo maternelle, il vous appartient alors de remplir ce rôle dans la relation d'attachement qui peut prendre entre 9 et 18 mois pour être introjectée. Il est évident qu'un tel exercice sollicite énormément, surtout pour les hommes psychothérapeute, le côté féminin de leur psychisme.

Il importe aussi que vous ayez des modèles théoriques de la métapsychologie et de la psychosomatique intégrative qui vous aident à établir et à rétablir les représentations mentales des patients. Souvent j'imagine que je suis devant une immense tapisserie que je dois réparer ; j'imagine aussi que j'explore un immense bâtiment et que parfois je dois descendre, c'est-à-dire régresser, dans les sous-sols, et ne pas rester au niveau le plus élevé car je ne pourrai pas communiquer avec mon patient.

Les interventions sont destinées à préparer, à réparer ou à construire l'appareil mental, nous nous trouvons dans une situation très différente de la psychanalyse, puisque je vous le rappelle, les patients.es présentent d'importantes lacunes du préconscient ; des périodes entières échappent par refoulement à la conscience ou ont disparu momentanément par traumatismes et notre travail est de construire l'histoire du patient : le "story telling". L'analyse des défenses par la levée du refoulement va permettre le surgissement de souvenirs enfouis reconstituant la trame des événements de vie. Cette reconstitution va permettre dans certains cas, lorsque l'unité psychosomatique est rétablie, **de voir surgir la problématique œdipienne.**

C'est ainsi que dans mon dernier ouvrage de 2013 j'expose le cas de Damien, qui m'a consulté à l'hôpital pour troubles hypocondriaques, cachant en vérité un cancer colo-rectal. La thérapie psychosomatique des 4 premières années a permis de rétablir la continuité de l'unité psychosomatique conjuguée avec les traitements médicaux. Puis apparue la problématique œdipienne qui fut analysée selon la technique classique de la psychanalyse avant de mettre fin au traitement d'un commun accord alors que l'organisation œdipienne était en place permettant une réorganisation de l'unité psychosomatique.

Nous pouvons souvent être très surpris du rétablissement de l'unité psychosomatique, puisque j'ai vu dans le cas de patients greffés renaître brutalement, au grand dam des chirurgiens transplantés, le désir d'enfant des patientes. Les messages envoyés par le corps aux patientes vont activer les désirs perturbants de ce fait les contre-indications médicales et perturbants aussi les médecins qui ne comprennent pas les conséquences de la greffe. Ces patientes vont mettre en péril parfois le fœtus pendant leur grossesse et il est de notre devoir, de les aider ainsi que d'expliquer aux médecins la problématique psychique sous-jacente, conséquences de leurs exploits chirurgicaux.

Le rétablissement de l'équilibre énergétique somatique et libidinal va souvent permettre au préconscient de rétablir son intégrité, et à certains symptômes névrotiques de disparaître, à l'image de ce que nous avons vu pendant la guerre mondiale, à savoir une disparition des névroses.

Dans le travail de recherche sur le cancer du sein, nous pouvons constater chez certaines patientes que l'énergie mobilisée sur les tumeurs cancéreuses, rétablissait ou plutôt établissait un nouvel équilibre psychique donnant un nouveau sens à leur vie. Le détournement de l'énergie psychosexuelle par la maladie a conduit les patientes à percevoir différemment leur environnement de vie.

Les systèmes de défense des patients somatiques sont souvent très archaïques et nous sommes en présence de ce que Freud appelle : retournement sur la personne propre, c'est-à-dire une combinaison de désintrication pulsionnelle ou plutôt de non-intrication pulsionnelle des pulsions agressives. Les pulsions agressives se retournent contre le moi et l'agressent comme pour l'auto-détruire ; nous devons alors progressivement lever l'inhibition des pulsions agressives pour que le Moi puisse investir l'objet qui permettra la réintrication pulsionnelle.

À propos du danger vital : nous devons à mon avis débattre de tous les problèmes de mises en danger de la vie de nos patients somatiques ; pour le moment je préfère déclarer qu'il est important de protéger la vie et l'équilibre psychique des enfants de nos patients. Il s'agit d'un devoir absolu et pratiquement de la seule intervention que nous avons affaire en dehors de l'intervention concernant les dangers de suicide de nos patients. On ne doit pas sous-estimer non plus le rôle des pathologies somatiques qui peuvent s'aggraver au cours d'un traitement ou bien à interpréter comme résistance au traitement psychothérapique.

À propos de l'affect

Lors du premier entretien psychosomatique, vous pouvez utiliser la méthode que j'ai développée à savoir la mise en relation des événements de vie et des troubles somatiques, facilitant l'entretien ou les premiers entretiens avec les patients somatiques qui nous sont référés.

Lors de l'entretien psychosomatique, nous savons pertinemment que le patient ne va pas révéler toutes les informations concernant sa maladie, encore moins son fonctionnement psychique ; cela va représenter tout le travail que nous aurons à faire en psychothérapie psychosomatique. De plus nous avons souvent des présentations différentes : la maladie racontée par le patient et la maladie établie par le médecin lors de son examen clinique.

En conclusion provisoire, le travail du thérapeute psychosomaticien ne est **soit d'aider au développement d'un système psychique encore inexistant, soit d'aider à la réparation du système psychique suite à des traumatismes.**

La fonction maternelle prévaut ne serait-ce que par précaution au début de nombreuses thérapies. Elle prévaut longtemps avec les malades désorganisés et presque toujours avec ceux qui sont mal organisés mentalement. Les interventions et interprétations de style psychanalytique prévalent en général, au terme d'un temps différemment long, chez les patients bien mentalisés et particulièrement chez ceux qui présentent des traits de caractère névrotiques ou, dans les fins de traitements, chez les patients ayant récupéré un bon fonctionnement psychique après une désorganisation.

De toute manière, un psychosomaticien doit s'attendre à des changements, voire à des volte-face de l'organisation de ses patients et, sans se précipiter jamais lui-même dans des retournements de son attitude, disposer de toute l'échelle de ses positions selon la relation présente du patient avec lui. Cela depuis la dépression, les angoisses diffuses, une inertie affective relationnelle, toutes primaires (comme la violence plus ou moins contenue), qui nécessitent un accompagnement de type maternel, jusqu'à un éventuel transfert qui nécessiterait des interprétations psychanalytiques.

La fonction maternelle selon Pierre Marty

J'ai beaucoup travaillé avec Pierre Marty et, dans ses écrits, il évoquait la fonction maternelle ; je terminerai donc cet article en me référant à mon maître et ami aujourd'hui décédé (1993). La fonction maternelle, disait-il, repose sur l'instinct maternel du thérapeute femme ou homme, et consiste, à l'opposé d'une prise en charge directive, en un accompagnement, surtout mais non exclusivement verbal, qui côtoie, suit ou précède à peine les états et les mouvements du sujet. De la nature dissemblable du partenaire, que j'ai appelé le Double Regard dans mes premiers articles ci-dessus, ressortent des différences marquées entre la fonction de la mère vis-à-vis du nourrisson (pris comme exemple initial) et la fonction maternelle du thérapeute. « *A l'habitude le nourrisson se montre : puissant dans ses instincts de vie, dans ce qui va être sa*

libido ; -ses instincts de mort spécifient seulement sa construction personnelle sans lui faire obstacle ; ouvert à l'avenir et rempli de programmes latents d'organisation ; ouvert à la dyade qu'il forme avec sa mère bien que prenant une large part aux interactions, d'abord avec son rythme personnel puis avec ses particularités fonctionnelles, ses actions et ses réactions ; -sans dépressions et moments de détresse durables ; -il demande de sa partenaire davantage de pare-excitations que d'excitations ; la mère peut compter sur sa vitalité ».

Dans l'exercice de sa fonction maternelle dont la réussite dépend de son aptitude à une identification renouvelée au patient (de sa qualité d'empathie), le thérapeute dispose de la situation face à face qui lui permet des mimiques, des attitudes, des gestes, susceptibles de constituer des interventions minimales facilement saisies la plupart du temps par le patient. Il dispose principalement de sa parole (qui se lit aussi sur son visage) et, sans jugements de valeur ou s'aidant de quelques-uns d'entre eux à peine esquissés, il commente ses propres paroles et actions... comme il commente ce que son patient lui raconte de ce qui se passe pendant les séances ou en dehors d'elles (dans les deux cas comme une mère le fait). Cette raison descriptive apparemment égalitaire (le thérapeute n'expose pas, bien sûr, tout ce qu'il pense) et les corrections éventuelles que chacun peut apporter aux dires de l'autre sont susceptibles d'assurer les premières bases d'une proximité bilatéralement identificatoire. Dans ces conditions, le thérapeute, tout en se rendant compte des projections primaires du patient et en les respectant, peut se proposer (incitation déguisée) comme exemple d'une conduite à la fois parallèle à celle du patient et assez différente d'elle cependant (sont susceptibles d'en résulter des traces mnésiques au moins superficielles et provisoires) ; il ne se propose surtout pas comme modèle. Offrant ainsi ses propres systèmes élémentaires de sensibilité, de comportements et de représentations (éventuellement de défenses rudimentaires), il joue progressivement le rôle des fonctions défaillantes (d'abord expressives d'instincts parfois violents) chez le sujet, abandonnant ce rôle dès qu'il perçoit, premiers signes d'indépendance, la reviviscence des fonctions en cause. La fonction maternelle du psychothérapeute -même psychosomaticien -ne s'accompagne à l'ordinaire (hors des relaxations) d'aucun rapprochement physique particulier du patient. Citation de Pierre Marty : « Il m'arrive par exemple de dire à un patient, devant sa non-réponse à une agression dont il a été l'objet : " Vous savez, moi je fais autrement. Si quelqu'un me marche sur le pied dans le métro, j'ai envie de le tuer. Je ne le tue pas bien sûr ! Je lui en veux, je fais la tête et, au bout d'un certain temps, je m'en veux à moi et je lui pardonne. Il ne l'a pas fait exprès, mais il m'a fait mal quand même et je reconnais que, sur le moment, j'ai eu envie de le tuer. Mais je ne suis pas vous. »

Dr. Noëlle DUBREUILH³

Fabienne

Née le 14 août 1977, 46 ans, célibataire, travaille comme infirmière en HAD.

Elle m'est adressée par son médecin pour syndrome anxio-dépressif post rupture sentimentale.

1ère consultation :

Une jolie jeune femme blonde est rentrée dans mon bureau, le visage fermé. Elle exprime de la colère envers son compagnon (ingénieur aéronautique) dont elle est séparée depuis 3 mois (15/04/2023). Une violence intérieure la saisit me dit-elle avec des douleurs abdominales, et un vide immense. En perdant cet homme, elle perd son seul désir celui d'être mère car elle apprend 1 an avant son endométriose mais dans les faits c'est deux ans. « Je ne peux pas être une femme complète car je ne serai jamais mère ». Elle se plaint d'injustice et de dépendance affective.

La rencontre se fait en octobre 2018 à 41 ans par internet, lui après un divorce avec 2 filles de 11 et 14 ans en garde alternée où il dira de suite « Je ne veux pas d'autre enfant ». La rencontre va durer quatre ans. Pendant les dernières années elle ressent de l'humiliation, du rejet et de l'abandon.

Sa demande est de pouvoir faire le deuil de cet amour et de son désir d'enfant, car elle a toujours cru pouvoir changer sa décision. Le diagnostic d'endométriose est posé en 2020, il n'y avait pas de douleurs pendant les rapports sexuels, elle dit avoir eu du plaisir, plaisir qu'on peut qualifier sur un mode auto-érotique.

En 2021 commence la descente. Elle se fracture un orteil avec arrachement osseux et est en arrêt maladie. Durant le mois elle se débrouille toute seule avec sa voiture, et lui, il part dans un grand mutisme. Ils se rencontrent dans un café, « Il me récupère et je le ressens comme un honneur et à la fois une humiliation. J'avais tellement peur de le perdre. Puis en février 2023, il part sans explication et 15/04/2023 je reçois par texto « Je te quitte ».

Elle est issue d'un couple rigide où l'affect ne circule pas. De milieu de cadre moyen, le père (né en 1947) travail chez Renault et la mère (née en 1946) travail chez Orange. « Ma mère n'est pas maternelle, pas de souvenir de câlins, d'expérience sensorielle, le vide ». « Je n'aurais jamais dû avoir d'enfants » est le discours de la mère qui introduit par le langage le

³Dr en Médecine installé à Toulouse depuis 1987, Psychosomaticienne, DU de sexologie Paris Diderot
DU d'hypnose Toulouse, Qualification de sexo-analyse par le Pr Claude Crepault (Montréal)
Qualification de EPHEP

traumatisme de la grossesse non désirée. Les parents se disputent encore et toujours, le couple parental est un couple conjugal et ne devient pas un couple familial où l'enfant existe réellement.

Pendant notre consultation, je fais un petit génogramme et en retranscrivant, je m'aperçois que sa grand-mère maternelle est morte d'une tumeur cérébrale en 1973, l'année de la naissance de sa sœur, « 8/10 ans après ma naissance ma mère a eu une fausse couche ». Mais aucun affect partagé. Une mère qui fonctionne sur le mode opératoire. Et j'ai l'impression dans mon contre - transfert d'être prise dans ce discours désaffecté. L'environnement de Fabienne ne lui permet pas de faire le lien entre ses émotions, son affect et des représentations.

Je ressens Fabienne comme une petite fille face à sa mère qui cherche comment s'identifier, face à moi j'éprouve un sentiment étrange de ne pas partager sa tristesse. Une adolescente dont le corps n'est pas érotisé.

« La seule façon pour plaire c'était d'être une bonne élève et de suivre respectueusement les règles de la maison. On cherchait à satisfaire les parents ». Elle est façonnée sur le plan cognitif. « Je suis toujours en conflit avec elle. Elle contrôlait et critiquait toutes mes relations pendant ma jeunesse et vie d'adulte, sauf Nicolas du fait de la bonne situation financière stable ». Elle grandit avec un surmoi social lié à l'idéal maternel.

2^{ème} consultation : centrée sur l'endométriose et le désir d'enfant.

« J'ai eu mes règles à 15 ans, elles étaient très douloureuses, je les ai vécues seule. Ma mère l'a appris lors d'une crise douloureuse avec la venue du médecin à 17 ans ». Sur le plan biologique, on note qu'elles sont tardives, symptôme d'un fonctionnement biologique hypothalamique bloquée.

« Je n'ai pas de lien avec ma mère ». Elle était intrusive, « tu es mal fagotée » (lapsus de moi ou d'elle phagocyter). Sur le plan narcissique son féminin n'est pas développé « mon père était agressif et ne montrait aucune émotion. Je n'avais pas de proximité affective avec mes deux parents ». Elle n'a pas de défenses mentales, le seul rempart devient les défenses corporelles.

Éléments médicaux

Dates	Éléments médicaux	Examens	Évènements de vie
7/10/17	Ganglions inguinaux dte. Réaction à une piqûre de tique	Echographie utérine normale	
10/18	Stress sur la question du bébé	Echographie normale.	Rencontre avec Nicolas, tout allait bien pendant 2 ans. C'est une passion amoureuse, fusionnelle Et sur le site il mentionne son non désir d'enfant
12/18	Vie sexuelle normale	Sans contraception	Voyage à Lisbonne
11/20	Bilan de ménorragies	Echographie : kystes ovariens Endométriose ? Apparition de règles douloureuses	Il n'est pas impliqué. Je suis triste, vide. Oubli de moi Nicolas est dans l'achat d'une maison Je lui fais un courrier, la réponse par sms est « NON ». Ressenti de fracture
2/21	Mise sous Dimetrum	IRM : Endométriose	Le déni de Nicolas. Il est violent.
5/21	Ressenti de dépendance affective		

	et d'abandon de Nicolas et du désir d'enfant. Immense tristesse et vide.		
12/23		Coloscopie : endométriose n'est pas traversant, atteinte rectale	« Je n'ai plus de désir, je me sens bafouée, mise à l'écart, je n'ai plus confiance à l'Autre. Après 2 ans de Dimetrum, je dois envisager la pose d'un implant intra utérin en mars, pour moi c'est violent, c'est la place du bébé. » Elle associe la pose de l'implant avec la pénétration du pénis.

A travers ce champ médical, j'essaye de créer un lien d'échange confraternel, au sujet de son métier d'infirmière d'HAD, auprès de malades cancéreux qui demandent beaucoup de gestes techniques corporels et d'empathie à l'égard de patients souvent très angoissés. Elle est portée par ses routines gestuelles mais l'affect semble déshabité.

Là aussi l'échange reste factuel, mais peut-être... Fabienne est restée une petite fille face à une mère terrorisante. Elle est dans un stade d'indifférenciation, elle n'a pas introjecté sa mère. Sa mère semble fonctionner sur mode opératoire alexithymique, on peut s'interroger sur le retentissement du décès de la grand-mère pour tumeur cérébrale pendant la grossesse de sa sœur née en 1973, la mère à 27 ans. On peut imaginer que la mère est encore dans un deuil pathologique ou que la nouvelle grossesse réanime le traumatisme du deuil. Le père est absent, à la suite des disputes, il quitte souvent le domicile, jusqu'au collège, durant toute la phase de latence.

3eme Consultation : le lien avec sa sœur et les hommes

« Ma sœur est une amie. Elle a été gardée par une mauvaise nourrice pendant 1 an, ma mère arrête le travail par culpabilité. Elle a présenté une anorexie du nourrisson et garde des troubles du comportement alimentaire, de type anorexie/boulimie ». Ma mère répétait la difficulté d'avoir et d'élever des enfants, les grossesses ont été sans problèmes.

« J'ai eu deux histoires amoureuses dont les deux hommes n'ont pas voulu d'enfant avec moi. Pour moi un désir d'enfant s'inscrit à deux dans une construction et un amour à deux. C'est une construction intellectuelle ».

