

# Quand le sens se perd dans le corps

## Les perturbations psychosomatiques comme échecs de la fonction transcendante

**Mara Sidoli**

TRADUCTION **Françoise Caillet**

DANS **CAHIERS JUNGIENS DE PSYCHANALYSE** 1993/2 N° 77 , PAGES 43 À 55

ÉDITIONS **CAHIERS JUNGIENS DE PSYCHANALYSE**

ISSN 0984-8207

DOI 10.3917/cjung.077.0043

Date de mise en ligne : 05/12/2022

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-jungiens-de-psychanalyse-1993-2-page-43?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Cahiers jungiens de psychanalyse.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



# Quand le sens se perd dans le corps

## Les perturbations psychosomatiques comme échecs de la fonction transcendante

Mara Sidoli - *Santa Fe*

Dans cet article, je voudrais étudier des symptômes physiques graves qui apparaissent chez des patients à des étapes cruciales de leur analyse : soit quand un “grand changement” est annoncé dans les rêves, soit à la suite du travail d’interprétation dont le but est de fournir au patient le moyen d’accéder à son conflit psychique majeur. Mon hypothèse est que chez certains patients, quand une interprétation parvient à atteindre une zone primitive et profondément inconsciente, alors que le moi du patient tente d’obtenir un *insight*, le centre de la personnalité présente une résistance extrême à la symbolisation des contenus infantiles. Chez ces patients, de lourdes somatisations apparaissent. L’émergence de l’*insight* semble trop forte pour la psyché du patient. La poussée des affects atteint le seuil de la “zone de compréhension.” Elle semble la court-circuiter et se décharger dans le corps et dans ses organes. Ainsi, le corps fournit le dernier rempart contre l’intégration.

Les contenus affectifs primitifs et inconscients que j’ai observés renvoient à des expériences précoces de menaces mortifères dont on se défend par le clivage. Mon hypothèse est que ces affects primitifs suscités par certaines expériences de l’enfance n’ont pas été reconnus par la mère comme ayant un sens psychique. Ce qui veut dire que la mère n’a pas été capable de transformer pour son enfant l’excès des contenus affectifs, soit parce qu’elle était émotionnellement perturbée, soit parce qu’elle était absente émotionnellement ou physiquement.

Au cours de mon expérience analytique, j’ai noté que les patients, enfants ou adultes, qui réagissent somatiquement, sont en général des gens très doués qui, au début de leur analyse, utilisent de fortes défenses du moi. Elles ont permis au patient de bien fonctionner dans certaines zones de leur personnalité malgré un noyau très primitif où prédominent des affects archétypiques, encapsulés dans les défenses du Soi.

Pour Michaël Fordham, ces défenses du Soi sont les premières à être mobilisées à l’intérieur du Soi primaire de l’enfant. Elles fonctionnent comme un système de défense total dans le but de survivre quand la mère ne peut pas fournir l’attention émotionnelle de base et que l’enfant est exposé à la panique et à la terreur de la sur-

vie. Ces contenus affectifs précoces non digérés ne sont pas, comme on pourrait l'attendre, rejetés par ces patients sur le mode de violents épisodes psychotiques ou par des dépressions régressives. Mais, de façon mystérieuse, ils pénètrent la sphère somatique et se perdent dans les méandres du corps où ils produisent des réactions physiques violentes au lieu d'être transformés en images mentales ou en fantasmes qui pourraient plus tard être assimilés.

J'ai observé que ces patients produisent aussi des images archétypiques mais qui sont désaffectées (comme dans les cas d'alexithymie)<sup>1</sup>. Ces patients observent leurs propres images sans ressentir aucune émotion. Ils se protègent de l'horreur, de la panique et du désespoir évoqués par les images archétypiques se rapportant à leur vécu et ont tendance à les considérer comme des créations artistiques. Chez ces patients, les zones primitives archétypiques ont été coupées du reste de leur personnalité souvent bien développée. La mémoire émotionnelle s'est perdue dans la mémoire somatique archaïque du corps qui est utilisée comme une sorte d'entrepôt.

### *La théorie jungienne de la bipolarité des archétypes*

Cette hypothèse est compatible avec la théorie de Jung qui considère les archétypes comme des "entités inconscientes ayant deux pôles, l'un qui s'exprime par des mouvements instinctuels et des pulsions, l'autre sous la forme de fantasmes"<sup>2</sup>.

Je voudrais faire l'hypothèse que ces deux polarités de l'expérience archétypique ont été clivées chez le patient enclin à la somatisation en deux moitiés distinctes : le corps et la psyché. La part instinctuelle restant logée dans le corps et la partie spirituelle devenant une image vide.

Il ressort, de l'exploration de l'histoire personnelle de ces patients, qu'ils ont tous fait l'expérience précoce d'une relation émotionnelle perturbée ou traumatique avec leur mère qui n'a pas été capable de médiatiser les décharges affectives violentes et archétypiques de leur enfant. Ce manque n'a pas permis à l'expérience corporelle archétypique de se représenter mentalement de façon stable dans le sens proposé par Jung quand il écrit que "l'image représente le sens de l'instinct"<sup>3</sup>.

