

Gérard Ostermann  
Sylvie Chabee-Simper

## *Je déprime ou je somatise ?*

*« On a tort de parler en amour de mauvais choix,  
puisqu' dès qu'il y a choix il ne peut être que mauvais. »*

M. Proust, *Albertine disparue*

La souffrance, quelle qu'en soit la cause « objectivable », est toujours liée à des blessures d'amour, souvent répétées ; carences et maltraitements précoces, sentiment d'être « inutile », sentiment d'injustice, rupture dans un contexte de dépendance, perte d'un être cher... les événements de vie ne manquent pas pour mettre à mal nos relations objectales et notre narcissisme.

Le titre de cet article laisse entendre qu'il y aurait un choix possible entre dépression et somatisation : l'alternative ne concerne que le moyen et non pas le fond, car trop de souffrance ne peut être conservée. Si le terme « choix » semble impliquer une intentionnalité, elle ne peut être qu'inconsciente : d'un point de vue économique, il s'agirait de « choisir » la solution qui serait supposée faire le moins souffrir. L'alternance entre ces deux voies d'expression d'une souffrance est souvent observée en clinique, de même que certains patients privilégient l'une ou l'autre.

---

Gérard Ostermann, professeur de thérapeutique-médecine externe, psychothérapeute.  
Sylvie Chabee-Simper, psychologue, psychanalyste.

## LES DEUX VOIES : LA PSYCHÉ OU LE CORPS

### *Les différentes expressions dans le corps*

La somatisation implique une lésion somatique dans le *corps réel*. Si la maladie peut être liée à un terrain et des éléments génétiques, le moment et les circonstances de son apparition ne sont jamais anodins. Il s'agit d'une expression hors symbolisation, qui correspond à une mise « hors circuit » du fonctionnement psychique face au non-représentable, à l'impensable. C'est ainsi qu'on peut avancer que le symptôme n'a pas de sens.

Les troubles fonctionnels rassemblent les dysfonctionnements somatiques en l'absence d'une lésion. Il s'agit d'une répercussion des affects sur le corps, à plus ou moins long terme. Par exemple : maladie de Crohn, migraines.

Les symptômes de conversion hystérique concernent le *corps imaginaire*, sans atteinte du corps réel : conversion de l'énergie psychique ou « saut dans le corps ». Le symptôme, « formation de compromis », compromis entre le désir et l'interdit, est un équivalent de rêve, lapsus ou acte manqué ; il permet à des représentations jusqu'alors refoulées d'émerger de l'inconscient en « contournant » un conflit intrapsychique. Ce symptôme est un langage, son interprétation en permet la levée lorsque la représentation en cause peut advenir à la conscience. Ainsi, la cécité hystérique, les troubles d'allure neurologique (paralysies, fausses SEP).

### *Construction corps/psyché*

Au début de l'histoire, on trouve les traces mnésiques : provenant des premières expériences corporelles, elles sont « engrangées » dans le Moi, dont elles vont constituer la base, mais sans être liées à des représentations. C'est dans le domaine sensoriel que va s'enraciner cette mémoire du corps, l'enfant évoluant dans un bain de sensations dès la gestation. Ces sensations brutes, appelées « éléments bêta » par Bion, vont être transformées par la mère avant d'être rendues à l'enfant sous une forme « détoxiquée » qu'il va pouvoir intégrer à son psychisme ; la fonction alpha, tout d'abord exercée par la mère, est ce processus qui permet le passage de l'expérience sensorielle à la mentalisation et lui donne un sens. Ce qui n'a pu être psychisé va conserver un

statut d'irreprésentable et donc d'innommable ; ces traces peuvent être réactivées ultérieurement, à l'occasion d'autres expériences comme la douleur, et sont impliquées dans le processus de somatisation.

Ainsi, à partir du corps biologique, va se créer le corps imaginaire, support de fantasmes, et se superposer le corps érotique : la « subversion libidinale » (Dejours, 1989) transforme l'économie du corps biologique en économie du corps érotique, au service de la satisfaction sexuelle. Les différentes parties du corps, au fil du développement, vont être investies en tant que zones érogènes : zone orale tout d'abord, puis anale et génitale. La psyché va se créer à partir du corps, le transformant alors en corps investi de désir et de plaisir.

« Le Moi est avant tout un Moi corporel », écrivait Freud dans « Le Moi et le Ça ». Dérivé de sensations corporelles, il est le résultat d'une projection de la surface du corps et se construit par étayage sur les fonctions de la peau, comme le décrit le concept de Moi-peau de D. Anzieu (1985).

