

POINT SUR LE CONCEPT DE PSYCHOSOMATIQUE

- l'indication pour un trouble psychosomatique, doit-elle plus s'appuyer sur la référence théorique du thérapeute ou plutôt sur la médiation utilisée par celui-ci ?
- en quoi certains troubles psychomoteurs peuvent-ils être considérés comme des troubles psychosomatiques ?

La psychosomatique interroge en premier lieu les médecins qui, en premier, sont confrontés aux souffrances psychosomatiques de leurs patients. Devant les singularités de ces symptômes, les psychanalystes ont cherché à élaborer plusieurs théories pour comprendre et aborder ces patients, avec lesquels l'abord psychanalytique habituel reste sans réponse. Il existe quelques courants¹ qui, loin de nous bercer dans l'illusion d'un modèle universel, font ressortir non seulement la difficulté de l'expérience clinique et de la théorisation mais aussi les particularités propres à chaque individu.

La psychomotricité a sa place aux côtés de ces théories psychanalytiques, qui sont cousines par leurs interrogations sur le corps en question. L'archaïque du corporel est si déroutant ! À côté des psychothérapeutes, les psychomotriciens sont aussi obligés de penser autrement leur relation au patient psychosomatique, car les approches habituelles ne *fonctionnent* pas.

Le choix idéologique n'est pas notre propos². Nous ne choisissons pas nos patients. Comme j'aime le dire, parfois je rencontre des patients très « kleinien », et d'autres fois je dois m'adapter aussi à des patients très « annafreudiens ». P. MARTY, J. GUIR, M. SAMI-ALI³, F. DOLTO, D.W. WINNICOTT et d'autres maîtres encore nous « accompagnent » pendant nos séances avec des patients tantôt « IPSOÏENS »⁴ et tantôt « GRESPIENS »⁵. Ce collectif psychique nous aide surtout à penser et à « inventer », à travers notre style personnel, la médiation qui « portera » ses fruits. Plus encore avec ce type de patient, ce n'est pas nous qui déterminons l'appui théorique qui guidera la relation et la compréhension. Je préfère ici parler de relation ou d'appui, car le terme « transfert » ne paraît pas adéquat dans le domaine psychosomatique. Ce point mérite d'être discuté. Les représentations issues de l'expérience sensori-motrice semblent gelées ou retenues, viennent à manquer chez le patient psychosomatique. Le problème se situe donc du côté du système préconscient où se forment les représentations (images, fantasmes, rêves), préfigurations de la pensée. La question du patient psychosomatique (si question il y a ?) n'est pas celle du névrosé qui est interprétable, conflictuelle, sexuelle, entre le conscient et l'inconscient.

COMMENT DÉFINIR UNE MALADIE PSYCHOSOMATIQUE ?

Du fait que l'organisation psychosomatique implique le corps, les maladies psychosomatiques sont souvent confondues avec l'hypocondrie et l'hystérie. Nous les excluons d'emblée car la lésion n'existe pas contrairement au domaine psychosomatique.

La somatisation regroupe aussi bien des maladies irréversibles (auto immunes et cancers), (C. SMADJA parle de somatisation par déliaison pulsionnelle), que des maladies plus bénignes et réversibles (asthme, céphalées, rachialgies...), (C. SMADJA parle de somatisation par régression psychique). Sans doute le moment déclencheur d'un diabète, de crises cardiaques voire une baisse des défenses immunitaires rendant sensible à une maladie virale sont dans certains cas des régressions psychosomatiques. F. DOLTO en donne une jolie formule. « *Il est bien connu qu'il ne faut pas d'émotions à un cardiaque, parce que les émotions touchent le cœur, celui de l'image du corps, celui des émotions ; c'est que ce cœur a une répercussion sur le schéma corporel, et sur le fonctionnement du cœur en tant que viscéral. Le « cœur de cœur », et « le cœur de viande », comme m'a appris à dire un enfant que je soignais, sont distincts, différenciables, mais parfois, dans la pathologie, interfèrent l'un sur l'autre.* »