Le premier homme, Sylvain, aide-soignant et musicien. La rencontre a lieu en 2000 et se poursuivra pendant 11 ans. « Il ne voulait pas d'enfant, ma mère ne voulait pas de cet homme pour moi, du fait d'une situation trop instable. Je pense que ça a démolé ma vie. » Il n'y a pas de révolte de Fabienne, elle reste enfermée dans l'image parentale idéalisée. « Cet été il a réapparu, et m'a annoncé qu'il avait un enfant de cinq ans ». Cet homme rencontré à 24 ans n'était pas d'accord sur le désir d'enfant, les règles très douloureuses sont réapparues à 30 ans, symptôme des perturbations physiologiques de son identité féminine. À 34 ans épuisée sur ce sujet, il me quitte en prétextant une autre femme « J'ai ressenti du rejet ».

Nicolas, le 2^{ème} homme merveilleux « Cet homme je l'ai vécu comme un besoin de fusion idéalisée » (image parentale idéalisée). « Je faisais tout pour le servir, je faisais tout pour le servir LUI et ses filles ». « Je croyais faire famille, mais ne voulais pas me mettre en situation de mère pour ses filles ».

Après avoir vécu 1 an de rejet et d'humiliation, et la persistance de sa position égocentrique, une fracture psychique s'installe et le diagnostic d'endométriose tombe. Rêve de Nicolas l'année du détachement : « J'ai rêvé que tu partais avec un homme dans le sud-est pour régler ton problème d'endométriose ». « Il était odieux et je n'arrivais pas à sauver ma dignité. Je n'avais pas confiance en moi, j'étais encore traumatisée de la rupture avec Sylvain ». « J'avais une image du couple parental qui s'engueulait, un moyen d'arrêter la dispute était de me mettre sur les genoux de mon père pour un câlin. Je vois « l'amour souffrant. » Elle commence à associer avec la répétition du couple parental ». « Avant cette rencontre avec Nicolas, j'ai vécu 1 an avec un homme, que je n'aimais pas mais qui lui voulait un enfant ».

4^{ème} consultation :

« Je rends visite à mes parents où je me retrouve enfant. Ma mère en position dominante, d'emprise et mon père en position de plainte sur ma mère. Je revois ma sœur, 50 ans, en anorexie depuis ses 20 ans ». On commence à pouvoir associer.

« Enfant, j'avais hâte d'être adulte pour être libre. A l'école primaire, je rêvais d'être une mère jeune, j'aimais Niels, il était anglais. J'avais l'angoisse de rentrer à la maison du fait du poids des notes pour les satisfaire, ma mère avait arrêté le travail, alors elle criait. Au départ je voulais être pharmacienne ou orthophoniste. J'ai fait 1 an « sciences du langage » et après j'ai suivi ma copine à l'école d'infirmières. Heureuse d'être seule sans parents dessus, on te paye la chambre si tu travailles. Et on me dit encore ce qu'il faut faire. »

Son préconscient est pauvre. Il n'existe pas de rêves. Ses défaillances de mentalisation, le mauvais tissage du lien mère-fille n'a pas permis la construction féminine de F. On est dans une sexualité auto-érotique.

Comme si l'absence d'investissement de la mère dans son rôle n'avait pas permis à Fabienne d'avoir un corps sexué et un corps de mère. Il n'y a pas de séparation d'utérus.

Ses mécanismes de défense semblent être le retournement sur soi de l'agression maternelle, ils sont massifs et très archaïques. Un trait de caractère est l'hystérie archaïque, la relation corporelle avec la mère se trouve à la limite du fusionnel. Le conflit se situe dans la construction de son narcissisme primaire, il y a une protection contre une soumission à la mère anale.

Dans ses ressources on retrouve le goût pour la musique « vibratoire », la scala, l'opéra, la musique classique et la danse, l'encodage sensoriel de la phase cénesthésique du toucher et de l'audition. Sa 2^{ème} ressource est la gymnastique en salle.

On se situe dans la 3^{ème} organisation somatopsychique. Cette période de maturation de l'appareil psychique met en évidence le conflit entre les actes de sa mère et ce qu'elle dit. Le mécanisme des neurones miroirs qui permet le passage de l'action en pensée.

On est dans un axe auto-conservatif, avec un narcissisme très fragile et un noyau masochique. Une haine primitive et une impulsion sadique indicible font retour sur le corps à une période très précoce. Les pulsions sexuelles et les pulsions autodestructrices, ne sont pas liées. Elle reste fixée dans un stade sadique anal. Elle est l'objet de l'autre, dans une relation d'attachement et d'emprise. Les hommes sont identifiés à sa mère. Relation fétichique à l'objet protecteur. Nous sommes dans le plaisir du déplaisir.

Échec de la constitution de son identité biopsychologique féminine.

Fabienne est une non-névrosée.

Dans le cadre de son endométriose on retrouve les éléments traumatiques de la grossesse de sa mère et des premiers mois de vie avec la reviviscence de la mémoire corporelle du deuil maternel. Les processus physiologiques hypothalamiques sont à la fois retardés et contrariés. L'absence du père durant la période de latence ne favorise pas l'élaboration d'un corps féminin différent et positif. L'arrivée des règles est aussi traumatique.

La douleur somatique perçue s'accompagne d'une émotion de peur ou d'angoisse qui vient bloquer l'affect. Le sentiment d'être une femme potentiellement mère n'est pas investie. Comme si l'empreinte somatique de l'endométriose était le résultat du versant actif du masochisme. Pour être éprouvé, l'affect nécessite un espace psychique intérieur propre qui n'existe pas pour Fabienne. Le cerveau avec le système nerveux autonome prend le relais, on est dans le soi biologique.

Sur le plan de l'évaluation psychosomatique intégrative :

- On se retrouve avec une non-névrose, axe auto-conservatif : 3
- Fixée dans un stade orale/anale étape fusionnelle : 3/4
- Identité biopsychologique féminine pas établie : 3
- La problématique œdipienne n'est pas résolue : 1
- Ses ressources sont moyennes : 2
- Prévalence des comportements : 4
- Expression des affects : 4
- Risque lié à l'environnement : 5 (vit seule, métier angoissant peu investi (infirmière en HAD))
- Risque somatique élevé

Jeanne SHEVCHENKO EVEN⁴

Réflexions autour d'un cas d'eczéma dans la clinique psychosomatique

*« Nous pensons avec tout notre corps, et toutes nos expériences
et vécus sont profondément intriqués psychiquement et corporellement »*

(Stora, 2021, p. 148).

Nous allons étudier dans ce texte un cas clinique en nous référant au modèle global dynamique inter-systèmes où les processus psychiques sont interreliés avec les processus neurophysiologiques, ce qui nous donnera une vision plus claire des processus de somatisations de l'unité psychosomatique (Stora, 2013). Ce cas clinique concerne une jeune femme que j'appellerai Aïcha, qui souffre de l'apparition d'eczéma et occasionnellement de très fortes démangeaisons. Aïcha vient consulter pour des raisons de détresse psychique, des moments d'anxiété qu'elle appelle des attaques de panique et qui sont survenues à la suite de la mort de son père. « Pour ma mère, la mort du père n'a rien fait » - précise-t-elle. Elle décrit son père comme un homme quelque peu toxique mais qui prenait quand même soin d'elle, à la différence de sa mère qu'elle a pu véritablement rencontrer seulement une fois partie de la maison pour ses études. Aïcha est une jeune femme issue d'une famille plutôt aisée, celle-ci a pu lui offrir notamment des études d'un bon niveau à l'étranger mais elle l'a toujours mise un peu à l'écart. Elle en veut pour preuve que personne dans sa famille n'a incité ses frères à partir faire des études à l'étranger. Le négativisme (qui se laisse facilement deviner par les mimiques sur son visage, par ses paroles et par de petites réactions presque imperceptibles) et la non-conflictualité décrivent bien cette femme. Les premières années de sa vie ont été marquées par plusieurs traumatismes, notamment la fausse couche de sa mère, plongeant cette dernière dans un état de profonde détresse « car c'était probablement une fille ». « Tout est à cause de moi ! » - se disait Aïcha petite. D'après ses souvenirs, déjà à l'âge de quatre ans, ses parents la laissaient seule à la maison pour aller travailler. Plus tard, elle allait seule à l'école, « mais j'ai eu beaucoup de chance dans ma vie par rapport aux autres qui eux ont souffert pour de vrai ». « Quand je suis née, quelque chose s'est effondré, c'était la crise financière ». Aïcha est persuadée que sa naissance a détruit le bonheur de sa famille. Petite, Aïcha a été oubliée à plusieurs reprises à l'école maternelle. Si aujourd'hui, avec le recul, je devais dire ce qui m'a marqué le plus chez

⁴ Psychologue clinicienne, Thérapeute psychosomaticienne

cette jeune femme, ce serait la phrase qu'elle répétait sans cesse « Mais je ne comprenais pas ce que c'était l'école, personne ne m'a jamais rien expliqué » ou encore « Le stress permanent, personne ne m'a jamais rien expliqué. Je ne comprenais pas les jeux de société, je ne comprenais pas la danse, les parents ne m'ont jamais rien dit ». Elle pouvait répéter ce type de phrases très souvent. Aujourd'hui, Aïcha rencontre des difficultés quand elle se retrouve seule, le week-end par exemple.

Nous devons tout d'abord nous questionner sur la relation d'objet de nos patients. Que répètent-ils de cette première relation et est-ce que l'objet est présent dans la psyché de nos patients ? « L'objet étant, dans la théorie et la clinique psychanalytique, la Mère des premiers temps de la vie ; nous répétons tous à notre insu dans la relation à autrui ce comportement de relation archaïque. Lorsque la patiente me regarde, qui voit-elle ? Je pense bien entendu aux échanges premiers de regards mère-enfant. Dans le regard actuel, je tente de percevoir le regard premier, le reflet maternel, le miroir » (Stora, 2013, p. 44). Il est important de souligner le négativisme, la prudence et les précautions de cette patiente qui cachent une grande fragilité ; pour cette raison, les entretiens demandent une « forte présence » du thérapeute qui ne doit pas être détruit par des mouvements archaïques ou par des attaques tout en restant dans une écoute bienveillante et dans une posture solide. Autrement dit, nous adaptons le rôle maternel dans la thérapie et dans les consultations avec nos patients, la fonction Alpha (Stora). Pour Aïcha, le décès de son père était un événement très traumatique avec une grande intensité émotionnelle, un quantum d'excitation trop important où elle n'était plus en mesure de « tenir le coup ». Était-elle très attachée à son père ? Le père jouait-il le rôle de l'objet maternel suffisamment bon dans les temps les plus précoces, ce qui aurait pu permettre l'introjection de l'objet ? Ou bien est-ce qu'il représentait un appui qui permettait à Aïcha de tenir plus ou moins ? Je fais l'hypothèse que l'objet n'a pas été introjecté, ce qui n'a pas permis à Aïcha de grandir psychiquement (la mère étant absente, le père a en partie assuré le rôle maternel mais je fais l'hypothèse qu'Aïcha a connu des carences affectives dans les premiers temps de sa vie à la suite d'une éventuelle dépression de sa mère et de son incapacité à prendre véritablement soin d'Aïcha (Aïcha parlait de la fausse couche de sa mère, du fait que sa mère n'était jamais douce avec elle et qu'elle l'a connue seulement après l'âge de 18 ans), la non capacité du père à assurer totalement le rôle maternel (nous savons aussi qu'il est décrit comme une personne toxique qui opprimait les autres membres de la famille, en particulier son épouse) ; finalement c'est comme si Aïcha avait été abandonnée, délaissée par le monde entier. Les travaux de Spitz nous renseignent sur l'internalisation de l'objet pendant les neuf premiers mois de la vie du bébé, ce qui est

fondamental pour le développement du système psychique et donc de la capacité de penser qui naît grâce à la fonction « Alpha » (Stora) : nous nous référons à l'organisation cénesthésique qui est profondément liée au sensorium (et où se trouve le nouveau-né) et l'organisation diacritique où les sensations sont investies (Spitz, Stora). Il semble qu'Aïcha ait besoin d'un Autre pour pouvoir s'y appuyer, nous voyons cela aussi dans sa manière de mettre fin à nos séances : une fois qu'elle a rencontré quelqu'un, elle a arrêté les séances. Soulignons que les traumatismes qui impliquent des grands changements dans la vie de l'être humain « peuvent activer l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et produire des corticostéroïdes qui court-circuiteront le système immunitaire de surveillance » (Stora, 2013, p. 202). C'est pour cela que le sujet peut tomber malade (et parfois gravement malade) à la suite de la perte d'un proche ou bien être totalement déstabilisé dès lors qu'il a perdu son objet d'appui. « Si le travail psychique ne peut s'effectuer dans un délai raisonnable, le quantum d'excitations ne peut être traité au niveau de l'appareil psychique, il est alors transmis au niveau de sous-systèmes neuronaux qui vont activer les différents circuits biologiques de défense de l'organisme en interprétant ces excitations comme une menace déclenchant alors des processus neuro-hormonaux d'adaptation » (Stora, 2013, p. 202). Il est intéressant de noter que le père d'Aïcha a également eu des apparitions d'eczéma ; nous pouvons faire l'hypothèse que les eczémas d'Aïcha sont une tentative de réactiver la présence du père pour être ainsi proche de son objet, au moins grâce aux épisodes d'apparition de l'eczéma et de démangeaisons, presque comme s'il s'agissait d'un signe d'amour. C'est comme si elle n'avait pas connu d'autres signes d'amour et de tendresse, de soins maternels adéquats qui auraient pu permettre l'introjection de l'objet maternel et ainsi permettre à son appareil psychique de se développer pour accéder plus tard à une autonomie du Moi et à l'intrication des pulsions de vie et des pulsions de destruction. Nous sommes face à des problématiques prégénitales où il s'agit de la relation d'attachement à la place du transfert entre le patient et le thérapeute (Stora, 2021). Si l'accouchement et la naissance physique d'un être humain ont une date et une heure bien précises, il n'en est pas de même pour la naissance psychique puisqu'il s'agit là d'un processus qui se déroule lentement et l'être humain ne naît pas avec son appareil psychique déjà en œuvre. La naissance psychique et l'individuation prennent du temps, beaucoup de temps quand nous sommes plongés dedans et que les choses nous paraissent interminables, mais aussi beaucoup moins de temps si nous envisageons cette période à échelle de la vie d'un être humain. Nous savons que dans les premiers mois de la vie, le nourrisson exprime ses émotions et ses comportements tout d'abord par le corps. « Les découvertes neuronales et somatiques des circuits des émotions et de leurs associations à des états corporels nous conduit à proposer *l'existence de noyaux archaïques somatopsychiques*

mémorisant l'ensemble des situations précocement vécues de la naissance jusqu'à la période verbale. Ces fixations relient un état somatique, une manifestation émotionnelle et un comportement associé, le tout est encodé neuralelement et intégré dans l'organisation cénesthésique, puis dans l'organisation diacritique » (Stora, 2021, p. 158). Quand le bébé change de maison, il passe de la vie intra-utérine, où on l'appelle le fœtus, à la vie aérienne où ses poumons doivent s'ouvrir en lançant la fonction respiratoire et où les seins maternels sont la prolongation de l'utérus pendant les premiers temps de la vie. Nous pensons à tous les changements qui sont survenus dans le monde obstétrique, dans l'accueil des bébés, en partie grâce aux apports de Frédérick Leboyer qui a fait la lumière sur les ressentis du bébé et sur la douleur qu'il peut vivre pendant l'accouchement (rappelons-nous qu'à l'époque, à la naissance, on suspendait le bébé avec la tête en bas en le tenant par les pieds car on considérait qu'il était habitué à cela dans le ventre de sa mère, une pratique que l'on perçoit désormais comme violente). Le passage d'un monde à l'autre peut être très violent pour le bébé : la naissance en elle-même est un processus très douloureux pour les deux protagonistes mais à cela s'ajoutent les cas de complications et des cas où l'accouchement devient très médicalisé (l'excès d'utilisation de l'anesthésie péridurale, les césariennes « par confort » etc.), et tout cela nous renvoie au traumatisme *réel* de la naissance. Prenons par exemple le cas de la Turquie : en 2022, plus de la moitié des accouchements est réalisée par césarienne (57%) ; et il ne faut pas croire ici que ce phénomène concerne uniquement la Turquie. L'idée que l'extension de la pratique des césariennes pourrait à l'avenir avoir un impact sur l'évolution du tour de tête et de la taille du cerveau humain est tout à fait intéressante, car d'un point de vue mécanique la tête de l'enfant doit être comprimée afin de pouvoir passer le chemin en spirale à travers le bassin maternel, ce qui n'est pas le cas lors de la césarienne (Odent). Il est important de comprendre ce processus de la naissance en ayant en tête l'impact de l'équilibre hormonal à l'œuvre : l'ocytocine est toujours accompagnée d'autres hormones, c'est bien pour cela que l'amour est tellement complexe. Les récepteurs de l'ocytocine et de la prolactine sont activés par l'estrogène ; nous savons aujourd'hui que le bébé produit ses propres endorphines et tout le cocktail hormonal extrêmement puissant qui est libéré chez la mère et le bébé pendant la première et la deuxième phases de l'accouchement ainsi qu'au cours de la première heure suivant la naissance, reste pendant un moment dans le débit sanguin. La mère et le bébé demeurent pendant un certain temps sous l'effet des opiacés (Odent) or nous savons que les opiacés provoquent la dépendance, mais nous comprenons que la nature nous a offert cette richesse hormonale pour nous amener à ce que l'on appelle l'attachement. Nous pensons bien entendu à tous les travaux de Bowlby et Spitz consacrés à l'attachement et aux conséquences dramatiques de la séparation