La capacité à faire du sens avec les décharges affectives est innée chez le bébé humain, mais, dans les premiers stades, étant donné que les besoins instinctifs sont gouvernés par la règle du tout ou rien, ce potentiel a besoin de la mère pour le guider et le soutenir. Elle sert de modèle à un fonctionnement symbolique chaque fois qu'elle est capable d'offrir un contenant sûr aux tensions instinctuelles de l'enfant.

### *La fonction transcendante et le fonctionnement symbolique*

"L'aller et retour des arguments et des affects représente la fonction transcendante des opposés. La confrontation des positions crée une tension énergétique source de

1. Alexithymie : mot d'origine grecque (*a* : sans, *lexis* : mot, *thymos* : corps ou affectivité). Désigne le fait que le sujet manque de mots pour nommer ses états affectifs ou (s'il peut les nommer) le fait qu'il n'arrive pas à les distinguer les uns des autres. (N. d. T.)

2. Michaël Fordham, *New developments in Analytical psychology. Theory and concept of archetypes*, Londres, 1957.

3. C. G. Jung, *Les racines de la conscience*, Paris, Buchet/Chastel, 1971, p. 523.

vie, un troisième terme (...) une nouvelle situation”<sup>4</sup> écrit Jung, ce à quoi je voudrais ajouter : à chaque fois qu’il y a une conscience suffisante capable d’imaginer la nouvelle situation.

Il ajoute : “La fonction transcendante apparaît donc comme une propriété des contraires rapprochés. Aussi longtemps qu’ils sont tenus éloignés – naturellement afin d’éviter le conflit – ils ne fonctionnent pas et demeurent inertes. Quelle que soit la forme sous laquelle les contraires apparaissent chez l’individu, il s’agit toujours au fond du conscient qui s’est dévoyé et incrusté dans une position unilatérale, confronté avec l’image de l’entièreté et de la liberté instinctives.”

Ici, Jung a tendance à idéaliser la totalité instinctive en en faisant un équivalent de la liberté. Cependant, nous savons par l’observation et la connaissance de la petite enfance (qui est le stade le plus instinctif de la vie humaine) que la totalité instinctive est l’opposé de la liberté. Elle est accablante, impensable, et non maîtrisable pour l’esprit humain. L’image que se fait Jung de l’homme archaïque peut nous induire en erreur et elle risque d’être idéalisée et déconnectée du domaine de l’expérience individuelle ; ainsi, tandis que, d’un côté, il semble donner de la valeur à la fonction compensatrice de l’inconscient qui constelle l’homme archaïque, d’un autre côté, dans le même article, il met en garde contre les dangers que représente le “moi de l’inconscient libéré”. Son langage, qui est ici lourdement chargé de termes surmoïques, nous fait saisir la peur qu’il a de ses propres contenus instinctuels inconscients. Il décrit la “conscience” comme un moi aux défenses rigides, coupé de la “totalité instinctive”, tout en défendant l’idée d’un moi souple qui serait capable d’intégrer le conflit des opposés.

Je voudrais mettre l’accent ici sur le fait que la structuration du moi-conscience n’est pas décrite par Jung dans le contexte d’une relation duelle. Il semble qu’elle ait lieu dans un état d’isolement où le moi doit “gagner” tout seul ou succomber dans la lutte contre les monstres du monde archétypique. Jung semble décrire sa propre quête solitaire, guidé par un surmoi qui mène le moi de façon implacable, plutôt que par une mère de chair et de sang qui éprouverait de la compassion pour ses efforts. Ce faisant, en prenant une position moralisatrice, Jung semble contredire sa propre théorie sur la valeur heuristique de l’inconscient. Je vais tenter de démêler certaines de ces contradictions.

### *L’apport de Fordham*

En conceptualisant le Soi primaire (le Soi au début de la vie) comme unité psychosomatique, sorte de schéma directeur à partir duquel le conscient et l’inconscient se différencieront grâce aux dynamismes de dé-intégration et ré-intégration du Soi favorisés par l’activité archétypique, Michael Fordham a ouvert une nouvelle voie de compréhension des phénomènes psychiques précoces et réggressés.

Le Soi primaire dé-intègre tout de suite après la naissance (ou même avant). Autrement dit, il s’ouvre en direction du milieu afin de rencontrer l’objet qui satis-

4. C. G. Jung, *L’Âme et le Soi*, Paris, Albin Michel, 1990, p. 176 § 221.

fera ses attentes archétypiques. Puis il ré-intègre en retournant en lui-même pour assimiler et digérer cette expérience.

Cette dynamique se reproduit de nombreuses fois, selon les rythmes individuels, et présuppose l'attente d'un objet qui apportera une satisfaction : la mère. La valeur de cette perspective est qu'elle met l'accent sur l'attente archétypique d'une relation qui s'incarne alors dans la relation duelle mère-enfant. Cela présuppose donc deux dynamismes concomitants, conditionnés par l'archétype : la dé-intégration et ré-intégration du Soi primaire et, simultanément, l'aller et retour de la communication à l'intérieur du couple mère-bébé. Dans ce sens, le concept d'archétype est utile puisqu'il se réfère à des schémas innés de comportements et à l'activité mentale qui les accompagne.