Nul n'ignore aujourd'hui que les troubles qui portent sur le corps sont en croissance exponentielle⁶. Les atteintes corporelles des adolescents (scarifications, tatouages, piercings...) renvoient sans doute à des tentatives pour contenir ou canaliser ces excitations qui ne peuvent pas être symbolisées par la voie psychique. La clinique de l'adolescence, réactualisant l'archaïque du sujet, nous enseigne sur la constitution des fonctions essentielles au développement psychique, affectif et intellectuel. Les troubles cognitifs et l'instabilité psychomotrice dominant également les consultations infantiles et sont souvent associées à des expressions psychosomatiques. Dans le même registre de cette période archaïque où *l'image inconsciente du corps* se construit sur le *schéma corporel* en s'en différenciant, la clinique des états limites, par le biais des dépressions anaclitiques, nous aide à penser cette nouvelle approche de la souffrance.

Quand on connaît le rôle essentiel de l'aspect sensori-moteur dans le développement psychique et comment la pensée s'appuie sur le corps, l'assimilation de certains troubles psychomoteurs aux troubles psychosomatiques est une évidence. L'approche psychomotrice oscille entre rééducation et thérapie à médiation corporelle car la relation est au centre d'un nouvel *appui* apporté par le psychomotricien qui offre de nouvelles expériences sensori-motrices dans un environnement *porteur* et *symboligène*. De nombreux psychanalystes psychosomaticiens émettent aussi l'importance de cette fonction maternelle⁷, de *pare-excitation*, de *holding*, jouée par le thérapeute et à mon sens, en particulier par le psychomotricien. Le passage par un cadre autorisant une nouvelle mise en jeu de l'archaïque,

permet sans doute de « réaménager » ce point de jonction, cette interface entre la psyché et le soma. La question - *pourquoi ce trouble psychosomatique ?* – peut éventuellement s’élaborer ensuite, au cours d’un travail analytique plus classique. En aucun cas elle ne saurait être utile sans ce préalable *étayage organisateur des fonctions pensantes, cognitives et affectives*. La prédétermination du trouble, les effets transgénérationnels, les troubles précoces de la relation, les interprétations les plus intelligentes sur une causalité seront peut-être utiles mais à la condition *sine qua non* qu’une solution de continuité soit établie au préalable dans l’articulation somato-psychique du sujet. La mise en place d’un temps en rapport avec l’espace se noue dans cette relation particulière qui implique le « thérapeute » d’une manière vivante, innovante et originale. Ce qui peut être fait en relaxation (analytique ou non), en psychothérapie, en psychodrame et en psychomotricité, du moment que la médiation ne mette pas la relation, la réalité ni la personne du thérapeute à une distance « neutre et bienveillante » (comme dans les thérapies menées avec les névrosés, où il s’agit de manier le transfert, moteur de la cure).

En conclusion, j’émets l’hypothèse qu’avec un patient « psychosomatique », cette implication du corps et du sujet du thérapeute est le moteur de la cure du fait qu’il remanie la dynamique et la fonction sensori-motrice du patient.

Philippe SCIALOM

BIBLIOGRAPHIE

CALZA A. et CONTANT M., Conflictualité spatiale et sexuelle du corps en psychomotricité in *Thérapie Psychomotrice et recherches N° 128, Le champs de la psychosomatique en psychomotricité*.

DOLTO F., 1984, *L’image inconsciente du corps*, Seuil, Paris, Extraits.

GREPS, 1986-1987, (Groupe de Recherches Psychosomatiques du département de psychanalyse de l’École de la Cause freudienne) Recueil des cours et présentation de cas 1986-1987, Champs freudien 31, rue de Navarin 75009.

GUIR J., 1983, *Psychosomatique et cancer*, Points hors ligne, Paris, Extraits.

KREISLER L., 1987, *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Privat, Toulouse.

MARTY P., *L’ordre psychosomatique*

T1, 1976, Les mouvements individuels de vie et de mort, essai d’économie psychosomatique, Payot, Paris.

T2, 1980, Les mouvements individuels de vie et de mort. Désorganisations et régressions. Payot, Paris.

MOYANO O. et RODRIGUEZ M., 2001, Apport de la Psychosomatique en Psychomotricité : perspectives théoriques et incidences cliniques in *Thérapie Psychomotrice et recherches N° 128, Le champs de la psychosomatique en psychomotricité.*

SAMI-ALI M., 1974, *L'espace imaginaire*, Gallimard, Paris.