précoce prolongée entre la mère et le bébé. Mahler qui a étudié le développement et le comportement des enfants à partir de l'observation directe de la relation mère-enfant, distingue deux phases importantes : la phase symbiotique (qui englobe la phase autistique normale et la phase symbiotique normale) et la phase de séparation-individuation qui est ainsi dire la deuxième naissance, décrite comme l'*éclosion* de la membrane symbiotique mère-enfant. Si pour le nourrisson le besoin de sa mère est absolu, pour la mère le besoin de son nourrisson semble relatif, mais en réalité la symbiose est tout aussi indispensable pour la mère. Elle permet non seulement de s'identifier à son bébé afin de pouvoir répondre à ses besoins, mais nous savons également que l'odeur du bébé, ses pleurs, sa respiration, la chaleur de son corps augmentent la production de l'ocytocine chez la mère, augmentant à son tour la production du lait maternel et participant ainsi à l'instauration d'un attachement tendre par la suite. L'impréparation biologique de l'enfant à maintenir sa vie de manière autonome détermine la phase prolongée de symbiose et d'individuation par la suite. Dans les temps précoces de la vie, c'est toute une articulation entre être rempli et être vidé, comme un sablier qui se compose de deux parties d'un seul et même élément. La mère qui ressent la montée du lait désire être sucée par son enfant, ce qui lui procure le soulagement d'avoir les seins vidés. Par le biais de l'identification projective, la mère ressent à la fois le plaisir de son enfant d'être rempli par le lait et le sien d'être vidée. Il en sera ainsi pour l'enfant. Les mères qui éprouvent le plaisir d'être dans la phase symbiotique avec leurs enfants ont souvent des enfants qui vont de par eux même chercher activement à se différencier de leur mère en jouant entre autres avec la distance physique (en faisant des allers-retours entre l'investigation, la découverte du monde et les bras maternels) à partir de 5-6 mois, au moment où la proximité immédiate de la mère permet une différenciation corporelle avec elle (Mahler). A mon sens, dans la phase symbiotique, il ne peut pas y avoir de transition *naturelle*, de l'installation des objets transitionnels choisis et investis par le nourrisson car cela contredit la nature même de la phase symbiotique. Il ne peut pas y avoir, pendant cette phase, de remplacement de l'objet maternel par un objet inanimé (nous ne prenons pas en compte les situations pathologiques où la présence de la mère est impossible). L'utilisation très répandue des doudous, et leur usage dans les pays occidentaux dès la naissance, est liée d'un côté à un effet de mode et de marketing, mais est aussi lié, d'un autre côté, à des séparations très précoces entre la mère et le nourrisson. Dans des très nombreux pays du monde, dans des cultures où le bébé a beaucoup de contacts physiques avec sa mère et lorsqu'il est allaité pendant une période suffisamment longue, la fréquence de l'utilisation des doudous est très faible voire quasi-inexistante. Cela a également été démontré par des recherches (Green et al., 2004). Les effets positifs sur le développement de l'enfant ont

tellement été étudiés au regard de l'absence de la mère, l'absence de l'objet maternel, de la coupure (comme par exemple le développement du langage), que nous nous sommes éloignés de l'importance vitale de la présence continue de l'objet maternel dans la vie du bébé et de l'impact que celui-ci a lorsque la présence est interrompue assez rapidement. Et si, comme nous l'a bien appris Winnicott, être seul nous renverra toujours et ce de manière paradoxale à une présence, ceci n'est pas toujours le cas pour nos patients somatiques pour qui l'objet maternel n'a pas été internalisé (pensons à Aïcha par exemple qui peut rester au lit du vendredi soir au lundi matin et puis reprendre un rythme de travail le lundi matin). *L'enfant sera prêt à faire face à l'absence de la mère parce que la présence de celle-ci aura été suffisamment solide et non pas parce qu'il aura été habitué à son absence et à la frustration dès les temps les plus précoces de sa vie.* Dans le même temps, le développement émotionnel de la femme dans son rôle de mère, son désir de laisser son enfant s'éloigner et de le pousser vers cela dans la douceur comme le ferait une mère-oiseau, est une condition indispensable pour une individuation saine. Soulignons que la constance de l'objet n'a pas lieu avant la troisième année de la vie de l'enfant, où la mère peut être remplacée pendant son absence physique par une image interne sécurisante qui restera stable. Ainsi, la disponibilité émotionnelle continue de la mère est la base de l'acquisition de l'autonomie de l'enfant (Mahler).

Je souhaiterais m'arrêter quelque peu sur la notion de négativisme que l'on rencontre chez Aïcha et chez certains patients qui viennent à la recherche d'une aide mais qui pour autant restent très méfiants à l'égard de cette aide, en prenant notamment le soin d'affirmer avoir eu une enfance très heureuse et de la chance dans la vie. Cette carapace de grande protection cache souvent des blessures très profondes et se présente comme une défense spécifique des sujets mélancoliques en les renvoyant toujours vers des temps précoces de leurs vie. Marty (1966), disait « la dépression psychosomatique, qu'à plusieurs reprises échappent les dépressions sans objet, serait en définitif mieux nommée dépression essentielle, puisqu'elle constitue l'essence même de la dépression, à savoir l'abaissement de niveau du tonus sans contrepartie économique positive quelconque ». Dans le cas exposé plus haut, nous voyons les tendances à se mettre en retrait sans pouvoir véritablement s'y opposer. Nous faisons l'hypothèse que l'appareil psychique n'a pas pu se développer en raison du manque de soins maternels : Aïcha montre clairement que les choses n'ont pas été nommées pour elle. « Toute défaillance psychique peut se traduire *in fine* par de la dépression essentielle, mais aussi toute défaillance neuronale est accompagnée d'une pauvreté mentale (ralentissement de la production d'images) » (Stora, 1999, p. 78). Ainsi, le discours est souvent accompagné par du vide, par un ralentissement langagier,

par un fonctionnement opératoire, l'absence de rêves. Il est intéressant que Spitz décrive les enfants qui sont séparés de leur mère et qui ne peuvent pas trouver la cible pour décharger leurs pulsions, comme *pleurnichards et très exigeants*, qui essaient de s'accrocher à toutes les personnes qui s'approchent. « *On dirait que ces petits essaient de regagner l'objet perdu avec l'aide de la pulsion agressive* » (Spitz, 1968, p. 220). Elle est là la clé pour comprendre le négativisme de certains de nos patients et cela nous renvoie à des temps très précoces de leur vie. La pulsion agressive et la pulsion libidinale se manifestent simultanément et nous notons alors qu'il n'y a pas de différence dans la décharge des pulsions agressives et libidinales. En cas d'absence d'objet libidinal, « les deux pulsions sont privées de leur but » (Spitz, 1968, p. 220). Ainsi, il n'y a pas d'intrication des pulsions agressives et libidinales et par conséquent l'appareil psychique ne peut pas se développer (Stora). En reprenant les idées de Spitz, Mahler parle de « l'organisateur symbiotique » grâce auquel l'appareil psychique pourra se développer par la suite. Afin que les structures psychiques puissent se développer, il faut d'abord prendre en compte les conditions biologiques et neurologiques, à savoir le développement neuronal des cortex sensoriels et moteurs chez le bébé (Stora). Pour pouvoir réparer cela, il faut comprendre que le sujet n'a pas eu d'objet d'étayage de ses pulsions à cette période de sa vie, rendant compliqué la construction de son appareil psychique. Nous pouvons également nous référer à Balint (2019) qui décrit les patients qui font inlassablement part de leur déception, qui considèrent que le monde entier ne vaut rien, et cela tant qu'ils n'auront pas retrouvé ce dont ils ont été privés un jour. Il ne s'agit pas de la résistance et notre travail en tant que thérapeute visera à diminuer le sentiment de blessure et de manque de vitalité chez ces patients qui se manifestent souvent par de l'entêtement, de la maladresse, parfois de la stupidité, des critiques excessives, de l'irritabilité, de l'avidité ou encore de la dépendance excessive etc. Balint propose d'appeler ce quelque chose que les patients ont du mal à décrire mais qui les blesse tellement, « le défaut fondamental ». Ceci n'est pas un complexe, ni un conflit, ni le clivage, mais c'est un défaut de la structure basale de la personne, comme s'il s'agissait d'une lacune ou d'une cicatrice. Bien entendu, la plupart du temps, les patients ne sont pas en mesure de nommer précisément ce qui a pu provoquer une telle blessure, ce qui a pu les rendre dépendants ni même ce qui a pu les priver de leur vitalité. Le patient, c'est-à-dire « l'enfant dans le patient » qui se trouve dans l'âge qui correspond au défaut fondamental ne pourra pas traverser seul cet abîme, sans l'aide d'un thérapeute.

Nous sommes face à un vécu immémorable et inoubliable quand il s'agit des traumatismes très précoces, préhistoriques. Comme le psychisme se constitue grâce à sa relation

avec un objet libidinal, nous voyons très souvent que dans les temps précoces ces sujets n'ont pas eu l'opportunité d'être plongés dans la symbiose, dans une relation dyadique solide mère-enfant, pour des raisons diverses et variées (dépression de la mère, incapacité de la mère à entrer dans une relation symbiotique avec son enfant, séparation précoce, différentes pathologies du côté de l'objet maternel, événements extérieurs etc.). Notre travail consiste ici à réparer les failles maternelles, à entrer dans un dialogue archaïque à l'instar de celui qui prévaut entre une mère et son enfant, et être dans ce que Mahler appelle « l'empathie cénesthésique ». Nous constatons également un facteur masochique prononcé chez ces patients, il convient alors de rappeler que « la sidération de l'appareil psychique par le masochisme mortifère est l'un des modes de déclenchement des somatisations » (Stora, 1999, p. 75). Pensons à la phrase d'Aïcha : « Tout est à cause de moi », et à son sentiment qu'à cause de sa naissance la famille s'est effondrée. Que peut-il y avoir de pire pour un sujet que de considérer sa propre naissance comme la cause du malheur ? Nous sommes face au retournement de la pulsion agressive envers sa propre personne et donc de l'autodestruction, le masochisme. Il n'est pas étonnant que les poussées d'eczéma arrivent dans les moments de stress ou de rupture, à cela s'ajoute le fait que Aïcha est isolée et que l'énergie libidinale n'est pas investie dans les relations sociales.

Rappelons-nous que la sensibilité viscérale est liée à certaines zones sensorielles telle que la surface de la peau (fonction respiratoire, et les différentes fonctions de la peau comme organe) (Stora, 2021, p. 152). Les recherches de Spitz sur l'eczéma ont pu démontrer deux facteurs dans l'étiologie de l'eczéma : le premier facteur concerne le fait que les enfants qui développent de l'eczéma dans la première année de la vie ont généralement des mères dotées d'une personnalité infantile présentant de l'hostilité déguisée en anxiété ; elles n'aiment pas prendre les enfants dans les bras et évitent ainsi le contact cutané ; et le deuxième, c'est le facteur congénital de l'excitabilité réflexe cutanée chez l'enfant (une prédisposition congénitale pour les réponses cutanées accrues, c'est-à-dire une libidinisation de la surface de la peau). La libidinisation de la peau maternelle est liée à des perceptions tactiles, auditives et olfactives (Stora). « Nous pouvons nous demander si cette réaction cutanée représente un effort d'adaptation ou bien une défense...Elle pourrait aussi signifier un retrait narcissique dans le sens où, à travers son eczéma, l'enfant s'octroierait dans le domaine somatique les stimuli que sa mère lui refuse » (Spitz, 1968, p. 184). Or, les représentations potentielles à partir desquelles vont se constituer ensuite des représentations mentales olfactives, auditives et visuelles se constituent dans le contact tactile mère-enfant, ce qui va former le premier noyau du système psychique (Stora, 2021, p. 71). En psychosomatique intégrative, nous savons que le Soi psychique (qui se constitue en liaison avec le Soi immunitaire et le Soi neuronal) précède la

structuration du Moi, où le Soi est le premier noyau du Moi qui permet de développer l'identité première (Stora, 2013). Mais tout cela nous renvoie à des temps très précoces, à des temps archaïques. Grâce aux observations d'échographies, nous savons aujourd'hui que les mouvements généraux sont cruciaux pour le bon développement du fœtus : ses organes, son squelette, sa peau, absolument tout. Au début, la peau du fœtus qui est hautement perméable et extrêmement fragile, présente des risques de « collage » à la surface utérine. Un tel « collage » peut provoquer des déchirures et des ulcérations cutanées, comme les escarres que l'on rencontre chez les patients alités ou chez les nourrissons immobilisés après la naissance. On sait que même les pansements trop collants ou mal retirés sur les grands prématurés peuvent laisser des cicatrices à vie. La couche externe de la peau (la couche de kératine) qui sert de barrière entre le dehors et le dedans et qui protège des infections et de la perte d'eau, commence à se former après 20 semaines de grossesse en augmentant le nombre de couches, mais la peau reste toujours fragile lorsqu'il s'agit des prématurés (Piontelli, 2022). Nous savons aussi que le manque de liquide amniotique prive le fœtus des mouvements et peut donc provoquer un tel collage et des malformations. Cette notion de « collage » est très intéressante : chez le fœtus cela peut représenter un risque (il est à la fois dedans, dans la mère, mais son collage peut être dramatique), chez le nouveau-né né à terme le soi-disant collage est nécessaire pour une symbiose saine, et ensuite un enfant qui grandit se décolle progressivement. Il est probable que les études à venir nous donneront de nouvelles hypothèses concernant le comportement du fœtus dans le liquide amniotique, le développement intra-utérin de la peau et des éventuels risques. Nous pouvons également penser aux situations où la mère développe pour la première fois de sa vie différentes maladies de la peau au cours de la grossesse. Il est aussi important de prendre en compte le stress que vivent les femmes dans leur rôle de mère dans les sociétés modernes (Stora, 2019). Avant l'accouchement, le stress module l'immunité maternelle et donc celle du fœtus. « Un stress maternel prolongé est à l'origine d'une sécrétion de catécholamines, qui orientent l'immunité dans le sens Th2, favorable à la survenue d'une dermatite atopique » (Misery, 2019, p. 65).

En thérapie avec les patients somatiques, la régression est notre alliée et non pas une résistance. C'est en descendant dans les endroits les plus sombres, les plus précoces et parfois les plus terrifiants que nous pourrions aider les patients à relancer les processus psychiques qui ont été parfois suspendus ou gelés à la suite d'événements traumatiques, ou aider l'appareil psychique à se construire grâce à la fonction Alpha (Stora). Et pour cela, évidemment, le thérapeute psychosomaticien doit tout d'abord être au clair avec son propre vécu

d'immémorable et d'inoubliable, avec les temps les plus précoces de sa vie. « Notre recherche se situe à un niveau de développement plus précoce (dans le sens avant l'angoisse du huitième mois), dans les premières semaines de la vie, dans la période préobjectale, la période de prédominance du processus primaire, de non-intrication pulsionnelle, d'investissement de l'énergie libidinale » (Stora, 2021, p. 152). Autrement dit, le thérapeute doit être en bons termes avec la régression et avec sa propre fonction maternelle. Rappelons-nous de la description de Balint des temps précoces : il est difficile de dire si l'air que nous respirons et qui se trouve à l'intérieur de nous, fait partie de nous ou pas ; nous respirons l'air et nous n'en avons rien à faire de ce que cela fait à l'air. Qui plus est, nous ne pouvons pas détruire l'air. Tout comme dans les tous premiers temps de la vie, la frustration avec nos patients somatiques peut les plonger encore plus dans la détresse et dans la dépression essentielle. Rappelons-nous qu'à l'âge de quatre mois, au pic de la symbiose selon Mahler, le bébé n'est absolument pas en mesure de supporter la frustration, il « meurt », régresse et revient à un mode de fonctionnement physiologique tel que l'on observe pendant la période autistique normale (de la naissance jusqu'à deux mois). Ainsi, « la fonction maternelle du psychothérapeute en psychosomatique est primordiale. Le thérapeute doit être le miroir des pensées de son patient, et du ressenti de ses pensées afin qu'il puisse se reconstruire » (Stora, 2013, p. 73).

Bibliographie

- Balint, M. (2019). *Le défaut fondamental : Aspects thérapeutiques de la régression*.
- Bion, W. (2015). *Attaques contre la liaison*.
- Green, K. E., Groves, M. M., & Tegano, D. W. (2004, juillet). *Parenting practices that limit transitional object use : An illustration*. 427-436.
- Lambotte, M.-C. (2012). *Le discours mélancolique*. ERES.
- Lamour, M., & Barraco, M. (2021). *Souffrances autour du berceau*. ERES.
- Leboyer, F. (2008). *Pour une naissance sans violence*. Points.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (2010). *La naissance psychologique de l'être humain*. Petite bibliothèque Payot.
- Misery, L. (2019). *Peau et psychisme : Des liens intimes depuis toujours*. I(N° 89), 60-66.
- Missonnier, S., & Golse, B. (2021). *Le fœtus/bébé au regard de la psychanalyse. Vers une métapsychologie périnatale*. PUF.
- Odent, M. (1994). *Birth reborn. What childbirth should be*. Souvenir Press Ltd
- Odent, M. (2005). *Césariennes : Questions, effets, enjeux : alerte face à la banalisation*. Le souffle d'or

- Piontelli, A. (2022). *Citizen Fetus. The Changing Image of Motherhood*. Palgrave Macmillan.
- Soulé, M. (2006). *La vie de l'enfant. Ce que vous avez toujours voulu savoir...sans jamais oser le demander*. ERES.
- Spitz, R. A. (1968). *De la naissance à la parole. La première année de vie*. PUF.
- Stora, J. B. (1999). *Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques* (Editions Odile Jacob).
- Stora, J. B. (2013). *La nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques* (MJW Fédition).
- Stora, J. B. (2019). *Le stress*. Que sais-je ?
- Stora, J. B. (2021). *L'être humain est une unité psychosomatique. Toutes les maladies sont psychosomatiques*. Librinova.
- Winnicott D.W. (2015). *La capacité d'être seul*. Petite bibliothèque Payot

Dr. Keita GAOUSSOU ⁵.