Utilisons maintenant le concept jungien de fonction transcendante en l'incarnant dans la métaphore du couple mère-nourrisson où "l'aller et retour des paroles et des affects" doit être imaginé dans un modèle relationnel à deux corps plutôt que dans un seul, "héroïque" et solitaire. De ce point de vue, dit Jung, "la tension chargée de l'énergie issue de la confrontation crée une chose vivante". C'est ce que j'appellerai "un état de relation émotionnel". Les créations symboliques se développent au sein de la relation, utilisée métaphoriquement comme une scène où l'interaction des opposés peut être vécue en sécurité. Selon Winnicott, "le jeu symbolique" a lieu quand on est capable d'être "seul en présence de l'autre".

Si maintenant nous supposons que, dans des circonstances normales, la mère aide le nourrisson à faire du sens avec ce qui lui vient du monde et de lui-même, nous pouvons imaginer la croissance de la conscience comme un processus qui a lieu au sein du contenant que représente la relation duelle.

Cependant, certaines mères, parce qu'elles sont perturbées, sont dans une relation de dépendance envers leur bébé. Elles s'accrochent à eux comme à une partie d'elles-mêmes qu'elles ne peuvent lâcher par peur d'une mutilation catastrophique. Ces mères clivent des contenus inconscients très puissants que leur psyché ne peut pas supporter. En conséquence, ces émotions et ces pensées deviennent complètement forcloses et interdites à leurs enfants. De la même façon, les zones physiques ou les fonctions physiologiques déniées par la mère deviennent interdites et désaffectées pour l'enfant afin d'empêcher que se rompe le lien mère/bébé. Il s'ensuit que les aspects physique et émotionnel de fonction contenant de la mère ne peuvent être différenciés, ni par la mère, ni par le bébé.

### *Les états et les solutions psychosomatiques*

Dans son livre *Théâtre du corps*, Joyce Mac Dougall écrit : "Dans les manifestations psychosomatiques, le dommage physique est bien réel, et sa description dans le cours d'une analyse ne relève pas, à première vue, de conflit névrotique ou psychotique. Le "sens" est d'ordre pré-symbolique et court-circuite la représentation de mot... Dans les états psychosomatiques, c'est le corps qui se comporte de façon "déli-rante... Le corps est devenu fou..."<sup>5</sup>

Elle émet l'hypothèse selon laquelle les manifestations somatiques ont tendance à surgir à la place de peurs et de souhaits psychotiques non reconnus. Mac Dougall ajoute à la liste classique des troubles somatiques : asthme, ulcère gastrique, colite, infections de l'appareil respiratoire, arthrite, affections de la peau (tous des cas d'altération de la santé dans lesquels les facteurs psychologiques jouent un rôle important), une prédisposition aux accidents, un abaissement des défenses immunologiques, les problèmes de dépendance. Elle y voit des tentatives pour gérer des conflits angoissants, en brouillant temporairement la conscience de leur existence en s'accrochant à ce qui est factuel. Je trouve ce qu'elle dit là très utile dans le travail avec ce genre de patients.

Les patients psychosomatiques manquent d'imagination. Chez eux le lien entre le pôle instinctif de l'expérience et sa représentation mentale a été rompu ou n'a jamais été établi. Ainsi les proto-images (proto-fantasmes et éléments corporels archaïques) sont restés enfouis ou encapsulés dans le pôle physique inconscient de l'archétype. N'ayant pas été nommés par la mère, ils restent silencieux, inarticulés et n'ont accès ni à la pensée préconsciente ou consciente ni aux rêves.

Je voudrais maintenant vous présenter trois patients : deux femmes et un enfant qui ont montré une tendance dramatique à la somatisation au cours de leur analyse. Deux d'entre eux venaient trois ou quatre fois par semaine en analyse et le troisième une fois par semaine en psychothérapie analytique.

### *Ronnie, la froide sensation de la séparation*

Ronnie utilise ses bronches pour contenir les mauvaises choses qu'il a accumulées dans les premiers jours de sa vie. Il avait trois ans quand il m'a été adressé. Ronnie était un enfant très intelligent et loquace qui présentait une variété de symptômes névrotiques au stade de la séparation d'avec sa mère, tels que cauchemars, comportements d'agrippement et phobies. Il était né prématuré de deux mois et avait passé les deux premières semaines de sa vie dans une couveuse, où il avait été gravement malade : il avait eu une pneumonie et avait frôlé la mort.

J'ai exposé ce cas dans mon livre *The unfolding self*<sup>6</sup> et je n'évoquerai ici qu'un seul épisode dramatique dans le cours de son analyse. Cela eut lieu juste après une rencontre que j'avais eue avec ses parents, qui l'avait rendu très anxieux.

À la séance suivante, Ronnie se plaignit amèrement de la méchanceté de ses parents et m'accusa, moi aussi : il me dit qu'il ne voulait ni revenir ni me revoir. Plusieurs séances suivirent pendant lesquelles il refusait d'entrer dans la pièce sans sa mère, puis il tomba malade, ce qui l'empêcha vraiment de venir. Il resta absent quatre semaines, souffrant d'une mauvaise bronchite avec une grave infection de l'appareil respiratoire. L'analyse était impossible. Ses parents s'inquiétaient car les antibiotiques ne semblaient pas efficaces.