La pulsion, concept limite entre le somatique et le psychisme, n'existe dans le psychisme qu'à travers ses représentants : ce sont les représentations qui relient le soma au psychisme. Dans la phase précoce du développement du Moi, la pulsion se satisfait de manière autoérotique : c'est le narcissisme primaire ou originaire. Avec le passage à un investissement d'objet et la constitution d'un objet pulsionnel, « le Moi doit être considéré comme un grand réservoir de libido d'où la libido est envoyée vers les objets, et qui est toujours prêt à absorber de la libido qui reflue à partir des objets » (Freud, 1938). Le choix des objets d'amour est imprégné de l'intervention du narcissisme : dans la relation d'objet, on aime soi-même, ce qu'on a été, ce qu'on aimerait être...

Tous ces concepts participent à la construction du sujet et à son fonctionnement psychosomatique.

## L'ÉCONOMIE PSYCHOSOMATIQUE

Activité psychique, activité sensori-motrice et somatisation sont les trois secteurs de l'économie humaine. Ceux-ci sont inégalement sollicités chez les sujets suivant les aléas de leur histoire personnelle, du milieu affectif, de l'éducation, de la société, de la culture dans laquelle ils sont élevés.

Ces trois secteurs sont partie prenante dans la vie quotidienne de chaque être humain pour maintenir un équilibre somatique et psychologique face aux événements de la vie. En effet, lorsque chacun d'entre nous est sollicité par les excitations de la vie quotidienne, son appareil psychique travaille à maintenir une tension aussi basse que possible face à cette excitation, le plus grand danger restant le débordement de ses capacités d'élaboration psychique. Si la quantité d'excitation est trop importante ou trop prolongée, alors on verra survenir des manifestations d'abord psychiques (angoisses, dépression, excitation), ensuite une surtension douloureuse, puis enfin, si l'excitation persiste dans son excès, l'apparition de manifestations somatiques. Nous ne connaissons pas d'autre système défensif face à des événements potentiellement traumatiques.

La question du traumatique mérite d'être précisée : il s'agit, en effet, de ne pas confondre *traumatisme* et *stress*.

Le stress est une réponse physiologique à une excitation externe ou interne menaçante, tandis qu'un événement traumatique désorganise l'activité mentale d'abord, puis, en l'absence d'évitement par des comportements, peut avoir des conséquences sur l'apparition de maladies somatiques. C'est donc *a posteriori* seulement que l'on peut parler d'événement traumatique. Un événement est d'autant plus traumatique qu'il vient en rappeler un autre vécu dans le même registre économique. Il convient donc de toujours éviter le trop d'excitation qui peut balayer sur son passage la structure psychique la plus solide, et laisser ainsi à nu l'équilibre somatique du patient qui deviendra alors le dernier rempart face à cette désorganisation traumatique. Si le traumatisme peut avoir un tel impact, c'est qu'il opère un bouleversement général du système défensif : toute l'énergie étant mobilisée au lieu de l'effraction, pour tenter de « colmater la brèche », on assiste à la levée des refoulements, ce qui a pour conséquence le retour des représentations refoulées. Le stress est qualifié de syndrome d'adaptation, le traumatisme constitue, lui, un véritable raz-de-marée.

### *L'activité psychique*

Elle occupe la majeure partie de nos journées et de nos nuits, de jour sous forme de pensées, d'idées, de sentiments, d'émotions,

de phantasmes. La nuit, ce sont les rêves ou les cauchemars qui représentent cette activité mentale. Toute cette excitation pulsionnelle devient un théâtre intérieur, avec des moments de plaisir et des moments de souffrance qui donnent le ton de notre vie quotidienne, la colorent, la raniment ; c'est ce qui représente notre vitalité. Si l'excitation devient excessive, des symptômes apparaissent : angoisse, phobie, impulsion, obsession, compulsion, délire, etc. Mais ils demeurent des symptômes psychiques sur la scène mentale qui est destinée à protéger la scène somatique.

### *La voie sensori-motrice*

La voie sensori-motrice est l'autre voie de décharge comode de l'excitation : le mouvement libère l'appareil psychique de sa tension interne, permet de le préserver du débordement et donc de l'apparition de symptômes mentaux.

Dès le début de la vie, chez le nourrisson, la décharge sensori-motrice est la manière quasi exclusive de répondre aux excitations externes ou internes dont il est l'objet : faim, soif, chaleur, froid, etc. Le bébé, pour manifester sa souffrance, s'agite et crie. Il conviendra à l'environnement d'interpréter la raison de ce mouvement. Ce mouvement corporel est omniprésent chez l'enfant et va dans le meilleur des cas diminuer peu à peu, au fur et à mesure de la maturation de l'appareil psychique et du développement des capacités symboliques, en particulier avec l'apparition du langage. Le mouvement imaginaire va prendre la place du mouvement réel dans l'économie psychosomatique.

L'activité sensori-motrice, sous forme de comportements adaptés, d'ailleurs quelquefois reliés à des représentations psychiques, se retrouve chez l'adulte comme facteur de libération d'un trop d'excitation. Elle peut augmenter la possibilité de penser – comme lorsque nous dessinons en téléphonant, lorsque nous marchons pour dicter une lettre ou que nous fumons au cours d'une discussion, ce sont des comportements apaisants.