Ulcère gastro-duodéal et d'hypertension essentielle : cas clinique de Waraba.

L'ulcère gastro-duodéal et la crise hypertensive sont considérés comme des « maladies à crise » par la psychosomatique. Pays en voie de développement, le Mali est multiethnique et multiculturel. L'influence culturelle, avec une nette division entre maladie somatique et psychique, isole psychologue et psychiatre. La psychosomatique intégrative offre un matériel de prise en charge globale. L'énoncé du paradigme « L'être humain est une unité psychosomatique, toutes les maladies sont psychosomatiques » ouvre la voie à la prise en charge globale des patients. Nous avons investigué et soigné une patiente de 47 ans souffrant d'ulcère gastro-duodéal et d'hypertension essentielle à l'aide de l'approche de la psychosomatique intégrative.

Waraba est une mère au foyer, élevée dans la tradition bambara, de confession musulmane. Depuis 25 ans, elle souffre de crise ulcéreuse et est hypertensive. Waraba a souffert de carences maternelles. Waraba n'a pas internalisé l'objet maternel ce qui a perturbé son développement psychosomatique. Elle manifestait le débordement émotionnel par la somatisation. Le risque psychosomatique de Waraba était moyen. Elle est classée dans la nosographie psychosomatique intégrative sur l'axe auto-conservative, non internalisation de l'objet, non intrication pulsionnelle.

⁵ Médecin psychiatre, thérapeute de psychosomatique intégrative

J'ai rencontré Waraba à domicile sur ma terrasse, cela est habituel en raison de mon parcours médical, médecin de campagne. Elle se présente alors à moi avec une grande inquiétude : « Je ne me sens pas bien du tout, on m'a traité de paludisme, de fièvre typhoïde, de maux gastrique, d'hypertension ; toujours le même discours et les mêmes traitements. Ma maladie ne fait que s'aggraver, pas plus d'une semaine de moment de répit ». En effet, Waraba avait épuisé la patience des médecins qui manifestaient naturellement une attitude hostile envers elle.

Je me suis proposé de faire chez Waraba une approche d'évaluation du risque psychosomatique développée par le professeur Jean Benjamin Stora.

Anamnèse de Waraba :

Comment était Waraba avant l'investigation psychosomatique ? Une jeune femme anxieuse, irritable, très réservée, d'élaboration difficile et soumise à un stress permanent. Nous nous sommes vus en séance hebdomadaire pendant 2 mois puis quasiment une fois par mois depuis quelque mois. Je n'ai pu dresser l'histoire de Waraba qu'après 5 mois de séances à cause de ses difficultés de remémoration confondant les événements passés et présents.

Waraba est née dans une famille polygame, d'un père militaire et d'une mère première épouse, femme au foyer. Allaitée au sein maternel jusqu'à 18 mois, elle aurait eu un développement psychomoteur normal. Elle est la dernière-née d'une fratrie utérine de 3 filles, toutes confiées à bas âge pour « une meilleure éducation ». Le père estimait que la mère de Waraba ne pouvait pas s'occuper correctement de ses enfants (cela serait probablement dû à un état dépressif, car elle présentait une inhibition psychomotrice « hakili-la-ko-minenw balili ») et pour des raisons de service – le couple parental était en perpétuel mutation à l'intérieur du pays. Cet état de fait oblige le père à confier les deux premières sœurs. Waraba grandit auprès d'un père conservateur attaché aux valeurs traditionnelles et militaires très strictes et une mère anxieuse qui la couvait, de peur de ne pas la perdre. Waraba se considérait comme « une petite rebelle dans l'enfance », têtue et turbulente. Elle avait des malaises globaux non spécifiques.

Waraba a été confiée à son tour à l'âge de sept ans à l'aîné de ses sœurs mariées dans une autre région éloignée. Cette nouvelle la combla de joie, elle pensait être libre de ses mouvements. Elle attendait beaucoup de ce départ en campagne, mais les seules choses dont elle se rappelle restent les travaux domestiques et champêtres.

Waraba qui rêvait d'étudier et de devenir policière ou soignante n'a pas été scolarisée. Waraba se rappelle très peu de choses de son séjour en campagne entre sept et quinze ans, elle en parle avec un détachement déconcertant. Elle me confie que sa grande sœur était sévère mais que cela était justifié parce qu'elle était trop turbulente ; elle refuse de parler de son beau-frère « il n'en vaut pas la peine ». Ce refus demeura tout au long de nos séances. Waraba de caractère « sanguin », est très active dans les tâches ménagères et remplace très tôt sa sœur dans son rôle de mère de famille. Elle s'occupe des enfants de sa sœur, fait le commerce de bois qu'elle coupe elle-même. Elle investit son argent dans l'achat de nourriture et de petits cadeaux pour le foyer de sa sœur. Elle a très peu de contacts en dehors du cercle familial « Ma sœur m'empêchait de voir mes amis, par crainte qu'ils ne m'influencent », son seul loisir étant les jeux ludiques avec ses nièces et neveux. Waraba retourne auprès des parents à l'âge de quinze ans à la demande de sa mère malade pour l'aider dans les tâches quotidiennes. Après deux ans passés auprès des parents, Waraba fut demandée par une autre sœur pour l'aider dans son commerce dans une autre ville. Elle fait la connaissance de son futur mari et tombe rapidement enceinte. Elle donnera naissance à un garçon sans aucun suivi prénatal. Une grossesse hors mariage vécue comme une honte par Waraba et sa famille. Elle demeura dans la crainte d'être renvoyée de la famille et reniée par son père. Ce qui ne tarda pas à advenir, « mon père envoya mon grand-frère m'informer dans la suite de couche de ne plus revenir à la maison et de me trouver un autre père ». Elle était devenue la risée de toute la société et « était montrée du doigt », fille indigne et adultère. Elle vécut cet événement dans l'isolement. La présence d'« *enfants naturels* » dans les familles est perçue comme une grande honte, d'autant plus que la honte est un régulateur social majeur lié au regard des proches. Il est habituel de dire « Mieux vaut la mort que la honte : saya ka fisa ni maloya yé ». Waraba fût « dotée » à l'âge de dix-sept ans par le père de son enfant pour sauver son honneur et celui de sa famille. Avec l'intervention sociale, elle réintégra le domicile paternel. La dot a suffi au père de Waraba de l'envoyer vivre dans la famille de son mari jusqu'à son mariage religieux à l'âge de 19 ans. Elle va devoir attendre avec beaucoup de peine quatre ans pour bénéficier du mariage traditionnel et civil sous le même toit que sa belle-mère, deux belles-sœurs et un beau-frère. Waraba est acceptée avec beaucoup de difficultés par sa belle-famille, cela non sans lien avec son enfant né hors-mariage. Elle trouve toujours des excuses pour justifier le comportement agressif de son environnement proche ; « Tout est de ma faute, qu'est-ce que je peux faire sans le soutien de mon mari ? ». Elle rêve très peu mais c'est toujours le même rêve : « Je me retrouve au milieu d'une vaste étendue d'eau ne sachant que faire ni où aller et brusquement je me réveille ». Waraba vie sa sexualité comme une obligation due à son mari, compte tenu des exigences culturelles et religieuses de la

conjugalité. Le problème somatique de Waraba aurait débuté avec la naissance de sa première fille quand elle avait vingt et un an, dans un contexte d'exacerbation des conflits avec son mari et sa belle-famille. Trois mois après la naissance de sa fille, elle ressentait une brûlure en barre transversale sous ses seins, de la palpitation, des nausées et des vomissements. Waraba donne naissance à sa deuxième fille après le mariage civil et l'émigration de son mari vers l'Europe lorsqu'elle avait vingt-deux ans. Apparaît alors, comme lors de la naissance de la première fille, la même symptomatologie. Il persista un reflux gastro-œsophagien et une palpitation. Elle gérera toute seule cette période et ne verra son mari que 2 ans après. Désormais Waraba ne verra son mari que tous les 16 à 24 mois. A la même période Waraba va devoir assister sa mère souffrante d'ulcère gastrique et d'hypertension artérielle deux mois après le décès de son père qu'elle idéalisait beaucoup. Elle va devoir s'organiser pour accomplir ses tâches ménagères au foyer et s'occuper de sa mère malade en parcourant 3 km à pied. Elle souffrira beaucoup de cette période et n'osera pas demander de l'aide à ses sœurs aînées « Je suis la cadette et c'est mon devoir ». Elle ne pleurera jamais le décès de son père comme l'enseignent certains prêcheurs.

Waraba épaula son mari dans la gestion de la famille : ménagère, commerçante ambulante, aide commerçante dans une boutique de luxe, cheffe de tontine de son quartier, bénévole à la mosquée. Elle ne s'accorde que quatre heures de sommeil par jour. Elle se trouve tout le temps au centre des disputes « Je ne cherche pas la bagarre, c'est la bagarre qui me cherche, donc je me défoule ». Waraba donne naissance à son deuxième garçon, quatrième enfant à l'âge de trente ans dans un climat d'apparent « bien-être » restant seule avec sa belle-mère et ses enfants. A part la symptomatologie résiduelle, elle ne présentera pas d'autre symptôme. Elle s'étonnera que les symptômes ne soient apparus qu'avec la naissance de ses filles. On remarquera que les symptômes ne sont apparus qu'à la naissance des filles. A-t-elle intégré son corps de femme ? Waraba apprend de la diaspora à l'étranger que son mari s'est marié avec une compatriote. Cette nouvelle a été perçue par elle « comme si son cœur sortait de sa poitrine ». Elle sera informée par son mari deux mois plus tard ; elle rentre dans un état de colère et de sentiment de trahison. La semaine qui a suivi, elle perdra connaissance et sera admise en urgence pour crise hypertensive. A la faveur d'une fibroscopie, on décèle un ulcère gastroduodénal. Malgré le repos prescrit par les médecins, Waraba est incapable de se reposer, elle arrête les activités sociales mais reste très active à la maison. Elle ne regarde plus les séries Novelas qu'elle aimait tant, ne sort pratiquement plus de sa maison de peur du dire des gens ; « elle qui apprenait aux autres femmes comment empêcher son mari d'épouser une autre

femme ». Le sentiment de honte est devenu le quotidien de Waraba, une honte qu'elle n'arrive pas à expliquer. Elle ne supportait plus les bruits, se sentait vieillir et se retira de toutes activités ludiques. Waraba se sentait fatiguée mais n'arrivait pas à déléguer les tâches dont elle avait la responsabilité. Elle pensera que ses symptômes sont un héritage maternel. Waraba n'interagit que très peu avec son environnement, pense être dévisagée et « pointée du doigt » par les personnes qu'elle rencontre. Elle se dit résignée et pense qu'elle ne peut plus rien faire, « arrive ce qui doit arriver ». Elle coupe toute communication avec son mari, « je le laisse avec sa conscience ». Pour elle sa vie n'a de sens que pour s'occuper de ses enfants.

Tableau synthétique des événements de vie de Waraba

Commentaires	Evènements de vie	Dates ou âges	Troubles somatiques
Crainte de la mère de ne pas perdre son enfant. Très peu de relation avec les enfants de son âge avec opposition. Relation ambivalente avec la mère. Père absent et sévère	Surprotection de la mère.	0 à 7ans	Rhinopharyngite aigue (460) 473
Non scolarisée, remplace sa sœur dans son foyer (parentification). Amnésie de la période	Confiage	7 à 15 ans	
Exclue de la famille paternelle. Désespoir, sentiment d'incompréhension, d'impuissance, de honte et d'abandon.	Naissance du premier enfant (garçon)	17 ans	Palpitations 785.1
Intègre la famille de son mari Difficulté relationnelle avec belle-mère et belle-sœur, manque de soutien du mari (stress permanent). Assiste sa mère malade et hospitalisée pendant 2 mois pour ulcère gastroduodéal et hypertension artérielle persistante. Apparition des symptômes 3 mois	Naissance de la première fille	20 ans	Douleur en barre horizontale sous les seins, syndrome ulcéreux Palpitations 785.1

après l'accouchement. Rémission des symptômes 9 mois après l'accouchement.			
Emigration du mari en Europe. Persistance des conflits avec la belle famille (stress permanent). Réapparition et aggravation des symptômes. Fibroscopie normale. Mère vivant seule l'obligeant de se déplacer plusieurs fois par jours pour assistance.	Absence du mari Naissance de la deuxième fille	22 ans	Douleur en barre horizontale sous les seins, syndrome ulcéreux Palpitations 785.1
Moins de stress dans la famille : départ de la belle-sœur. Amélioration de la santé de la mère Amélioration des conditions financières et obtention d'un titre de séjour par le mari (présent 2 mois par an)	Naissance du deuxième garçon	30 ans	
Stress permanent. Sentiment de honte, d'impuissance, de trahison. Isolement et réduction des activités. Lente dégradation somatique Envahissement d'angoisse. Sentiment de vieillissement rapide Dépression essentielle.	Deuxième mariage du mari (coépouse)	40 ans	-Ulcère gastroduodénal K25 et K26 -Hypertension essentielle (crise hypertensive occasionnel) I10

Analyse du risque psychosomatique

Axe 1 : Processus et mécanisme psychique

Axe 1A : Waraba et sa relation d'objet

Dans le cours normal du développement, les pulsions libidinales et agressives sont déchargées dans le cadre de la relation mère-enfant. Peut-on parler de relation mère-enfant étant donné le vécu anxieux de la mère de Waraba. Les recherches récentes, notamment l'étude de

Field A. et al. (2003) rapporte que l'anxiété parentale peut être transmise par modelage et par transmission verbale d'indice de menace et d'évitement. Waraba aurait appris de sa mère des signaux d'alerte de danger acté par son impulsivité et ses demandes incessantes de réassurance. Elle présente des malaises globaux non spécifiés (cénesthopathie) qui pourrait être en rapport avec un mauvais encodage neurologique (Stora, 2019). Waraba n'a pas bénéficié du rôle de pare-excitation de sa mère. Son père toujours absent, s'avère tyrannique pendant le temps qu'il accorde à Waraba. Elle ne manifestera aucune agressivité envers les parents, laissant présupposer un idéal du moi parental et socioculturelle. Le narcissisme primaire a permis à Waraba de survivre en investissant la sensori-motricité. Elle manifestait tout débordement d'énergie par la somatisation et a très peu d'activité fantasmatique, seul l'actuel et le factuel existent. Comme l'enseigne le Pr Stora, nous pouvons noter chez Waraba « La présence d'un inconscient qui ne s'est guère enrichi secondairement, sans autre référence que celle d'une réalité immédiate et incontestable »⁶. Waraba ne manifeste aucune agressivité envers son mari comme l'exige sa culture et la religion nous amenant à poser l'hypothèse de la dimension masochique pathologique. Cette dimension masochique valorisée par la culture pourrait-elle être considérée comme pathologique chez Waraba ? Nous retiendrons qu'elle fait partie de la génération qui a bataillé pour l'émancipation réelle des femmes dans son milieu.

Waraba avait le désir ardent d'être à distance de sa mère, ce qui sera accompli par son confiage à l'âge de 5 ans. La sœur qui devrait jouer le rôle de substitut maternelle l'empêche d'être enfant par parentification. Son éducation familiale la conditionnerait à « obéir sans murmure ni objection », le « non » aux adultes étant considéré comme une faute très grave dans la société bambara et réprimé. L'apparition des symptômes somatiques à la naissance des filles nous laisse supposé que Waraba soit restée une adolescente dans un corps de femme (Stora, 1999). En prélude de tous ce qui précède nous pouvons faire l'hypothèse que le développement psychosexuel de Waraba a été arrêté pendant la phase archaïque du pré-objet avec la non-internalisation de l'objet et la non-intrication pulsionnelle.

Axe 1B : Etat psychique et événements de vie

Waraba a développé très tôt les maladies à crise (trouble respiratoire, ulcère, hypertension artérielle) (Stora, 1999). L'évocation du séjour au confiage évoque chez Waraba un comportement de fuite en avant avec évitement et une amnésie partielle. Elle ne se souvient pas de la période de vie entre 5 et 15 ans qui pourrait être liée au refoulement ou une sidération de l'appareil physique laissant préjuger un traumatisme grave. Waraba a une insuffisance de

⁶ Jean Benjamin Stora, IPSI note pédagogique complétée le 14 février 2021

fonctionnement du système psychique probablement lié aux multiples traumatismes qui ont pu causer un blocage de la maturation psychosexuelle. Elle réagit à tout événement stressant par une angoisse diffuse.

Axe 1C : Point de fixations-régressions

Waraba manifeste tout débordement d'énergie par la somatisation soutenant une fixation archaïque somatique à la première organisation somato-psychique.

Axe 1D : mécanismes de défense du « moi » de Waraba

Waraba est dans le contrôle tout au long de nos séances. Elle ne manifeste aucune agressivité. Donc pas de décharge émotionnelle. Elle aurait intégré la condition féminine, donc les hommes sont supérieurs à elle comme le prétend l'éducation bambara avec l'idéalisation des images parentales. On note aussi chez elle le refoulement et l'évitement.

Axe 1E : les traits de caractères de Waraba

Waraba reste avec son mari tout en s'interdisant toute relation mise à part les exigences conjugales dictées par la société et la religion. Elle préfère ne pas évoquer ses différends avec son mari tout en souffrant de ce silence laissant prévoir un trait de caractère sado-masochique.

3.2 Axe 2 : Axe 1f activités sublimatoires et ressources de Waraba

Elle désinvestit les activités sociales et fait recours à la religion qui lui permet de recréer une certaine homéostasie psychique et corporelle à travers la prière.

3.3. Axe 3 : Prévalence des comportements

Waraba est en insécurité permanente, les centres d'alerte neurologique sont toujours allumés ; elle est dominée par le comportement. Elle adopte en permanence une posture tonique témoignant la tension interne.