Je compris sa somatisation comme une régression à ses premiers jours en cou-

5. Joyce Mac Dougall, *Théâtre du corps*, Paris, Gallimard, 1989, p. 34.

6. Mara Sidoli, *The unfolding self*, Boston, Sigo Press, 1990. Analysis as a space for separation.

veuse, mais aussi que sa maladie était le seul moyen, acceptable par sa famille, qu'il avait de négocier avec sa rage. Ainsi pouvait-il être à la fois conforté et tenu hors de ma présence qui le bouleversait tellement.

Après sa maladie, je dus m'absenter pendant une semaine. Quand il revint, nous eûmes affaire à un fort transfert négatif. Il voulait me tirer dessus, me mordre et, de temps en temps, il réussissait en fait à me taper très fort. Je résistais à ses attaques et lui parlais des sentiments qu'il avait éprouvés quand je n'avais pas été le voir pendant sa maladie, ce qui lui avait fait revivre ce qu'il avait ressenti à sa naissance, c'est-à-dire d'être abandonné par sa mère, sans protection, dans l'hôpital où les méchants médecins le torturaient. En réponse à cette interprétation, il se mit à tousser, ce qui dura un long moment. Il paraissait si misérable que je lui dis qu'il se sentait mal et que, comme les docteurs, je le faisais se sentir plus mal encore. Il s'arrêta alors de tousser et recommença à jouer.

A la séance suivante, il se portait à nouveau bien. Il arriva à la séance en faisant semblant de porter un bébé cheval dans ses mains. Il me dit que le cheval était né au moment où il avait commencé son analyse et qu'il souffrait d'une mauvaise toux. Il fabriqua quelque chose qui ressemblait à une couveuse (un endroit semblable à un utérus) et me dit que le cheval devait rester là et se tenir au chaud jusqu'à ce qu'il soit rétabli. Il prenait grand soin du cheval et lui parlait. Au bout d'un certain temps, il dit que le cheval allait mieux maintenant et il quitta la séance de très bonne humeur.

Au cours de cette grave somatisation, Ronnie avait réussi à régresser jusqu'à son horrible expérience de la toute petite enfance que j'avais pu contenir dans mon esprit et avec laquelle j'avais pu être en empathie (rêverie maternelle de Bion).

Grâce au travail analytique, les éléments qui n'avaient pas accédé à une forme mentale mais qui ont été exprimés par le corps comme la répétition de son expérience catastrophique précoce (proche de la mort) trouvèrent une expression symbolique. Après cette grave somatisation, sa tendance à somatiser fut spectaculairement réduite.

### *Mary et l'armure, une séance par semaine*

Mary approchait de la quarantaine quand elle vint me voir pour une thérapie. D'après le récit de son histoire précoce, je m'attendais à ce que le transfert constelle ses premières privations et je me demandais si elle serait capable de tolérer la frustration et la souffrance qui allaient être dégagées dans un cadre-temps analytique aussi lâche.

Par ailleurs, elle était vivante, intelligente et décidée, ce qui m'encouragea à la prendre. Elle aurait eu besoin de trois ou quatre séances par semaine mais elle ne pouvait venir qu'une seule fois. Ces facteurs limitant sa présence créèrent de réelles difficultés qui, je le savais, allaient rendre son travail psychologique très difficile. Nous avons parlé des difficultés que le traitement allait occasionner. Elle semblait prête à les assumer comme pour défier son côté héroïque et elle ne parut pas découragée.

Elle travaillait avec des adolescents comme conseiller scolaire. Elle avait élevé un enfant toute seule et avait été mariée et divorcée plus d'une fois. Elle me dit qu'elle

voulait comprendre ses états d'âme et son profond sentiment de non valeur. Son attitude corporelle me frappa dès le début et j'eus le fantasme qu'elle portait un corset rigide. Elle était de taille moyenne et avait un visage intéressant avec des yeux expressifs et un sourire attrayant. Elle me dit que quand elle avait 11 semaines, sa mère fut à nouveau enceinte et dut subir une longue hospitalisation à cause d'une colite ulcéreuse évolutive qui mettait sa vie en danger. Mary et ses deux sœurs plus âgées furent confiées à leur père et à leur grand-mère maternelle.

Au début, elle fut incapable de relier ses peurs et difficultés actuelles aux sentiments ressentis par son soi bébé lors du drame de la séparation et de la maladie de sa mère.

Dans le transfert, elle exprimait une peur de la proximité émotionnelle qu'elle compensait par une recherche désespérée d'intimité physique dans des relations amoureuses qui finissaient par devenir sadomasochistes. J'avais le sentiment qu'une seule séance de thérapie par semaine était une torture pour ses besoins infantiles, mais elle ne s'autorisait pas à le reconnaître. Elle déniait toute difficulté et semblait ressentir que mon insistance à ce sujet était quelque peu étouffante.

Dans le contre-transfert j'avais conscience de sa frustration et je la lui interprétais mais sans effet. J'étais souvent affectée par ses "passages à l'acte", que je pouvais seulement contenir de loin, ou dont j'entendais parler plus tard. Je me sentais anxieuse et impuissante. Les sentiments que je ressentais renvoyaient à son état émotionnel infantile, quand sa mère l'avait laissée. J'eus longtemps à les ressentir à sa place car elle ne pouvait pas y avoir accès.