SCIALOM P. - 2002, Humanité d'aujourd'hui : à corps perdu ? *Enfances et PSY, N° 20*, Erès, dossier « le soucis du corps ».

- 2003, *Pièges à parents. Ces erreurs que nous commettons par amour.* Paris, L'Archipel (réédit. 2005, J'ai lu).

- 2005 : *Psycho-Ados : Lâchez-moi, mais ne me laissez pas tomber !* Paris, L'Archipel.

WINNICOTT D. W., 1999, Urticaire papuleuse et sensations cutanées (art. de 1934), in *L'enfant, la psyché et le corps*, Bibliothèque scientifique Payot, Paris.

Zazzo R., 1972 (Colloque sous la direction de), *L'attachement*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.

¹ Dans sa présentation de l'École de Psychosomatique de Paris, C. SMADJA fait un historique de l'approche psychosomatique et de quelques points de vue sur le sujet. Nous ajouterons, outre les auteurs qui « parlent » plus aux psychomotriciens (F. DOLTO, D. ANZIEU, D.W. WINNICOTT), le travail de M. SAMI-ALI et aussi celui de J. GUIR.

² M. RODRIGUEZ et O. MOYANO (2001) rappellent les principaux courants de pensée en apportant une critique constructive.

³ M. SAMI-ALI dirige le C.I.P.S. (Centre International de Psychosomatique, 56 avenue Mozart, 75016, Paris). Son courant de pensée « *paraît davantage recouper le champ de la clinique psychomotrice à partir de faits cliniques majeurs : SAMI-ALI a en effet été amené à constater des difficultés spatio-temporelles dans des affections aussi diverses que recto-colite hémorragique, diabète, céphalée, allergies, etc.* » A. CALZA et M. CONTANT.

⁴ IPSO de Paris, Institut de Psychosomatique, (Centre de psychosomatique pour adultes Pierre Marty et Centre de psychosomatique pour enfants Léon Kreisler). Voir plus loin l'article de présentation de la psychosomatique du docteur C. SMADJA, directeur de l'IPSO. Les membres de l'IPSO sont rattachés principalement à la Société Psychanalytique de Paris, freudienne.

⁵ GREPS, (Groupe de Recherches Psychosomatiques du département de psychanalyse de l'École de la Cause freudienne). Les membres du GREPS sont rattachés à l'École de la cause freudienne, fondée par J. Lacan. Pour J. GUIR, tous les phénomènes psychosomatiques peuvent être décomposés en trois temps : la séparation d'avec un être cher dans l'enfance, puis cette séparation douloureuse se répète, ou bien, elle est rappelée au sujet par un jeu de signifiants particuliers, enfin la lésion apparaît.

La lésion a les caractéristiques suivantes :

- a) elle est scandée par une date qui, en général, renvoie à la naissance d'un des membres de la famille.
- b) la zone investie renvoie, par un mimétisme spécial, à la zone identique qui lui correspond chez la personne dont le sujet a été séparé. Cette zone qui est l'objet du mime peut elle-même être pathologique.
- c) c'est à la perte et à la rupture de son nom propre, de son identité, que le sujet se résigne par une lésion corporelle, dont la localisation renvoie au corps d'une autre personne de la famille.

La structure du langage ne s'incorpore pas comme on le voit dans les symptômes, les actes manqués etc. Dans les phénomènes psychosomatiques, ce qui se fixe dans le corps c'est un signifiant. « L'autre se laisse aller à écrire » au lieu de parler ? Le phénomène psychosomatique est à lire comme un hiéroglyphe spécial inscrit sur le corps. C'est un effet organique de l'image du semblable en rapport avec la perte, l'abandon ou la séparation de la personne aimée.

⁶ P. SCIALOM, 2002 et 2005.

⁷ L'évolution nette des psychopathologies évoque une difficulté parentale croissante à soutenir une fonction maternelle et une fonction paternelle qui ne permettent plus l'appropriation d'un pare-excitation suffisamment adaptable. Cf. P. SCIALOM, 2003.