3.4. Axe 4 : La capacité d'expression des affects

Waraba n'exprime pas ses émotions, peut être en rapport avec son éducation culturelle « La femme est celle qui domine ses sentiments, elle donne tout comme la vache, qui transforme son sang pour nourrir son petit et les humains ». Elle retenait ses larmes car « Les larmes sont comme de l'eau chaude versée sur le défunt », nous faisant préjuger une répression des affects. Mais les difficultés de remémorations de Waraba, la confusion des périodes de sa vie et

l'évitement de toute élaboration sur la période de 5 à 15 ans **nous fait penser à un affect représentant un vécu traumatique irréprésentable et douloureux.**

3.5. Axe 5 : Le risque somatique

Waraba souffre de maladie à crise décrite par la psychosomatique intégrative ⁷(Stora, 2021). De la naissance jusqu'au départ de la famille paternelle, Waraba a souffert de trouble respiratoire (rhinopharyngite avec difficulté respiratoire) qui guérit spontanément avec la distance géographique à la mère. Soumise à un stress permanent, elle développa un ulcère gastroduodénal et une crise hypertensive. Waraba vit à travers ses plaintes somatiques qui consomment beaucoup de son énergie. L'éducation stricte qu'elle a reçue, le stress permanent ont eu des répercussions graves sur l'équilibre psychosomatique.

3.6. Axe 6 : Le risque lié à l'environnement familial et professionnel

Waraba a vécu dans une société dominée par les hommes et une famille perturbée par un père qui transforme son foyer en caserne. La mère qui se voit arracher ses deux premières filles est anxieuse. Elle vit avec ses enfants et la belle-famille en absence d'un mari qu'elle estime très peu et qui ne la soutient pas. Elle restera marquée par le sceau de la honte en donnant naissance à un enfant hors-mariage. Waraba vit dans un environnement familial et social de stress permanent accompagné de beaucoup d'excitations.

Diagnostic selon la nosographie psychosomatique intégrative :

Selon la nosographie psychosomatique intégrative, Waraba a **des troubles de l'axe auto-conservative : non internalisation de l'objet, non intrication pulsionnelle (Stora, 2018).**

Conclusion

Compte tenu du manque d'internalisation de l'objet, Waraba possède un narcissisme primaire gardien de sa vie, un masochisme pathologique qui contient son agressivité et une dimension surmoïque qui dicte ses conduites tout en freinant ses actes. Waraba est fixée à un stade préobjectal. Elle avance avec un Moi fragile et carencé, peu confiante et a un besoin constant de réassurance. Waraba a très peu d'activités sublimatoires laissant un terrain favorable aux inhibitions, son quantum d'excitations s'évacuant dans la sphère somatique. Elle aurait appris comme mode de fonctionnement les signaux d'alerte de danger cumulés à ses

⁷ Cours sur le processus de somatisation du Pr Jean Benjamin STORA

différents traumatismes, ce qui a pu altérer le développement de son système limbique et hypothalamo-endocrinien car elle semble hypersensible à tout stimulus intérieur et extérieur.

Bibliographie

Field A, Lawson J. *Fear information and the development of fears during childhood: Effects on implicit fear responses and behavioural avoidance*. Behaviour Research and Therapy. Nov 2003 ;41(11):1277-1293

Stora, J.B. (2019) *15 cas de thérapies psychosomatiques comment soigner les malades, non simplement leurs maladies* (Editions Hermann)

Stora, J. B. (1999). *Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques* (Editions Odile Jacob).

Levy. R. ; Danon-Boileau .H. *Considérations psychosomatiques sur l'hypertension artérielle*. L'Evolution Psychiatrique, 1953, fascicule III, pp. 397-409.

Stora, J. B. (2021). *L'être humain est une unité psychosomatique. Toutes les maladies sont psychosomatiques*. Librinova.

Stora, J.B. *Etude épidémiologique en psychosomatique intégrative*. Revue de la Société de Psychosomatique Intégrative – n° spécial 2018 – v0.4 8 avril 2018, consulté sur <https://www.spi-int.com/revues>

Stéphanie GHANEM ⁸

Du corps endeuillé au sujet maternel : une lecture psychosomatique intégrative d'un deuil traumatique après une mort subite du nourrisson

Présentation clinique selon le modèle psychosomatique intégratif de Jean-Benjamin Stora

I. Identité du patient

- Nom : Madame S.
- Âge : 37 ans
- Sexe : Féminin
- Origine : Libanaise
- Profession : Dentiste
- Statut marital : Mariée
- Situation familiale : Perte d'un enfant de quatre mois due à une mort subite du nourrisson

II. Motif de consultation

Madame S., dentiste de 37 ans, consulte suite au décès subit et traumatique de son nourrisson de quatre mois. Le contexte est marqué par une cohabitation difficile avec une mère dépressive, une tension familiale chronique, et une organisation psychique vulnérable préexistante. Elle présente des symptômes somatiques persistants : lombalgie, migraines, insomnie, un refus du traitement médicamenteux, une culpabilité intense, ainsi qu'une difficulté majeure à exprimer ses affects concernant la mort de son bébé. Lors des séances, elle évoque à peine la perte de son enfant, de manière brève et distante, alors qu'elle exprime avec plus d'intensité ses sentiments négatifs vis-à-vis de sa mère.

⁸ Psychologue clinicienne, psychothérapeute d'orientation psychanalytique, en cours de formation en psychosomatique intégrative. Fondatrice de l'ONG MISHA (Modern Institute for Self Habilitation and Autonomy), elle exerce en cabinet privé à Beyrouth, où elle accompagne des adultes, des couples et des familles. Elle anime également des groupes de parole et des ateliers sur le deuil, la maternité et la santé mentale.

III. Histoire biographique et événements de vie

A. Environnement familial et socioprofessionnel

Madame S. est l'aînée de trois enfants. Dès son plus jeune âge, elle a été placée en position parentifiée en raison de la relation conflictuelle entre ses parents. Son père, autoritaire, d'origine libanaise, et sa mère, d'origine russe, souffrant de dépression, projetaient leurs frustrations sur elle. Madame S. est devenue le réceptacle d'une souffrance intergénérationnelle non symbolisée. Sa sœur cadette a quitté la famille pour la France, rompant les liens, laissant Madame S. seule face à une mère envahissante et critique. Sur le plan professionnel, elle est devenue dentiste, métier imposé par son père sous menace de retrait du financement de ses études, malgré son absence de désir pour cette carrière.

B. Sexualité, image de soi et relations affectives

Madame S. rapporte n'avoir eu aucune relation amoureuse stable avant son mariage. Elle évoque uniquement des expériences sexuelles sans engagement, vécues comme des tentatives de réappropriation de son corps et de son image, dans un contexte de dévalorisation identitaire. Enfance marquée par une stigmatisation sociale : ayant grandi dans une région conservatrice du Sud-Liban, elle a été accusée d'être une « pute » par ses camarades de classe, en raison de son style vestimentaire et de son comportement, jugés atypiques. Cette expérience de rejet a profondément impacté son narcissisme et sa sécurité interne.

C. Grossesse et maternité

Elle rapporte que la période de grossesse a été extrêmement difficile sur le plan psychique. Elle déclare : « Être enceinte et avoir un bébé, ce n'est pas du tout romantique », exprimant ainsi un décalage entre l'imaginaire culturel et son vécu réel. Ce désenchantement traduit une perception corporelle envahie, un corps devenu lieu d'effraction, loin de toute idéalisation.

Cette souffrance semble faire écho à l'histoire de sa propre mère : lorsque celle-ci était enceinte de Madame S., elle avait fui le foyer conjugal après avoir découvert une première infidélité de son mari, repartant en Russie pour y chercher refuge. Cet épisode fondateur inscrit la grossesse de Madame S. dans une chaîne de ruptures, d'abandon et d'angoisses non symbolisées. Ainsi, son expérience de maternité actuelle est contaminée par une mémoire

corporelle et psychique de l'insécurité originelle, renforçant la difficulté à investir positivement le lien maternel.

Du point de vue psychodynamique, et selon les travaux de Pierre Marty, la mort subite du nourrisson (MSN) peut être envisagée comme l'expression somatique ultime d'une désorganisation psychique profonde au sein du lien mère-enfant. Dans cette perspective, l'infans peut devenir le réceptacle inconscient des conflits intrapsychiques non élaborés de la mère, notamment ceux liés à une ambivalence maternelle archaïque. Pierre Marty souligne que certaines mères, en proie à une alexithymie ou à une dépression essentielle, peuvent investir leur enfant non pas comme un sujet différencié, mais comme une extension narcissique d'elles-mêmes. Dans ce cadre, les fantasmes inconscients de destruction, issus d'une haine primaire, de ressentiment envers leur propre mère, ou d'un désir de réparation par l'enfant, peuvent s'exprimer par le biais d'un "laisser-mourir" psychique. Le bébé, alors, devient porteur de la charge destructrice de la mère, incapable de symboliser ou de contenir son propre vécu traumatique. La MSN peut dès lors être comprise comme un effondrement somatique où le corps du nourrisson devient l'ultime terrain d'expression de la souffrance psychique maternelle, dans une configuration marquée par l'effondrement des processus de mentalisation et l'échec du pare-excitation.

D. Histoire des maladies

La patiente rapporte des douleurs lombaires chroniques, des troubles du sommeil, des migraines fréquentes, ainsi qu'une fatigue persistante. Elle a également connu des épisodes d'anxiété aiguë. Après la mort de son enfant, elle a été hospitalisée pour un état de choc post-traumatique anxiodépressif. Un traitement antidépresseur lui a été prescrit, mais elle l'a refusé, en raison d'une peur intense des effets secondaires, renforcée par une histoire familiale dramatique : sa mère lui avait raconté que son frère (l'oncle de Madame S.) s'était suicidé à la suite d'une prescription médicamenteuse jugée surchargeante.

IV. État psychosomatique initial

A. Fonctionnement psychique

Le discours de Madame S. est marqué par une pensée opératoire, concrète, pauvre en symbolisation affective, caractéristique des patients psychosomatiques. Cette défense correspond à un clivage du vécu, souvent observé dans les états de sidération traumatique (Stora, 2013).

B. Fonctionnement somatique

Ses manifestations somatiques s'inscrivent dans un contexte psychosomatique où la souffrance psychique non élaborée trouve une voie d'expression corporelle. La douleur lombaire peut être comprise comme la métaphore d'un « poids » psychique à porter, une charge familiale trop lourde (Stora, 2011).

V. Modifications suite à d'éventuels traumatismes

A. Pathologie somatique

Les symptômes physiques se sont intensifiés depuis le décès de l'enfant, témoignant d'une somatisation du traumatisme.

B. Changements psychiques

Madame S. présente une humeur dépressive, une anxiété accrue, une culpabilité intense et une difficulté à exprimer ses émotions.

C. Modes de fonctionnement habituel

Elle adopte une attitude passive, se repliant sur elle-même et évitant les situations sociales. Elle éprouve des difficultés à se projeter dans l'avenir, notamment à envisager une nouvelle grossesse.

VI. Analyse des relations d'attachement

La relation fusionnelle avec sa mère, envahissante et dépressive, constitue un obstacle majeur à l'élaboration psychique. Cette fusion empêche la différenciation et la construction d'une fonction maternelle propre (Stora, 2019).

VII. Analyse des relations objectales

L'identification à la mère dépressive et intrusive entrave le processus de subjectivation de Madame S. Elle intériorise un devoir d'autopunition masochiste et un interdit de subjectivation maternelle autonome, renforçant la culpabilité liée à la perte et maintenant la souffrance psychique non transformée (Stora, 2019).

VIII. Vie représentationnelle et capacités imaginaires

A. Capacités associatives

Madame S. présente une pauvreté associative, avec une difficulté à établir des liens entre ses pensées, ses souvenirs et ses émotions. Son discours est souvent factuel, sans élaboration symbolique. Elle mentionne également qu'elle ne se rappelle jamais de ses rêves, ce qui témoigne d'une activité onirique soit absente, soit non accessible à la conscience, traduisant une perte de la capacité de rêverie spontanée. Cette absence de matérialisation de l'inconscient renforce l'idée d'un appareil psychique en état de gel post-traumatique, incapable de transformer la douleur en représentation.

B. Croyances et valeurs

Elle exprime une colère envers Dieu et une perte de foi, contrastant avec son mari qui se réfugie dans la prière. Cette divergence dans la gestion du deuil alimente une solitude affective et un sentiment de décalage dans le couple.

IX. Analyse selon le modèle intégratif de J.-B. Stora : de l'organisation cénesthésique à l'effondrement psychique

L'évaluation clinique de Madame S. repose sur le modèle psychosomatique intégratif de Jean-Benjamin Stora, qui postule que l'unité psychosomatique se constitue autour de six dimensions fondamentales. L'analyse de ces dimensions permet non seulement de comprendre l'effondrement psychique vécu après la mort subite de son nourrisson, mais aussi d'éclairer l'organisation archaïque du psychisme et ses défaillances symbolisantes.

1. Les processus et mécanismes psychiques

Selon Stora, le psychisme ne préexiste pas à la naissance, mais se constitue progressivement à partir d'un double encodage sensoriel : l'organisation cénesthésique (liée au corps interne, à la peau, aux viscères, au système neurovégétatif) et l'organisation diacritique (liée aux muscles striés et au système nerveux central).

Chez Madame S., le développement du pare-excitations psychique est gravement entravé. La mère, déprimée et projective, ne transforme pas les tensions internes du bébé en représentations partageables. L'absence de rêverie maternelle (Bion) empêche l'émergence d'une pensée symbolique ; les éprouvés corporels restent enkystés dans un vécu cénesthésique

non mentalisé. L'expression du conflit psychique passe alors par le corps, ce que Stora décrit comme un recours au « corps relais du psychisme ».

La relation d'objet est profondément marquée par une fusion non élaborée avec la mère. L'idéal du Moi est rigide et surinvesti, tandis que le masochisme inconscient se manifeste par une autopunition liée à une culpabilité archaïque. Les mécanismes de défense sont rudimentaires et rigides (clivage, retrait, évitement). L'absence de rêves, d'imaginaire et d'associations place Madame S. dans le registre des non-névrosés selon la classification de Stora.

L'intrication pulsionnelle est absente, entravée dès la vie intra-utérine par une ambiance maternelle marquée par le rejet et l'insécurité. Il en résulte une absence d'internalisation d'un objet maternel contenant, ce qui compromet la constitution d'un Moi stable. L'état psychique de Madame S. est aligné sur une pensée opératoire, pauvre en élaboration, et traversé par des vécus traumatiques bruts.

2. Les ressources du patient

L'analyse de la **dimension économique** met en évidence une carence majeure en ressources libidinales et symboliques. Madame S. ne dispose ni d'espaces de rêverie, ni d'activité d'écriture, ni de supports spirituels ou relationnels. Toute son énergie somatique est mobilisée par la souffrance, absorbée dans la tentative de réparer une unité psychique effondrée. Elle refuse tout traitement médicamenteux, ce qui illustre une forme de retrait masochique.

3. Prévalence des comportements

Le comportement de Madame S. est majoritairement passif : retrait, anhédonie, isolement, incapacité à se projeter. Le comportement est faiblement intégré, et traduit une désorganisation durable de l'unité psychosomatique.

4. Capacité d'expression des affects

L'alexithymie est dominante. Les affects, lorsqu'ils émergent, ne sont ni différenciés ni symbolisés : il s'agit d'angoisses brutes ou de tensions somatiques. Certains affects relèvent d'un vécu traumatique irréprésentable, notamment en lien avec la mort subite du nourrisson. Ce déficit de symbolisation renforce la prévalence cénesthésique dans l'expression des conflits internes.

5. Le risque somatique

Le **risque somatique est très élevé**, en raison de la présence de symptômes chroniques (migraines, douleurs pelviennes, troubles du sommeil) et du refus de soins. Le corps devient l'ultime espace de mise en scène de la souffrance psychique. Il est l'unique vecteur de conflit en l'absence d'une fonction alpha suffisamment développée pour symboliser.

6. Le risque lié à l'environnement familial et professionnel

L'environnement familial est pathogène. La mère intrusive et déprimée maintient un lien de dépendance fusionnelle, entravant toute séparation psychique. Le deuil du nourrisson s'inscrit dans une continuité traumatique, réactivant un noyau non différencié du Moi. Le conjoint, en décalage émotionnel, ne constitue pas un appui psychique fiable. Le cadre professionnel, bien que structurant, est vécu comme contraignant, sans gratification narcissique. L'évaluation situe donc Madame S. à un **niveau de risque élevé à très élevé** dans cette dimension.

X. Diagnostic

Le cas de Madame S. illustre une désorganisation psychosomatique résultant d'un traumatisme majeur sur un terrain psychique fragilisé par une histoire familiale complexe. La somatisation de la souffrance psychique, la pensée opératoire, la relation fusionnelle avec la mère et la difficulté à exprimer les affects nécessitent une prise en charge thérapeutique intégrative (Stora, 2013).

XI. Conséquences cliniques et thérapeutiques

1. Fonction alpha à reconstruire

Le rôle du thérapeute est de prêter son appareil psychique pour transformer les éléments sensoriels bruts (éléments bêta) en représentations symboliques. Il agit comme une fonction alpha secondaire, reconstituant un espace de rêverie et de contenance.

2. Réalimentation psychique par le cadre thérapeutique

Le cadre stable, répétitif et sécurisant joue un rôle de maternage symbolique, relançant la continuité d'existence et la régulation émotionnelle. Il s'agit de réparer l'effondrement primaire en soutenant une différenciation progressive du Moi.

3. Du soma au psyché : mise en récit des douleurs

Le travail analytique accompagne Madame S. dans l'élaboration verbale de ses douleurs physiques. Cette mise en récit ouvre une liaison entre sensations corporelles et affects, amorçant la désomatisation du conflit.