Je mis longtemps à pouvoir l'aider à relier son vécu dramatique précoce aux affects clivés qui s'y rapportaient. Elle parla de son adolescence et d'une grave scoliose pour laquelle elle avait subi une opération de la colonne vertébrale, suivie du port d'un corset pendant toute cette période.

Au début, elle racontait ses souffrances de façon factuelle, comme si elle racontait son histoire médicale à un médecin (Mac Dougall). Je me demandais ce qu'elle avait pu éprouver à être ainsi enfermée pendant la plus grande partie de son adolescence. Combien de peur, de souffrance, d'anxiété, de sentiments d'infériorité et de dévalorisation elle avait dû éprouver pendant que les autres adolescents (son frère y compris) pouvaient faire du sport et s'amuser.

Une relation très ambivalente, faite d'amour et de haine, envers son petit frère émergea au cours des séances. Elle admit qu'elle s'était sentie responsable du malheur de son frère, en se souvenant qu'elle avait souhaité être débarrassée de lui qui, dans la réalité, avait été la cause de la maladie de sa mère. Dans ses fantasmes cependant, à un niveau beaucoup plus profond, c'était sa propre avidité infantile et ses revendications qu'elle rendait responsables de l'hospitalisation de sa mère. Dans le transfert elle était extrêmement attentive à ne rien exiger de moi, de peur que je ne tombe malade et que je ne l'abandonne, moi aussi. Il y eut deux séances où j'arrivai en retard à nos rendez-vous et, malgré toutes mes tentatives pour accéder à sa contrariété évidente et à sa colère, elle ne cessa de m'assurer que tout allait bien et que ce sont des choses qui peuvent arriver ! Elle devenait très compréhensive, inventant des

excuses pour me protéger, terrifiée à l'idée de ressentir un quelconque sentiment négatif à mon égard.

Peu de temps avant qu'elle ne vienne en thérapie, son frère, un skieur professionnel, avait été pris dans une avalanche et avait perdu une jambe. Mary avait été terriblement marquée par sa mutilation. Durant nos séances, nous avons finalement pu accéder aux sentiments inconscients d'hostilité et de rivalité qu'elle nourrissait à son égard.

Dans la deuxième année de sa thérapie, nous nous sommes occupées de son problème de dos. Elle se mit à pratiquer les arts martiaux et elle travailla aussi sérieusement à rendre son corps flexible qu'elle s'appliquait à comprendre ses conflits psychiques.

Lors des interruptions, elle déniait ses angoisses mais engageait généralement une relation amoureuse pour remplir le vide de mes absences, comme elle l'avait fait au moment de la maladie de sa mère, en s'attachant à sa grand-mère pour survivre. Il lui fallut trois ans pour pouvoir admettre qu'elle se sentait perdue et que je lui manquais pendant l'interruption des séances.

Peu après mon retour, quelques souvenirs oubliés de son enfance revinrent à la surface en même temps que des sentiments d'angoisse qu'elle avait eu l'habitude d'éviter. Je sentais que ses défenses précoces contre la souffrance provoquée par la séparation catastrophique de l'enfance commençaient à lâcher. Puis elle tomba malade : une bronchite sévère, une fièvre élevée et des douleurs dans la poitrine qui durèrent plusieurs semaines et résistèrent au traitement.

Pendant sa maladie, elle ne put se rendre à ses séances et elle ressentit l'étendue de sa souffrance et du sentiment d'abandon, associés à la peur de la mort, exactement comme dans son adolescence lors de son opération du dos.

À la première séance qui suivit sa maladie, elle me dit qu'elle se sentait faible, perdue, confuse et effrayée mais qu'elle ne pouvait pas mettre en mots ce qui provoquait sa peur. Je lui demandai d'essayer de lui donner un nom. La semaine suivante elle revint, elle se sentait beaucoup mieux : "j'y ai pensé" dit-elle immédiatement, le nom qui m'est venu, c'est "la mort".

Nous commençâmes alors à explorer sa terreur et ce qui apparut, c'est que le jour où elle tomba malade était le jour anniversaire de son opération ; pour la première fois, vingt-huit ans après, elle avait été à nouveau capable de ressentir la panique et la terreur qu'elle avait déniées et refoulées dans le passé. "C'était horriblement douloureux et je ne pouvais pas bouger. C'était le jour où John Kennedy a été tué, et tout le monde écoutait les nouvelles. C'était plus important que ma douleur". Elle continua à décrire sa souffrance et elle ajouta, sans que rien ne l'eut laissé prévoir : "Vous savez, ma tante est morte quelques mois plus tôt, de la même opération à cause d'une erreur commise par le chirurgien. Nous étions tous au courant mais mes parents et moi l'avions occulté à l'époque." L'horreur de la mort de sa tante avait réveillé la panique précoce et l'expérience terrifiante datant de l'époque de l'hospitalisation de sa mère. Aucune de ces émotions n'avait été reliée par ses parents à l'opération de Mary et la peur et la panique liées à ces deux expériences n'avaient jamais

été formulées : c'était un événement silencieux de sa vie qui n'avait pas eu accès à son conscient mais que son corps avait mis en scène.

### *Élisabeth et "la froide enveloppe", la peau comme contenant*

Élisabeth avait environ 35 ans quand elle vint me voir. Elle se sentait déconnectée de la réalité de son présent comme dans un pays étranger, froid et rejetant. Elle avait trois enfants dont elle était très fière mais son mariage était en pleine débâcle.

Élisabeth était une vraie aristocrate au sang bleu. Séduisante et distinguée, contrôlée et extrêmement froide, elle avait à mon égard une attitude supérieure et quelque peu arrogante : j'étais une personne qui avait besoin de travailler pour gagner sa vie comme la gouvernante de son enfance. Il apparut rapidement que sa mère, belle et talentueuse, qui vivait dans le château familial, était gravement alcoolique. Élisabeth se sentait coupable de trouver la conduite de sa mère insupportable et de ne pas être capable de l'aider. Elle avait eu une enfance perturbée, ayant toujours dû s'occuper de sa mère alcoolique. Elle avait neuf ans quand ses parents divorcèrent. Son père, de fait, l'abandonna, lui laissant la charge de la famille et de ses trois plus jeunes frères, comme elle le disait. Elle lui en voulait mais l'aimait et le respectait néanmoins.

Il était difficile d'instaurer et de tenir un cadre analytique ferme avec Élisabeth, car, bien que je sois parvenue à la voir trois fois par semaine, elle était terrifiée à l'idée d'entrer dans une relation intime avec moi, et encore plus d'être analysée. Elle utilisait ses obligations sociales ou familiales pour manipuler le cadre analytique. J'avais à être très ferme, interprétant sa double terreur d'attachement et de proximité. Il me semblait qu'elle avait peur de se retrouver dépendante de la mère/analyste en état de manque qui la détruirait. Elle se raidissait sur le divan, parlant d'une voix monotone et maniérée et elle nous tenait, moi et mes interprétations, à bonne distance. Elle parlait, sans aucune émotion, tant des épisodes atrocement douloureux de son enfance que des relations sexuelles perverses avec son mari. De même ses rêves contenaient du matériel archaïque psychotique dont elle parlait sans affect. Elle avait été anorexique pendant quelques années autour de ses vingt ans mais elle n'avait pas été soignée. Jeune fille elle s'était sentie très peu séduisante comparée à sa mère, très belle, qui avait de nombreux admirateurs. Elle avait épousé son actuel mari, qui était le fils du second mari de sa mère, plus pour faire concurrence à sa mère que parce qu'elle était amoureuse de lui. Après quelques années, elle eut une liaison avec un parent de son mari. Cette rencontre qui resta secrète s'arrêta rapidement et elle se sentit sale, coupable et devant expier. Elle se tourna vers des pratiques religieuses et pour faire pénitence se dévoua à sa famille et à son mari qui avait déjà commencé à la maltraiter et à l'avilir. Quand son mari lui dit qu'il voulait divorcer, elle tomba gravement malade : une défaillance rénale dont elle faillit mourir. Elle prit le rejet de son mari comme la punition de son infidélité incestueuse et continua à s'accrocher à lui, acceptant qu'il la traite de façon extrêmement dégradante avec des abus de langage.

Telle était la situation quand elle vint me voir et presque chaque nuit elle rêvait que son mari avait été tué ou qu'on le torturait, ou bien qu'elle avait été éventrée et qu'elle saignait à mort. Pendant que tout cela se passait dans son monde intérieur, elle apparaissait très calme, détachée, non affectée.

Elle avait fait des études artistiques et s'intéressait à la peinture et à l'architecture pour lesquelles elle était très douée. Ses rêves étaient pleins d'images que l'on pouvait seulement regarder, que je ne devais pas toucher. La seule zone qu'elle me laissait toucher et travailler était la relation à ses enfants, dans laquelle elle se sentait à peu près confortable. C'est ainsi que j'utilisais les sentiments de ses enfants pour lui présenter l'enfant intérieur et les sentiments qu'elle lui portait. Progressivement, elle commença à parler de son enfance solitaire en compagnie des domestiques. Ses parents étaient rarement disponibles. Ils allaient à de nombreuses réceptions et ne passaient dans la nurserie, à l'heure du coucher, pour voir les enfants, qu'à de rares occasions. Elle se comportait aussi bien pendant les séances que ses parents l'avait exigé d'elle durant son enfance.

Pendant la deuxième année de son analyse, alors que nous travaillions sur le thème de la séparation du mari et de la mère, celle-ci mourut tout d'un coup d'une intoxication alcoolique aiguë. Élisabeth se sentit tout à la fois envahie de culpabilité et curieusement soulagée. Elle ne versa pas une larme, mais petit à petit se développa un grave eczéma sur ses mains et son visage. Sa peau était couverte d'écailles comme un reptile à sang froid. Elle se grattait, ses mains saignaient et la faisaient souffrir. Elle se souvint d'avoir eu le même eczéma bébé, à l'âge de douze mois, quand ses parents l'avaient laissée pour faire une croisière et qu'ils avaient été absents trois mois. On avait dû l'attacher à son lit tant elle se grattait et pleurait toute la nuit.