4. Éveil d'un féminin psychique

Enfin, la psychothérapie vise la reconstruction d'un féminin autonome, distinct de la position sacrificielle ou masochique héritée de la mère. Elle permet la relance d'un processus de subjectivation féminine et maternelle propre, préalable à un travail de deuil élaboratif.

XII. Conclusion

Le modèle psychosomatique intégratif de Jean-Benjamin Stora éclaire la clinique de Madame S. comme un cas paradigmatique de désorganisation psychosomatique issue d'un effondrement du processus de subjectivation primaire. Cette désorganisation repose sur un échec d'internalisation de l'objet maternel, un blocage dans la formation d'un Moi, et une non-intégration cénesthésique des vécus internes. La perte de l'enfant ne fait que réactiver une faille archaïque jamais consolidée, laissant la patiente sans espace interne stable pour penser, rêver ou mentaliser son vécu traumatique.

Ce travail de fondation psychique ne peut s'accomplir que dans une relation thérapeutique fondamentalement contenant, transformante et maternante, un véritable espace d'attachement maternel permettant la reconstruction du narcissisme primaire et la relance du processus de subjectivation féminine.

Bibliographie

Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London : Heinemann.

Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts*. London : Heinemann.

Marty, P. (1966). *L'ordre psychosomatique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : Presses Universitaires de France.

Stora, J.-B. (2011). *Quand le corps prend la relève : stress, traumatismes et maladies somatiques*. Paris : Odile Jacob.

Stora, J.-B. (2013). *La nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques*. Paris : MJW-Féditions.

Stora, J.-B. (2019). *15 cas de thérapies psychosomatiques : soigner des malades, non simplement leurs maladies*. Paris : Hermann.

Guylaine DIXNEUF⁹

Etude d'un cas d'encoprésie à travers le prisme d'une évaluation psychosomatique

Dans le chapitre sur les troubles de la défécation, M. Soulé, K. Lauzanne et B. Colin¹⁰ écrivent qu'il est difficile d'établir un rapport entre l'encoprésie et les troubles psychosomatiques. En reprenant la terminologie de Kreisler, ils la situent plutôt du côté d'un trouble fonctionnel sur un versant conflictuel psychopathologique. Il semble bien que les différentes études sur le sujet arrivent rarement à un consensus, le propre de cette maladie étant de « détruire tous les édifices ». C'est pourquoi je me prends au jeu de décliner l'histoire d'Ethan au travers du prisme d'une évaluation psychosomatique selon les travaux du Pr Stora.

I - Anamnèse

a - Notre première rencontre

Ethan consulte pour une encoprésie, il est âgé de 17 ans et semble n'avoir jamais eu aucun soins suivis, en lien avec ces symptômes jusqu'à aujourd'hui. Cela me questionne d'emblée sur la place de cette maladie, sur les possibilités du père de soutenir son fils, de la manière de prendre soin du corps et des possibilités de recours à la parole dans la famille. D'ailleurs Ethan ne prend pratiquement pas la parole ou à minima lorsque je l'interpelle directement.

Il est fluet, un visage marqué par des traits osseux, m'évoquant un enfant prématuré aux traits marqués. Il ne présente pas de signes pubertaires. Il a une coiffure enfantine, est habillé d'un jogging noir, d'un t-shirt noir informe dans lesquels il flotte et des baskets souvent pleines de terre qu'il laisse en partant, sans chaussettes : c'est l'unique tenue qu'il porte depuis que j'ai commencé les soins.

Il n'y a pas d'émotions apparentes même fugaces sur le visage, une posture figée, seul son regard semble chercher une accroche comme le tout petit. Un contre-transfert immédiat me pousse à « envelopper » Ethan, d'ailleurs en rédigeant cet écrit, pour nommer le père j'utilisais le vocable « papa ».

⁹ G. Dixneuf, Thérapeute psychosomaticienne et psychomotricienne

¹⁰ Lebovici Serge, Diatkine René, Soulé Michel, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, PUF, 1ère édition 1985, cette édition 2004

Son père, présent lors du premier entretien n'est pas très loquace, un sourire bon enfant qui ne varie pas. Je suis surprise de ne pas trouver d'agressivité exprimée comme avec la majorité des autres parents d'enfants encoprétiens que j'ai pu rencontrer.

Ni Ethan ni le père n'ont pris le rendez-vous seuls, c'est sa nouvelle compagne qui l'a fait. Cela nous suggère que les difficultés dans les relations sociales ne sont pas que l'affaire d'Ethan. Il m'est très difficile de « construire » une anamnèse, de me représenter son histoire, car il y aura très peu d'éléments lors du premier entretien. Les données sont pauvres et fragmentées à l'image de ce qu'il donne à voir de lui dans sa vêtue et dans sa posture. Je me demande si le père nous en fera « le cadeau » un jour. Un vide d'historicité, de mémoire et de regards.

b -Antécédents médicaux

En consultant le carnet de santé je note,

- Des rhinopharyngites à répétition avec un retentissement sur l'alimentation, des coliques et ballonnements réguliers bien au-delà de ses 4 mois, âge où les coliques du nourrisson commencent normalement à s'estomper.
- L'encopésie primaire est diagnostiquée à l'âge de 3 ans et 3 mois.

Pour les 4 ans d'Ethan, le médecin scolaire note « Encore très bébé, doit être poussé et grandir, élimination de certains sons (s, j, ch). Il peut dessiner un rond et un bonhomme, il ne connaît pas les couleurs, il ne peut sauter d'un pied ». J'observe dans l'écrit du médecin que le « poussé et » (différent de « pousser à grandir ») pourrait évoquer une certaine agressivité du milieu scolaire, c'est un terme qu'on utilise également pour déféquer, mettre à distance. Mais cela met aussi les symptômes sur le compte du bon vouloir d'Ethan, avec une non reconnaissance du désordre somatique.

- Une phobie sociale apparaît dès le début de l'école à laquelle s'ajoutent de nombreuses peurs : les chutes, les insectes, l'eau qui bout, le vide.
- Une première consultation pour l'encopésie est faite au CHU dans l'année de ses 17 ans, et nous débuterons la thérapie à la même période.

c- Les éléments somatiques présents au début du travail

- Une encopésie primaire pour laquelle une prise en charge médicale démarre
- Un retard de développement moteur, global et fin

- Une difficulté très importante à se mettre en mouvement, cela ne reste pas seulement sur le versant somatique, mais c'est à cet endroit que les symptômes trouvent leur expression

d- Echange avec le Dr D., chirurgien en viscéral et digestif au CHU

Elle a rencontré Ethan pour la première fois l'an dernier et de son point de vue, il n'y a pas de symptômes qui puissent évoquer un problème somatique, elle a prescrit une IRM pelvienne qui n'a pas donné plus d'éléments. Il s'agit donc d'une asynchronie des sphincters internes et externes. De manière inconsciente, dès que le sphincter interne se relâche, le sphincter externe se contracte, l'ampoule rectale se distend et le poids amène à l'incontinence. Pour elle, il s'agit de troubles liés à une carence ou à un traumatisme. Pendant l'hospitalisation, Ethan a beaucoup touché le personnel par son mutisme, ils ont évoqué un retrait autistique. Ethan ne parlait pas et n'acceptait aucuns soins. C'est lorsqu'une infirmière lui a parlé d'autres jeunes patients pour qui le système d'irrigation transanale avait changé la vie qu'il a accepté les lavements et l'apprentissage de la machine. Cette machine peut être utilisée pendant plusieurs années mais doit être une alternative à une reprise progressive du contrôle autonome. Elle a préconisé des soins en kinésithérapie, ainsi que des soins en EMDR mais Ethan les refuse.

e- Le développement d'Ethan

Le père dira que la grossesse et la naissance d'Ethan « se sont bien passées », mais il dit n'avoir aucun souvenir de la manière dont Ethan s'est mis debout, ni de l'étape d'apprentissage de la propreté, et je pense finalement aussi des premières années de son fils.

Lors de ses 6 premiers mois de vie, Ethan présente un bon développement et une bonne tonicité axiale hormis le fait qu'il ne demande rien, il ne semble pas présenter de troubles de développement somatique.

Mais à ses 9 mois le médecin note un hypotonus de l'axe parasitant la tenue assise. On peut d'emblée s'interroger sur la maturation du bagage neuromoteur avant la fin de la première année. Il apparaît une inhibition psychomotrice globale majeure, il marche tardivement et présente de la maladresse pour les gestes fins, il est en difficulté pour les apprentissages. Le système digestif semble déjà touché.

On pourra ici se questionner sur la manière dont Ethan a vécu le stade de l'angoisse du 8^{ème} mois. Rappelons-le, selon R.A. Spitz cette étape est le second organisateur du psychisme : « Dans les semaines suivant les manifestations initiales de l'angoisse du 8^{ème} mois, on observe

l'émergence de nouvelles formes de relations sociales à un niveau de complexité beaucoup plus élevé (...), un progrès idéationnel par l'apparition d'une compréhension des rapports entre les choses (...) et la différenciation des nuances émotionnelles. A cet âge, le mécanisme d'identification est observable (...) Le climat émotionnel qui règne dans la dyade facilite ou contrarie les efforts de l'enfant qui cherche à devenir et à agir comme sa mère »¹¹.

Nous n'avons par ailleurs aucuns éléments sur sa première année, à propos du bébé qu'il était. L'absence de regards, de souvenirs du père et l'amnésie d'Ethan laissent présumer qu'il n'y aurait pas (ou peu) eu de regards et donc de psychismes disponibles, on suppose une absence d'un retour psychique apporté par la mentalisation maternelle.

Le père ajoutera qu'à 2 ans d'Ethan, il a quitté le domicile car avec la mère ils envisageaient une séparation, il est revenu au bout de 2 mois pour ses enfants parce que la mère ne prodiguait pas les soins nécessaires à ses enfants.

Le terme d'encoprésie apparaît sur le carnet de santé à 3 ans et 3 mois, suivi de plusieurs consultations pour coliques traitées par médication.

L'entrée à l'école a été marquée par le fait qu'il n'était pas propre et qu'avec ses pairs c'était compliqué. Il n'y a pas de précisions données, mais je suppose qu'il s'agit d'un isolement. Il apparaît toutefois que la maman a pris un congé parental et qu'il n'y a pas eu d'autres modes de garde avant l'entrée à l'école.

Les apprentissages du vélo et de la natation ont été difficiles, parce que trop anxiogènes selon le père, mais je pense probablement aussi liés au retard neurodéveloppemental sous-jacent (système labyrinthique et neuromoteur, tonicité). Ethan redoublera son CE1, il dit ne pas savoir pourquoi. Il n'a jamais pratiqué de sport et ne le souhaite pas, mais il marche volontiers dans la nature.

Ses loisirs depuis le plus jeune âge se limitent aux jeux vidéo sur des contenus déviants tels GTA, ou de constructions d'univers comme Minecraft, ou de recherches sur la toile. Il pourra dire plus tard qu'après le décès de sa mère, son père jouait beaucoup lui aussi. Le père notera que les liens aux autres se compliquent (n'y en a-t-il jamais eu de solides ?) en fin de primaire, puis encore plus au collège.

En fin de quatrième, Ethan est orienté en 3^{ème} professionnelle, car son engagement à l'école est difficile. Il ne travaille pas car cela ne l'intéresse pas. Plus tard il comparera l'école à une prison grillagée.

¹¹ Dr R.A. Spitz, « De la naissance à la parole » Edition des Presses Universitaires de France (1968)

A la sortie de la 3^{ème}, il part dans une formation en système numérique, *à défaut* de savoir ce qu'il veut, il suit un camarade qu'il apprécie. Ethan devra redoubler sa seconde pro (ce qu'il fait cette année) parce qu'il n'a pas trouvé, ni cherché d'entreprise pour l'alternance. Il avait demandé à son père de changer de voie mais ce dernier s'est arrêté à l'avis d'un professeur qui a dit que cela ne lui conviendrait pas.

Le redoublement se fait donc *à défaut et* engendre de grandes souffrances pour Ethan. Cela nous questionne à nouveau sur le soutien que le père peut apporter à son fils, sur la capacité d'Ethan à agir pour soutenir une pensée autonome, et de leurs possibilités à se parler.

C'est à ce moment que les soins démarrent.

Quand je lui demande comment il s'imagine plus tard, Ethan se voit dans une maison en pleine nature, assis à son bureau dans lequel des tableaux non identifiés sont accrochés. Il crée des sites sur son ordinateur. Il vit seul, cela m'évoque un vide social, familial et culturel.

f - La Situation familiale

Dès la première rencontre, le père m'apprend que la mère est décédée du syndrome de POEMS lorsqu'Ethan avait 8 ans. La maladie l'a emportée rapidement puisque les premiers symptômes sont apparus 6 mois auparavant.

Ethan est le cadet d'une sœur qui a 6 ans de plus que lui. Le départ de la sœur en internat coïncide avec l'aggravation de l'isolement d'Ethan dans la même période que le décès de leur mère.

Le père s'est remarié quand Ethan avait 15 ans.

Ethan a gardé des relations régulières avec sa sœur, mais je constate que leurs échanges se font sur un mode opératoire. Après quelque temps de thérapie, Ethan commencera à partager des activités sportives avec sa sœur et lui demandera des éléments historiques sur ses premières années de vie.

g- Histoires des parents

Dans sa méthode, le Pr Stora nous invite à parcourir en premier lieu les phases archaïques du développement et notamment le versant transgénérationnel.

La mère d'Ethan a vécu un inceste. Selon le père, elle ne semblait pas en capacité de réguler l'expression de ses émotions, elle pouvait entrer dans des crises de colères nombreuses, envahissantes et exprimées violemment. Elle n'a pas pu élaborer cet événement traumatique. On peut faire l'hypothèse qu'elle n'a pas pu accueillir les émotions de son bébé, ni prendre soin

de son corps. Mise au rang d'objet d'un désir pervers, ses propres référentiels intérieur/extérieur sur la construction de ses enveloppes psychocorporelles sont restés indifférenciés. Ces mêmes référentiels interne/externe sont d'ailleurs mis à l'épreuve dans l'encoprésie où le problème même est l'absence de limite, comme identifié par Kreisler et al. « La maîtrise érotisée des fèces puis leur expulsion semble venir compenser un sentiment d'incertitude quant aux limites du corps et du moi »¹².

La mère a souffert du syndrome de POEMS¹³. Nous nous questionnerons sur la signification de ce syndrome et de son versant psychosomatique.

Le père a vécu l'abandon lorsqu'il avait un an, sa mère est partie sans garder de liens. Le grand-père paternel d'Ethan étant addict aux jeux, ils ont vécu dans une grande misère matérielle, souffrant souvent de la faim. Quand le père d'Ethan a eu 10 ans, les arrière grands-parents d'Ethan, ont choisi de l'emmener vivre avec eux et l'ont inscrit dans les meilleures écoles. On peut souligner l'importance de l'école investie, à défaut par le père d'Ethan, comme mère suffisamment bonne et nourricière et imposant cette image à Ethan. Notons que ce « A défaut » se trouve très présent dans les étapes importantes de la vie d'Ethan notamment pour son orientation, car il ne peut exprimer le moindre choix. En tous cas Ethan semble davantage connaître l'histoire de son père que la sienne.

h- Le symptôme

Dans « les troubles de la défécation : encoprésie, mégacôlon fonctionnel de l'enfant » Michel Soulé, Kathleen Lausanne et Bertrand Colin, expliquent le phénomène de constipation comme un mécanisme masturbatoire répété : « la lutte active bloque l'ouverture de l'anus et au 3^{ème} temps la selle est déféquée à rebours dans le sigmoïde devenu hypotonique, qui se rouvre et devient béant ; Cela entraîne un épuisement de la musculature rectale et colique et une érotisation secondaire complexe (...) cela constitue une auto pénétration par le pénis fécal, une situation d'androgynie où l'enfant est actif et passif, pénétré et pénétrant » . Cela reste une masturbation secrète, intérieure, impossible à déceler, permettant la manipulation du milieu familial inquiet et impuissant. Il met tout en échec, thérapeute, famille, école.¹⁴ » Ils établissent

¹² Kreisler L., Fain M., et Soulé M., « L'enfant et son corps », Ed. PUF 1999

¹³ Syndrome paranéoplasique caractérisé par une neuropathie périphérique (P), une organomégalie (O), une endocrinopathie (E), une maladie plasmocytaire clonale (M) et des lésions cutanées (S). Les autres caractéristiques sont un oedème papillaire, une surcharge volémique extravasculaire, des lésions osseuses sclérosantes, une thrombocytose/érythrocytose et des taux élevés de VEGF. Source : orphanet.net, accédé le 13 mai 2025

¹⁴ Soulé M., Lausanne K. et Colin Bertrand, « Les troubles de la défécation : encoprésie, mégacôlon fonctionnel de l'enfant », p1771 à 17781 Edition PUF (1995)

un parallèle avec le jeu de Fort Und Da de Freud, dans la tentative d'emprise, de maîtrise et de possession agissant sur la musculature.

Ethan met bien tout en échec.

II. Analyse du risque psychosomatique

Le Pr Stora nous rappelle que lors des premiers mois de vie, le noyau du soi identitaire se construit autour des 3 organisateurs décrits par Spitz, encadrés par un contenant pare-excitation cohérent.

A cette étape selon le Pr Stora « les affects primaires de plaisir/déplaisir se développent selon des séquences de biorythmes déterminées par la satisfaction des besoins assurés par les parents, normalement reliés à leur état émotionnel »¹⁵. Or on l'a vu précédemment, les parents d'Ethan fonctionnent plutôt sur un mode opératoire.

Ethan n'investit pas l'espace, ne joue pas avec son corps, ne montre rien, utilise toute son énergie à ne pas bouger, le raidissement musculaire parle d'une nécessité de renforcer son Moi-Peau. Selon Anzieu « Quand aucune des fonctions du Moi-Peau n'est acquise, ni celle du support, ni celle du contenant, ni de pare excitation (...) la carapace rigide remplace le conteneur absent et interdit aux fonctions suivantes du Moi-Peau de s'enclencher »¹⁶.

Ethan crée une distance aux autres comme s'il devait survivre seul, les angoisses archaïques d'écoulement et de liquéfaction s'expriment dans ses fixations et ses phobies.

Ethan a peur de l'eau qui bout et du vide. F.Tustin¹⁷ nous rappelle que « le nouveau-né est une créature aquatique (...), il est assailli par des terreurs illusoires phantasmatiques d'exploser, ou de se déverser par des trous, et se déverser signifie le vide ».

Ethan a peur des chutes, je cite F. Tustin « Tous les bébés subissent la désillusion de la Grande Chute qui l'a fait tomber de l'apparente perfection d'une continuité lisse et soyeuse, dans l'obscurité rêche, cassée de l'absence de satisfaction parfaite à leurs désirs de la façon exacte qu'ils désiraient. La robe immaculée de la parfaite perfection semble percée de trous ». Et la peur des insectes vient encore le solliciter du côté de ses orifices et les enveloppes.

En parallèle, nous pouvons nous référer à la première organisation somato-psychique établie par le Pr Stora¹⁸ « C'est une phase de réception sensorielle qui permet l'encodage

¹⁵ Stora Jean Benjamin, cours « les affects », non publié, 2022, formation en psychosomatique intégrative, Institut de PSI

¹⁶ Anzieu, D. « Le Moi-Peau », Edition Dunod, 1985

¹⁷ Tustin, F. « *Le Trou noir de la psyché* », Paris, Le Seuil. 1989 p164 à166

¹⁸ Stora Jean Benjamin, cours « Le modèle neuropsychosomatique de la psychosomatique intégrative », octobre 2020 non publié, formation en psychosomatique intégrative (2022), Institut de PSI

neurologique des expériences relationnelles. Elle permet plus spécifiquement de relier des organes au système perceptif ».

Dans le cas d'Ethan, retenons ceux qui semblent avoir été le plus touchés comme l'oreille interne (il présente un équilibre précaire, est sujet au vertige), la main (les fonctions exécutives font défaut, il présente une dyspraxie sévère), les muscles lisses (composant le sphincter anal interne), le système sympathique et parasympathique (régissant dans ce cas la synchronie des sphincters internes et externes), la digestion (il souffre de constipation chronique), les vaisseaux de l'intestin, du rectum et de la vessie.

Durant la deuxième année de vie, nous abordons la deuxième organisation somato-psychique, où la pulsion sadique-anale se fixe sur le détruire/dominer. Pour Ethan, la perception reste sensorielle et l'agir reste figé. Cette organisation place les muscles striés au service d'action dirigées et d'actes moteurs complexes. Elle fonde la posture corporelle, soutenant les mouvements d'orientation de la tête, des yeux et des bras. Les aires motrices du lobe frontal sont responsables de la planification, de la sélection et du contrôle précis des séquences des mouvements volontaires complexes et individualisés.

Toutes ces fonctions font défaut à Ethan. On peut supposer que les carences de regard et d'écoute, ont laissé l'empreinte d'une difficulté à jouer avec les états toniques de relâchements/contractions en sécurité et ne permettant pas l'émergence d'une motilité adressée. Ethan est resté fixé à la deuxième organisation somato-psychique.

a- Intrication du Narcissisme de vie au Masochisme érogène primaire

L'enfermement lié aux troubles de la mère, le départ du père, l'absence de paroles sont venus empêcher l'évolution vers le narcissisme secondaire et notamment l'investissement du lien entre soi et non soi.

Le Pr Stora souligne que « dans la maladie, la pulsion agressive n'est plus reliée à la pulsion sexuelle de vie, le retournement des pulsions agressives se fait par inhibition contre la personne propre, il n'y a plus de projection c'est un versant d'autodestruction » ... « tout affaiblissement du masochisme ouvre la voie aux troubles psychosomatiques, il y a une désintrication pulsionnelle du noyau masochique objectal. Dans certaines maladies le patient internalise et remplace l'agresseur par la maladie comme agresseur interne »¹⁹.

¹⁹ Pr Stora, Jean Benjamin, cours « Rôle du masochisme dans le processus des somatisations », non publié, revisité en 2023, formation en psychosomatique intégrative, Institut de PSI

Chez Ethan, le noyau masochique ne semble pas suffisamment solide pour constituer le cadre d'un mouvement entre les pulsions agressives et objectales (sexuelles), dans ce cas non intriquées. Les pulsions sadiques font le jeu de l'encoprésie. On est dans un masochisme mortifère²⁰ très fort puisqu'il ne prend plus sa fonction défensive contre la pulsion agressive qui se retourne contre lui en le figeant dans une place d'objet. Ethan est en grande difficulté pour se nourrir, bouger, se lier, prendre soin de lui.

Il n'exprime aucun désir sous peine d'avoir à faire avec une explosion violente de l'autre, mais probablement aussi pour garder à minima une liberté de penser à défaut de pouvoir agir. L'encoprésie constitue en elle-même une agressivité retournée contre soi. L'image du corps se constitue en lien à la saleté et à la honte et le fige dans un statut de dépendance, un objet que l'on garde ou que l'on jette.

Selon le Pr Stora, lorsque l'objet est atteint, la libido fait retour sur le moi et le masochisme érogène primaire est une dernière défense avant la désorganisation progressive.

Est-ce que dans le cas d'Ethan, le masochisme érogène primaire permet par ses bénéfices secondaires de sauvegarder l'imaginaire et surtout d'éviter une cascade somatique plus grave ? En effet, la disparition du masochisme érogène primaire délierait la pulsion de destruction.

Cet aménagement semble lui éviter de tomber dans la dépression : « l'encoprétique passif échappe partiellement à la dépression en raison de l'investissement agressif envers le monde extérieur que comporte son trouble, de ce fait il se protège de l'auto agression qui est une dimension essentielle de la dépression. »²¹

En résumé, Ethan présente une insuffisance du développement du système psychique. Tous les éléments sont en faveur d'une problématique d'auto conservation.

b- La question de l'internalisation de l'objet maternel

Ethan était un bébé qui dormait beaucoup et qui demandait très peu.

Lors des séances, il ne fait part d'aucunes perceptions, n'évoque rien d'éventuelles sensations ou impressions, pas de plaintes, de colères ou de honte. Il n'y a plus de mise en mouvements ni de demande. Il n'y a pas d'émotions apparentes sur le visage d'Ethan, une posture figée, seul son regard semble chercher une accroche comme un tout petit.

²⁰ Rosenberg B., « masochisme gardien de la vie, masochisme mortifère », Revue française de la psychanalyse, 2015

²¹ Kreisler et al (1999), op. cit.

Il semble totalement désapproprié de son corps et de sa parole, d'ailleurs désaffectivés. L'espace-temps fusionnel des premiers mois ne semble ne pas avoir été pleinement vécu. Les premiers éléments externes semblent se vivre de manière menaçante.

Ethan a dédié à l'autre la seule possibilité de prendre soin de lui, son père prend les décisions et lui donne des leçons du quotidien. Il ne peut exprimer le moindre désir, à la fois parce que dit-il, cela ne peut être entendu, et/ou qu'il redoute une explosion chez l'autre.

Il n'exprime pas ses ressentis, l'amnésie s'est posée sur ses 10 premières années de vie, évoquant un vécu traumatique. Ethan dit n'avoir aucuns souvenirs de sa mère, alors qu'il avait 8 ans lorsqu'elle est décédée. On peut voir dans cette impossibilité à se rappeler et à pouvoir convoquer l'objet, une absence de représentation de cet objet. Son père est fixé dans la place de celui qui impose et contrôle, mais toujours avec un sourire désarmant. Ce sourire empêcherait-il toute manifestation d'une quelconque agressivité chez les autres et donc chez son fils ? Ethan soutient son père dans son désir de garder un enfant auprès de lui comme il a soutenu sa mère lorsqu'il était nourrisson. Ces retraits semblent cohérents avec une carence affective précoce.

Au cours de la seconde année de vie d'Ethan, le père a choisi de se séparer de sa femme, et est parti vivre pendant 2 mois en dehors du domicile. A cette étape, l'enfant est fixé dans l'oralité et l'énergie pulsionnelle investit le remplissage. Il investit le devenir de ce qui est incorporé, exerçant une maîtrise sur les ingestats par le contrôle sphinctérien.

Françoise Dolto relie très précisément les éléments abandonniques de la relation primaire au défaut de contenance sphinctérienne : « la mère reste imaginativement intérieure au lieu d'être représentée inconsciemment par tous les objets extérieurs qu'elle a nommé et qu'elle doit permettre de manipuler. La constipation peut donc être un signe d'inhibition de la relation motrice avec le monde extérieur parce que l'enfant n'a pas été initié à cette relation-là par la mère, parce qu'il est en mauvaise harmonie avec elle en ce qui concerne la fonction excrémentielle »²².

Selon Freud « L'excrément est le premier cadeau, une partie du corps du nourrisson, dont il ne se sépare que sur l'injonction de la personne aimée et par quoi il lui manifeste sa tendresse [...]. La défécation fournit à l'enfant la première occasion de décider entre l'attitude narcissique et l'attitude d'amour d'objet. Ou bien il cède docilement l'excrément et il le « sacrifie » à l'amour ou bien il le retient pour la satisfaction auto-érotique et plus tard, pour l'affirmation de sa propre volonté [...]. L'opiniâtreté résulte de l'érotisme anal, en tant que

²² Dolto Françoise, « L'image inconsciente du corps », Edition Seuil, Coll. Points essais N°251, (1984), chapitre des castrations, p.110- 112

réaction significative du moi contre les exigences des autres ; l'intérêt centré sur l'excrément se transporte en intérêt pour le cadeau et ensuite pour l'argent. »²³. Si le cadeau est rejeté, le corps de l'enfant aura un autre destin.

Pour Ethan, les contextes déstructurés ont fixé l'attention et l'investissement sur le contenu du ventre et des fesses, les fèces comme objet d'échange monnayant l'amour maternel et les échanges corporels, nécessaires encore à cet âge.

Après quelques mois de soins, alors que nous avons pu avancer sur l'expression de l'agressivité, Ethan pourra dire que lorsqu'il jouait en ligne il pouvait exprimer de l'agressivité, et même dit-il « alimenter le conflit ». « Aujourd'hui je ne le fais plus car je vois bien que cela ne sert à rien ».

Le terme d'alimenter dans ce contexte semble connecter l'agressivité aux relations primaires, cela peut aussi évoquer un plaisir sadique à confronter l'autre à ses défaillances et qu'il ait pu être pris en otage dans le conflit parental. D'ailleurs, pour des soucis de confidentialité j'ai dû changer le prénom, mais il faut savoir que dans une lecture phonétique son prénom imposait à Ethan d'être à la place de celui qui « lie le lit conjugal ».

L'enfermement lié aux troubles de la mère, le départ du père au moment de l'entrée dans la phase anale, et donc l'encoprésie qui s'en suit, sont venus empêcher l'évolution vers le narcissisme secondaire et donc l'investissement du lien entre soi et non soi.

Selon Kreisler, « Les traitements intrusifs dans les relations de l'enfant à son père rendent l'identification à ce dernier périlleuse. L'enfant compense la perte narcissique liée à l'absence par une attitude érotique au cours de laquelle il retient un pénis paternel symbolique (...). La notion de rétention entoure tous les comportements de ces enfants-là : langage pauvre, mutité, difficultés à investir de nouveaux objets, le défaut de symbolisation empêche le déplacement du plaisir de maîtrise, cette pratique constitue une compensation aux aléas de la relation objectale. »²⁴

c- Le symptôme

Dans « L'enfant et son corps », L. Kreisler, M. Fain et M. Soulé nous présentent différents profils de patients encoprétiques²⁵. Ils nous précisent que la rétention qui fait partie du tableau, a été à l'origine subie par l'enfant et non organisée par lui, ce qui permet de poser ce trouble non pas du côté du comportement mais bien du côté d'une question psychosomatique.

²³ Freud, La vie sexuelle, P.U.F., 1969, p. 109 à 111.

²⁴ Kreisler L., Fain M., et Soulé M., « L'enfant et son corps », Ed. PUF 1999

²⁵ Ibidem

L'encoprésie découle d'une fixation érotique anale et présente 3 composantes :

- ☞ « La passivité anale clairement présente dans le cas d'Ethan, et la crainte d'être vidé et dépossédé ». Le défaut d'accordage précoce puis le mutisme du père lié à la perte réelle de la mère sont très probablement des facteurs ayant permis l'évolution de l'encoprésie ; Laisser tomber ses matières s'associant intrinsèquement à laisser tomber ses parents ;
- ☞ L'activité anale sollicitant des émois sadiques érotisant la musculature et la défécation ;
- ☞ La rétention dont l'enfant va tirer profit plus tard, comme érotisation secondaire.

Au regard des éléments anamnestiques évoquant un contexte abandonnique, nous nous orientons vers le profil « clochard » passif : il s'agit d'enfants extrêmement passifs qui se laissent aller. Ils n'ont aucune possibilité d'organisation, touchant ici les fonctions exécutives pour Ethan. Ces enfants ne semblent pas avoir intériorisé leurs parents sous forme de règles éducatrices, par carence du milieu familial.

L'érotisme anal ne s'est ni sublimé ni déplacé de façon marquante dans des activités mentales élaborées. Ethan maintient à grande peine sa place à l'école, ne montre aucune créativité et il semble toutefois que le refuge dans les jeux vidéo, a pu maintenir à minima un endroit où le lien pouvait se jouer, où l'agressivité pouvait s'exprimer en éliminant l'autre, en alimentant le conflit ou en prenant un avatar déviant sans règles ni lois.

L'apprentissage de la propreté comporte deux temps essentiels, le premier où l'enfant imite son parent, offre ses matières, et le second temps où la défécation devient une histoire personnelle, la porte se ferme et l'enfant s'approprie le fonctionnement de son corps. Cette appropriation de son corps et de son espace ne se fait que partiellement pour Ethan puisque l'encoprésie en fait une affaire sociale, médicale et familiale.

Lors de la seconde séance, Ethan pourra évoquer une image floue, la seule évocation rêvée ou relatant un souvenir d'un événement réel : il cherche à fermer la porte de sa chambre et de l'autre côté, quelqu'un qu'il n'identifie pas l'en empêche. La recherche de séparation-individuation d'Ethan, n'est-elle pas représentée dans ce rêve, avec un sentiment d'impuissance qui pourrait relever d'une période encore plus précoce ?

La mère doit aider l'enfant à libidinaliser ses fonctions dans le sens physiologique vital et de façon rassurante mais si la mère présente un défaut de réassurance et use d'un mécanisme de défense obsessionnel, elle renforce et structure les angoisses archaïques.

Le père d'Ethan a pu dire qu'il était particulièrement doué pour l'organisation. Effectivement le contenu de ses séances est très imprégné de cette unique question pour entrer en matière, que va-t-il faire après ? Selon, L. Kreisler, M. Fain et M. Soulé, cela pourrait relever

d'un trait de caractère anal. Je cite : « cette prévision de l'avenir n'est pas une manipulation intellectuelle mais l'expression directe de l'angoisse de ce qui pourrait lui arriver ».

Son père reste encore aujourd'hui dans une position passive. Il ne parle pas ni ne consulte pour son fils sans l'aide de la belle-mère, ne le projette pas dans un avenir autonome. Il ne soutient pas de fonction phallique, de père symbolique. Il semble toutefois que la belle-mère, par ses positions, permet de redonner de la légèreté, de la bienveillance et surtout de la parole. Il semble que l'encoprésie dans le cas d'Ethan reste une tentative d'échapper à la dépressivité, au vide et à la perte. Et si l'on prend en compte la passivité du père pour le soutenir et le guérir, ce serait une réponse possible à l'emprise. Le père dépossédé serait lui-même face à une position dépressive.

d- Pour conclure l'évaluation psychosomatique

Le Pr Stora²⁶ nous rappelle que lors des premiers mois de vie, le bébé se relie au monde par ses perceptions sensori-motrices et que ces dernières font l'objet d'un encodage neuronal qui détermineront avec le temps, un continuum somatopsychique. Dans le cas d'Ethan, l'insuffisance du développement du système psychique mis en parallèle d'un retard de développement neuromoteur nous permet de penser que le traumatisme a eu lieu dès les premiers mois de vie. L'objet maternel n'étant pas intériorisé, il est resté à un stade préobjectal dans la construction de ses relations.

La précocité de l'atteinte du développement suggère que les événements traumatiques sont ante- et postnataux, voire même transgénérationnels.

Le diagnostic nosographique, nous oriente vers un système psychique insuffisamment développé, qui n'a pas permis à Ethan de relier ses affects à son comportement et ses pensées.

Il m'était évident de proposer une stratégie thérapeutique psychosomatique à Ethan, avec pour première visée de l'aider à développer son préconscient.

III - Notes d'évolution sur la thérapie psychosomatique avec Ethan

Lors de notre première rencontre sans le père, je me suis sentie figée par le silence dans une perception d'impuissance qui a généré en moi une hyper activité. Mes propres pulsions de vie sont venues s'exacerber dans la nécessité de remplir les vides d'Ethan.

²⁶Pr Stora, J.B. Cours « Le Modèle Neuropsychosomatique de la psychosomatique intégrative. Les étapes de développement des processus de maturation neuronale et psychosexuelle, L'ALPHA de la Psyché » formation en psychosomatique intégrative. Paris, Octobre 2020

Je mesurais la béance dans son impossibilité à nommer, à faire des liens, l'absence totale de souvenirs, d'évocations ou de projection. Tout était fixé dans une atemporalité sans mouvement. Son corps inerte et dans la retenue m'évoquait une statue éthérée.