Dans le contre-transfert je ressentais beaucoup sa souffrance, mais elle rejetait mon sentiment empathique et je n'étais pas autorisée à m'approcher d'elle affectivement, ni à toucher les sentiments de la petite fille avec des paroles réconfortantes. Elle se durcissait et rejetait ma sollicitude qu'elle jugeait sentimentale et faible. Son eczéma et l' "enveloppe" de froide distance l'isolaient, comme si m'autoriser à la toucher émotionnellement aurait signifié pour elle se dissoudre dans une douleur insupportable, où elle se serait trouvée indissolublement mêlée au désespoir indicible de sa propre mère.

Elle ne pouvait pas se laisser pleurer, de peur d'être submergée par son désespoir pour lequel il n'y avait jamais eu d'autre contenant que sa propre peau. Mais maintenant, sous la pression de l'horrible souffrance, sa peau aussi, le dernier contenant, se fissurait et elle était terrifiée à l'idée de s'abandonner.

Elle décida qu'elle avait besoin de sauver le souvenir de sa mère de l'oubli en organisant une exposition de ses oeuvres dans sa ville natale afin qu'il y ait, comme elle disait, "quelque chose de bon dont elle et le monde pourront se souvenir". L'exposition fut un succès et cela lui permit d'éprouver le sentiment d'avoir concrètement opéré une réparation. Elle se sentit de nouveau plus contenue et plus responsable d'elle-même. Son eczéma s'améliora et disparut lentement.

Elle décida de divorcer, suivit des cours d'architecture et par la suite me dit qu'elle allait s'installer dans la ville natale de sa mère. Elle me congédia comme une servante dont on n'a plus besoin. Elle me quitta sans un merci et sans exprimer la moindre tristesse. Je me sentais mal et abandonnée dans le "froid", mais j'étais sûre que je la reverrai.

Une année plus tard, elle reprit contact avec moi. Elle était plus douce, plus mûre, et le ton de sa voix était plus chaud. Elle me raconta que dès son arrivée dans la maison de sa mère elle avait ressenti une envie de pleurer incontrôlable. Les larmes avaient jailli et elle avait sangloté pendant des semaines jusqu'à ce qu' "elle eut pleuré toutes ses larmes". Maintenant elle pouvait enfin me dire que je lui avais manqué et reconnaître combien le travail qu'elle avait fait avec moi l'avait aidée.

Les larmes qui avaient jailli étaient l'expression juste de sa souffrance. Dans le passé son eczéma avait exprimé sa peine de façon non verbale parce que son Soi bébé avait senti que ses pleurs étaient insupportables pour sa mère. Elle avait dû me quitter pour être suffisamment en sécurité pour laisser remonter sa souffrance. Si elle était restée, elle aurait eu peur que, comme la mère de son enfance, je l'engloutisse dans mon angoisse sans fond.

L'enveloppe faite de dédain froid et supérieur et d'absence de sentiment avait fondu et elle était devenue un être humain réel de chair et de sang, capable de souffrir et de le supporter.

### *Le corps comme contenant et comme signifiant*

Je voudrais maintenant faire l'hypothèse que le patient psychosomatique utilise son corps ou ses organes physiques (à la place des pensées de sa mère) comme contenant et comme signifiant ; comme une scène sur laquelle la souffrance psychique peut se jouer et éventuellement être soulagée. Le corps devient le contenant de la souffrance, indifférenciée mais concrètement visible, car c'est ainsi qu'elle est prise en charge et soulagée par la mère qui ne comprend la souffrance qu'en termes concrets. Il n'y a pas de place pour la douleur psychique qui est invisible et impalpable. Le symptôme somatique devient une expression, une dramatisation de la douleur psychique qui a qualité de "mime" plutôt que d' "oeuvre théâtrale". Un drame sans parole grâce auquel le corps de celui qui souffre recevra les soins (qui ont fait défaut lors de la relation primaire) qui, par ce truchement, apporteront soulagement et consolation à l'âme. J'ai remarqué que les patients somatiques viennent de familles dans lesquelles la souffrance ne peut être comprise qu'au plan concret, comme une maladie.

Au cours des séminaires d'observation d'enfants j'ai remarqué que, dans les familles où la mère n'est pas capable d'utiliser un langage imaginaire ou abstrait, et où elle dénie l'imagination et les fantasmes, les bébés apprennent à se servir du corps et de mots se référant au concret pour communiquer avec elle.

La façon dont j'utilise l'idée du corps comme contenant est un peu différente de celle de Bovensiepen. Dans "Le corps comme objet contenant", il décrit des patients adolescents qui traitent leur corps avec agressivité, autodestruction, lui infligeant des mutilations, mais qui ont des fantasmes à son sujet et qui semblent savoir, même

vaguement, ce qu'ils font à leur corps, bien qu'ils ignorent pourquoi ils le font<sup>7</sup>. Ils semblent dire : "ce corps est le mien et je peux en faire ce que je veux". Chez les patients psychosomatiques, les organes corporels prennent le dessus, et le patient est totalement inconscient de ce qui se passe.

Au cours de l'analyse, quand le processus d'intégration se met en mouvement, par suite de l'*insight* acquis en analyse, la somatisation est une forme particulière de l'*acting out*.

### *Les problèmes techniques qui se posent dans ce type de travail*

Quand ces patients viennent en analyse et que le processus d'intégration se met en route, il arrive souvent que de graves somatisations surviennent qui inquiètent sérieusement l'analyste. Cette situation (souvent très dangereuse pour la survie même du patient) est également difficile à vivre pour l'analyste qui aura bien des difficultés à ne pas intervenir. Et cependant le patient ne pourra éventuellement se sortir de ces états que si l'analyste parvient à maintenir une attitude analytique impeccable.

Pendant cette période difficile pour le patient, la fonction transcendante doit devenir opérante chez l'analyste qui pourra alors s'adonner à la rêverie maternelle (Bion). Ce que la mère avait été incapable de faire pour le patient quand il était un nouveau né. La principale difficulté est technique : comment aller vers le patient et le toucher avec des mots plutôt que concrètement. L'interprétation dans ces cas doit avoir pour but de rétablir le lien rompu entre le corps et les affects. En d'autres termes, faire exactement l'opposé de ce qui s'est passé durant l'enfance du patient, lorsque ce lien avait dû être rompu. Pour obtenir ce résultat, il est très important d'utiliser des mots qui évoquent des images concrètes d'affects. Par exemple quand un patient parle de sa maladie en terme de froid et de toux, il est important de parler du sentiment de froid et des choses mauvaises à l'intérieur, liées à l'expérience d'abandon dans le froid par une mère glaciale qui le faisait se sentir froid et seul. De cette façon on essaye de fournir au patient un langage imaginaire dans lequel les éléments affectifs et émotionnels peuvent de nouveau entrer dans le corps et où les expériences internes et externes pourront éventuellement être autorisées à coexister. Si l'analyste abandonne l'attitude analytique et est poussé à agir en répondant aux demandes du corps du patient (par exemple par un passage à l'acte sexuel ou autre) il répète les comportements précoces de la mère, c'est-à-dire qu'il ne s'occupe pas des besoins affectifs et de la souffrance du patient. Ainsi le potentiel du patient pour un développement symbolique est perdu une fois de plus et peut même être définitivement endommagé.

Les trois patients que j'ai présentés ci-dessus essayèrent de me faire passer à l'acte en me troublant profondément par leurs souffrances. Ils avaient vécu un niveau inhabituel de panique et de terreur dans la toute petite enfance et ces émotions ne pouvaient parvenir au conscient car elles étaient concrètement bloquées dans un organe

7. Gustav Bovensiepen, "Können Roboter lieben ?" *Analytische Psychologie*, Berlin, 1991, vol. 22, p. 273-294.

et provoquaient une douleur physique. De mon côté j'avais à contenir et à transformer leur panique et leur terreur et je ne devais pas passer à l'acte dans une pseudo-consolation pour apaiser mes propres sentiments d'angoisse.

On remarque dans les séminaires d'observation d'enfants que certains bébés expriment un moi fort dès la naissance et sont apparemment capables de supporter des situations très angoissantes sans pleurer, protester ou même se dissocier. Nous les appelons les "bébés qui aident" puisqu'ils semblent comprendre la fragilité de leur mère et se comportent de manière à l'aider. Ils semblent vouloir protéger la mère et l'empêcher de se déprimer. Mais nous remarquons que dès leur plus jeune âge, ils manifestent une tendance à somatiser. Ils tombent malades et réclament les soins et l'attention maternels uniquement en ce qui concerne leur état physique et non pour leur douleur émotionnelle que leur mère est impuissante à soulager.

J'ai associé ces tendances à la somatisation avec un manque dans le développement de la fonction transcendante dans certaines zones de la personnalité de ces patients. Puis j'ai établi un lien entre mes hypothèses et le point de vue de J. Mac Dougall, en psychosomatique, et j'ai rapproché le concept jungien de bipolarité de l'archétype des théories du développement de Fordham concernant la dé-intégration et la ré-intégration du Soi primaire du nouveau-né. J'ai incarné le concept jungien de fonction transcendante dans la métaphore de la relation duelle mère-enfant.

*Traduit de l'anglais par Françoise Caillet*

**RÉSUMÉ :** *Cette étude est consacrée aux graves symptômes physiques dont le surgissement accompagne le travail d'analyse chez des patients qui, après avoir reçu de leurs rêves l'annonce d'un profond bouleversement, butent sur un travail d'interprétation visant à leur assurer l'intelligence de leur conflit psychique dominant. Les affects infantiles primitifs auxquels la mère n'a pas été en mesure d'attribuer un sens psychique sont restés verrouillés à l'intérieur du corps, d'où la gravité de la somatisation. Les patients de type psychosomatique utilisent leurs organes corporels ou l'ensemble de leur corps comme ultime rempart contre l'intégration. Trois cas viennent illustrer de façon détaillée cette position théorique.*

**SUMMARY :** *This paper deals with severe physical symptoms occurring during stages of analysis in certain patients when a big change is foretold in dreams and following interpretive work aimed at providing the patient with insight into his major psychic conflict. Primitive infantile affects which were not attributed psychic meanings by the mother have remained locked in the body and severe somatization does occur. Psychosomatic patients use their body or body organs to provide the last bulwark against integration. Three cases illustrate this theoretical position. The clinical cases are full of details and examples of somatic reactions.*