Puis j'ai observé qu'il ne trouvait aucun vocable pour évoquer sa mère, il détournait ses phrases pour ne pas la nommer ou achoppait physiquement. Cela m'a permis de réaliser qu'il me fallait avant tout soutenir une fonction pare- excitation qu'Ethan n'avait pas eu bébé. Donner du sens à ce qu'il vivait et a vécu et le renarcissiser, il me fallait l'accompagner en m'adressant au tout petit enfant.

Le cadre des séances est donc venu constituer une intériorité sécurisée, filtrante et nourrissante. Je me suis positionnée comme réceptacle et enveloppe, garante que ses pensées et ses rêves ne disparaissent et deviennent précieux. Un début de respiration conjointe.

Cette première étape a constitué un tournant très positif, Ethan a commencé à prendre la parole, à laisser parler son agressivité que nous avons dédramatisée et valorisée comme une tentative d'exister et d'échapper à la honte.

C'est ce qui lui a permis d'exprimer une première demande : « Je voudrais savoir comment j'étais entre 9 et 11 ans, c'est comme un bug ». Il me semble enfin entendre une recherche du regard qu'il n'a pu rencontrer dans cette période, une première reconnaissance de sa détresse liée au décès de sa mère, un début de feed-back possible. Il m'évoque le stade du miroir où l'unité est perçue. Il dit être aller revoir quelques photos mais il oublie toujours de les amener. Il fera la même demande pour la période de ses 2 à 4 ans.

Le lien entre le soi et le non soi est évoqué mais se perd encore dans l'oubli (volontaire cette fois ?). Les rêves commencent à se raconter et se différencier du factuel, il se rapproche de sa sœur et commence à lui demander d'évoquer des souvenirs comme pour reconstituer ce qui est de l'ordre du rêve, de l'imaginaire ou de la réalité.

Après cette demande, Ethan prendra ses séances en charge de manière active, enverra des messages s'il a besoin de modifier les rdvs par exemple.

Une temporalité, une possibilité d'agir et de se mettre en mouvement apparaissent. Il s'inscrit à la salle de sport avec sa sœur. Il part quelques jours à Paris, seul pour assister à un match de foot et visiter la ville.

Sa stature, sa vêtue et sa coiffure se modifient, il soigne son apparence, ses t-shirts sont de marques et ont une touche de couleurs. On commence à repérer des signes de puberté, une barbe naissante et sa musculature qui se développe font disparaître son allure de petit garçon.

Il a pu arrêter l'usage de la machine puisqu'il peut maintenant déféquer de manière volontaire. Son expérience en sport l'amène à me questionner sur l'intérêt de travailler les abdominaux dans l'encoprésie. Il se réapproprie son corps.

Mais les contenus d'une séance à l'autre s'oublient constamment, quelque chose ne s'inscrit pas. Je lui propose de lui donner des traces écrites dans lesquelles je relate quelques éléments de la séance.

Lors de la séance qui suivra, Ethan pourra évoquer le jour de l'enterrement de sa mère (alors qu'il avait laissé entendre qu'il n'y était pas), avec pour la première fois des émotions et des images très précises. Il pleure, personne ne le regarde, ni ne le touche pour le soutenir. Et surtout il peut dire les sensations et émotions que cela suscite de les évoquer dans l'instant présent. Pour la première fois j'observe des signes sur son visage, je les accueille.

Un rendez-vous de contrôle au CHU a pu constituer un marqueur de l'émergence de la temporalité. Ethan a exprimé l'inquiétude que cela générerait d'y retourner, mais après le rendez-vous il se montrera tout autre se questionnant sur ce qui est bon pour lui dans les traitements alternatifs à la machine se positionnant face à ce que le médecin lui laisse choisir. Il a contacté un kinésithérapeute et choisit d'arrêter les laxatifs qui dit-il « à la longue, ne sont pas bons pour mon intestin ».

Il nous reste encore un chemin à faire, mais la thérapie a permis à Ethan de se remettre en mouvement et en lien, les souvenirs et les rêves apparaissent et viennent combler l'amnésie si présente lors de nos premières rencontres.

IV- En conclusion

Selon Anzieu « La parole orale et encore plus écrite a un pouvoir de peau »²⁷

Il m'a été difficile d'écrire cet article. Il me semblait y avoir trop de matières, impossibles à digérer, à leur trouver une place, à les ordonner ou d'en laisser de côté de peur de les perdre, parfois figée face au résultat à rendre dans les temps impartis.

Pour accompagner Ethan, la méthode psychosomatique du Pr Stora m'a permis de dévier mon regard pour ne pas « attaquer » le symptôme de front et d'accueillir Ethan dans ce qui lui faisait le plus défaut. Anzieu dans le Moi-peau nous rappelle qu'à l'étape du Pré-Moi corporel le bébé émet des odeurs, au même titre que les mimiques des cris ou des vocalises. « Ce pré-Moi corporel est un précurseur du sentiment de l'identité personnelle et du sens de la réalité qui caractérisent le Moi psychique proprement dit »²⁸. Les odeurs collaient à la peau et

²⁷ Anzieu, D. p. 235 « Le moi-peau », Ed. Dunod, 1985

²⁸ Ibidem p.57

à l'image d'Ethan depuis sa petite enfance, il était en recherche d'une disponibilité psychique, d'une intériorité, d'une mise en sens et d'un corps en disponibilité d'interagir pour s'autonomiser. La thérapie psychosomatique a permis à Ethan de construire un contenant à ce qui était impensable et une possibilité d'agir sur son monde.

Bibliographie

Anzieu, D. « *Le Moi-Peau* » Edition Dunod 1985

Dolto Françoise, « *L'image inconsciente du corps* », édition Seuil, Coll. Points essais N°251, (1984), chapitre des castrations p110- 112

Freud S., « *La vie sexuelle* », P.U.F., 1969, p. 109 à 111.

Kreisler L., Fain M., et Soulé M., « *L'enfant et son corps* », Ed. PUF 1999

Lebovici Serge, Diatkine René, Soulé Michel, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, 1ère édition 1985, Edition 2004

Rosenberg B., « *Masochisme gardien de la vie, masochisme mortifère* », Revue française de la psychanalyse (2015)

Spitz, R.A., « *De la naissance à la parole* » Edition des Presses Universitaires de France (1968)

Stora, J.B., cours « *Le modèle neuropsychosomatique de la psychosomatique intégrative* », octobre 2020 non publié, formation en psychosomatique intégrative (2022), Institut de PSI
Stora, J.B., cours « *Les affects* », non publié, 2022, formation en psychosomatique intégrative, Institut de PSI

Stora, J.B., cours « *Rôle du masochisme dans le processus des somatisations* », non publié, revisité en 2023, formation en psychosomatique intégrative, Institut de PSI

Stora, J.B. Cours « *Le Modèle Neuropsychosomatique de la psychosomatique intégrative. Les étapes de développement des processus de maturation neuronale et psychosexuelle, L'ALPHA de la Psyché* », formation en psychosomatique intégrative. Paris Octobre 2020

Tustin, F. « *Le Trou noir de la psyché* », Paris, Le Seuil. 1989 p.164 à166

La résistance culturelle à la psychothérapie. Cas d'Irène en RD Congo

Je suis devenu psychosomaticien à l'Institut de Psychosomatique Intégrative de Paris.

Cette discipline scientifique a une large vision sur l'être humain qu'elle considère comme une unité psychosomatique. En effet, elle est fondée sur la théorie de cinq systèmes (le système nerveux central, le système immunitaire, le système psychique, le système génétique et le système autonome) qui interagissent dans le processus de somatisation. Cette approche m'a permis de soigner mes deux premières patientes, de cultures occidentales, dont les affections dermatologiques et la désorganisation psychique étaient en lien avec la maltraitance infantile.

Ce lien étroit m'a poussé de mener un travail de recherches sur la maltraitance infantile et ses conséquences psychosomatiques. Je le fais depuis trois ans en République Démocratique du Congo où la maltraitance infantile existe encore dans plusieurs familles et en milieu scolaire. J'ai suivi une formation pour soigner les problèmes dermatologiques qui sont en lien avec les problèmes psychiques.

J'ai déjà rassemblé 50 cas, de tout âge et de deux sexes, dans une aire de santé en milieu rural. Ils sont tous des cas psychosomatiques et de récurrence après hospitalisations et/ou après plusieurs traitements traditionnels. La majorité (90%) de patients-es considèrent la maladie étant comme le résultat d'une attaque externe d'ordre mystique. Les résultats actuels ont prouvé que la psychothérapie intégrative favorise et accélère la rémission des pathologies dermatologiques. Mais ce qui me pousse à écrire concerne les résistances d'ordre culturel à la psychothérapie. Je présenterai une seule vignette clinique qui m'a suscité cette question : **En quoi certains éléments culturels peuvent être une résistance à la psychothérapie intégrative ?** J'ai choisi un cas qui concerne deux éléments fondamentaux des soins médicaux, **la parole et le corps**. En effet, la liberté d'expression et la sexualité dépendent d'une culture à une autre.

Irène vit en RD Congo, ancienne colonie belge. La RDC a subi trois décennies de dictature après l'accession à l'indépendance en 1960. Malgré l'avènement de la démocratie depuis 2006, la liberté d'expression et de conscience traînent effectivement à s'installer. Les croyances traditionnelles persistent malgré l'évangélisation du christianisme. Le développement psychoaffectif d'Irène se passe dans une société patriarcale. Sa féminité est

²⁹ Directeur de l'hôpital, RD Congo, Thérapeute psychosomaticien

basée sur les **interdits**, les **tabous** ; et sa **sexualité féminine** se calque sur le **modèle masculin**, point de référence de la sexualité en général. **Qui es-tu Irène ?**

C'est la mère de la patiente qui répond à cette question au premier entretien avec Irène en présence de sa sœur aînée. Le récit de vie de la patiente est également raconté par sa mère, une femme castratrice. Elle est corrigée et aidée par la sœur d'Irène car leur mère n'a pas de notion des dates (elle ne connaît pas sa propre date de naissance). La date de naissance d'Irène n'est pas non plus connue.

Irène, âgée de 16 ans est la huitième naissance d'une fratrie de 10 enfants dont le père est décédé depuis 3 ans. Elle a marché tard (sans marcher à quatre pattes) stimulée par une voisine. La patiente a développé les seins à l'âge de 8 ans et s'est vite retrouvée avec une « poitrine trop lourde ». C'est un élément culturel anormal. La patiente était un sujet des moqueries dans sa propre famille, dans le village et à l'école. Une telle fille est contrainte de quitter sa famille et aller vivre chez sa tante maternelle, pourvue de pouvoir symbolique. Celle-ci est chargée de taper des petits coups sur les seins pour les rétrécir. La patiente a eu ses premières règles, surprise à l'école, à l'âge de 14 ans. Elle n'y était pas préparée ce qui a occasionné des moqueries de la part de ses camarades. Dès lors, Irène était prise en tenaille entre la menace maternelle (la poussant d'aller à l'école) et la phobie scolaire.

Irène a somatisé à l'âge de 14 ans (Jean-Benjamin STORA, *Quand le corps prend la relève*). Deux grosses affections dermatologiques se sont formées sur les mamelons (sur une surface de 5 centimètres). Les plaies étaient infectées et surinfectées après plusieurs traitements traditionnels, 5 hospitalisations et les prières d'exorcisme. Irène est rentrée dans sa propre famille en piquant des crises (colère refoulée, pression artérielle, fièvre) qui provoquent la pression artérielle de sa mère. A la demande de celle-ci, la sœur aînée de la patiente lui trouve une famille d'accueil pour protéger leur mère. La mère d'Irène m'avait amené sa fille pour l'exorciser car elle affirme qu'on lui a jeté des mauvais sorts. La maman décrit sa fille comme une distraite, sans compétences scolaires, une source de dépenses. Pendant cette description dénigrante, la patiente est enfoncée dans le fauteuil en position fœtale et son regard fixé sur moi. J'interprète ce regard comme une demande d'aide : l'extraire du carcan familial. J'avais relevé quelques problématiques chez la patiente (le complexe d'œdipe, la névrose de caractère, la personnalité carencée). Je les ai abordées en soignant en même temps les plaies et en faisant face aux attitudes de contrôle, de surveillance, d'interdiction de la mère voulant « protéger » sa fille.

Un jour la patiente avait profité d'un petit moment d'absence de sa mère pour se mettre en colère (verbalisée). Elle m'avait confié que sa mère l'accusait d'avoir couché avec le collègue (35 ans) de celle-ci, que la famille d'accueil la traitait de prostituée et qu'elle était harcelée par un homme d'une cinquantaine d'années. Malgré mon instance et ma promesse de la protéger, Irène m'avait interdit d'en parler à sa mère.

La culture d'Irène est-elle préparée pour une psychothérapie intégrative ? La réponse devrait être nuancée. Mais, je n'aborde pas cette question ici. Il y a tout de même un paradoxe à relever. Bien que la patiente et sa famille estiment que la cause de la maladie (agresseur malveillant) vient de l'extérieur. Et que cela bouleverse ma démarche, partir de l'intérieur (inconscient, « Connais-toi toi-même ») vers l'extérieur (affection dermatologique). Je remarque bien qu'il existe un inconscient chez Irène (et sa famille) qui met en scène les problématiques essentielles et existentielles de la psychothérapie intégrative : identification, idéalisation, projection, introjection. C'est vrai qu'il n'y a pas de pierre d'attente dans la culture d'Irène pour recevoir l'analyse clinique. Mais le besoin est là. C'est-à-dire que la résistance culturelle est un enfermement psychique, résultats des facteurs socioculturels qui empêchent le « Moi » à se déployer. Or, l'endroit idéal pour ce déploiement est la parole en tant qu'outil incontournable de la clinique. Or la hiérarchie pyramidale de la famille de la patiente n'offre pas un cadre sécurisant où la liberté de la parole devient elle-même clinique. Dans une telle organisation familiale, Irène est psychiquement une petite fille fixée encore à l'âge préœdipien, « sauvée » par la colère et la religion. Elle est ruinée par la culpabilité et la honte archaïque.

Les conséquences néfastes du manque de la liberté d'expression sont observées également pour le rapport au corps (la sexualité). Les éléments socio-culturels empêchent Irène d'investir son corps. Nous en parlons moins en thérapie et le discours est censuré par la mère de la patiente. Les postures corporelles d'Irène sont dictées par sa mère. Mes propositions pour le bien-être de la patiente (massage, jeux, sport) sont rejetées par sa mère. Cela a créé une résistance à la psychothérapie vu l'importance centrale du corps dans l'analyse clinique. C'est aussi son corps qui pouvait me permettre de reprogrammer son développement psychique. Les interdits sexuels n'ont permis à la patiente de façonner son identité, d'entrer en relations ni de constituer la structure de l'inconscient. Ma posture d'une mère bienveillante et empathique était brouillée par la relation mère-fille ambivalente (alternance d'amour et de conflit, de proximité et de distance). Malgré tout, je servais de pare-excitations dans une relation de face à face afin de favoriser le processus d'identification d'Irène pour essayer de réanimer son psychisme. Pendant les séances la mère de la patiente voulait contrôler la sexualité de sa fille. Le début de

plaisir réveillé chez ma patiente était frappé de suspicion par sa mère. Ce qui rendait difficile l'analyse clinique et les soins (pansement) était l'organe en jeu, les seins. Dans la culture d'Irène les seins symbolisent la féminité, la maternité ; et c'est la mère de la fille qui doit les protéger. C'est le « sein psychosomatique » (Bion). Malgré les petites avancées, la mère de patiente a mis fin à la psychothérapie dès la rémission somatique de sa fille. La problématique œdipienne restant en souffrance.

En somme, il s'agit ici de la résistance d'ordre social et non pas une résistance narcissique (Freud, *Psychanalyse de la vie quotidienne*). Car la culture d'Irène n'a pas été préparée pour accueillir l'analyse clinique. La démarche psychothérapeutique avait remis en question les bases de certaines valeurs (pudeur, honorabilité, tabous, interdits...). La mère de la patiente m'a toujours regardé comme un prêtre (un homme) et non pas comme un psychothérapeute qui peut penser et panser les seins d'une femme. Or, ce qui a « déverrouillé » le psychisme d'Irène est la communication tactile que j'ai entretenue avec elle. Ce n'est pas la psychothérapie en tant que telle qui a posé problème, mais sa démarche qui a surpris certains éléments culturellement investis. Parce que la culture d'Irène reconnaît bien la réalité de l'inconscient, l'identification, d'idéalisation, de projection, d'introjection. **Il convient maintenant que je cherche, chez mes patients-es, les éléments culturels qui favoriseraient la psychothérapie intégrative.**

Bibliographie

Houballah, A. (2007). *Résistance culturelle à la psychanalyse*. Topique, 98(1), 79-90.

Lacan, J. (2006). *Séminaire « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Les fondements de la psychanalyse »*. Essaim, no 17(2), 65-82.

Magnenat, L. (2017). *Sein psychosomatique et sein alexithymique : une perspective psychosomatique bionienne*. L'Année psychanalytique internationale, 2017(1), 49-75.

Marty, P. (2006). *La relation objectale allergique*. Revue française de psychosomatique, no 29(1), 7-30.

Solal, J.-F. (2007). « *La parole, c'est la cure* » Revue française de psychanalyse. 71(5), 1679-1687.

Stora, J. B. (2011). *Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques*, ed. Odile Jacob, Paris 1ère édition 1999

Stora, J.B. (2013). *La Nouvelle Approche Psychosomatique, 9 cas cliniques*, MJW- Féditions, Paris.

Stora, J.B. (2021). *L'être humain est une unité psychosomatique. Toutes les maladies sont psychosomatiques*. Édition Librinova.