Si le recours est exclusif dans la voie sensori-motrice, on peut aller jusqu'à ce que l'on a nommé les procédés autocalmants, qui sont une véritable manière d'écouler l'excitation par une motricité débordante et avec la particularité d'utiliser l'excitation elle-même pour obtenir le calme. Ils sont définis par C. Smadja (1993) comme « des défenses qui assurent la protection du Moi contre

un danger qui menace son intégrité » ; l'excitation qui part du corps est évacuée par le corps, sans que la vie psychique soit concernée dans une activité sensori-motrice, simple décharge musculaire directe de l'excitation sans lien avec l'activité mentale, utilisée pour ne pas penser. Il s'agit de faire quelque chose, de s'épuiser physiquement, de passer à l'acte et de s'endormir quand on n'en peut plus ; la crise de nerfs, l'agression physique en sont les prototypes. On pense également à la traversée de l'Atlantique à la rame, comme l'a citée J. Cournut (1991).

Par opposition, il y a des activités motrices qui sont un véritable « agir expressif » (Dejours, 1989). Ce sont les activités artistiques, artisanales, certaines activités sportives bien tempérées, qui sont l'aboutissement de l'élaboration mentale préalable d'un véritable projet pensé. Le corps est alors mobilisé au service de l'acte de signifier à autrui et à nous-mêmes que nous sommes vivants. Se servir de son corps, lui donner des postures, jouer des scénarios de comportement qui permettent d'exprimer des émotions, signifier des intentions, inscrire le geste dans le langage, voilà qui a une tout autre valeur économique que le procédé calmant, de décharge ou de passage à l'acte. La main, par exemple, est ainsi consacrée à la pensée, le travailleur pourra alors interpréter la tâche qui lui est prescrite, plutôt que de l'accomplir machinalement.

Les comportements, les gestes, l'activité musculaire motrice et tonique et leurs supports anatomiques sont parties prenantes de la gestion de l'excitation. C'est donc la tonicité et le mouvement qui vont se trouver au cœur de la pathologie que nous étudions.

### *La somatisation, troisième grand secteur d'expression humaine*

Il s'agit de l'apparition d'une maladie somatique qui sera sollicitée si les autres fonctionnements sont mis hors d'état pour des raisons structurelles ou conjoncturelles. La somatisation est le processus par lequel une tension qui ne peut trouver d'issue mentale déclenche dans le corps des désordres somatiques (endocriniens, métaboliques, immunologiques...), points de départ d'une maladie organique.

Si le passage à l'acte permet une décharge pulsionnelle dans la voie du sensori-moteur, la somatisation intervient « par défaut » lorsque l'élaboration est impossible, lorsque les défenses sont

débordées, comme dans le cas du trauma. Dans le cas du passage à l'acte, il s'agit d'éviter l'angoisse : la pulsion rencontre un obstacle qui l'empêche d'atteindre son but, et ce conflit, entre instances ou entre pulsions, est générateur d'angoisse. Afin d'en faire l'économie, l'appareil psychique est mis « hors circuit » et la décharge se fait directement dans la voie du sensori-moteur, rétablissant un niveau énergétique favorable, selon le principe de constance.

Un patient de 42 ans, se décrivant comme un « ado attardé », présentait des « excès de colère » qui l'amenaient à se battre : ce lapsus insiste sur le caractère disproportionné de la colère ressentie par rapport à la situation. Ses passages à l'acte lui permettaient d'évacuer des tensions, des angoisses.

Cette tendance à privilégier le passage à l'acte comme moyen de décharge de la tension interne s'accompagne souvent d'une recherche, parfois frénétique, de l'excitation, accumulant ainsi cette dernière jusqu'à un niveau tel que la décharge ne pourra se faire qu'à travers le passage à l'acte suivant... Le Moi n'est pas en capacité d'assurer son rôle de lier l'énergie psychique à l'aide des représentations qui le constituent.

Dans le cas du recours à la somatisation, le but n'est pas d'éviter l'angoisse liée à un conflit intrapsychique : l'absence de conflit est corrélative de la problématique elle-même, qui s'enracine dans l'absence et s'alimente de pertes et de deuils. Les expériences archaïques d'absence et de manque dans la relation à la mère n'ont pas été fondatrices des « outils » dont l'appareil psychique a besoin pour intégrer les expériences ultérieures de perte.

Dans les *Essais de psychanalyse*, Freud décrit le jeu d'un enfant de 18 mois avec une bobine : en lançant la bobine au loin, il prononce le mot « Fort » (parti), puis en la faisant revenir vers lui à l'aide de la ficelle, il commente : « Da » (voilà). Ce jeu qui symbolise la disparition et le retour de la mère s'effectue dans le domaine du sensori-moteur, comme tous les jeux, et donnera lieu à des représentations au niveau psychique. En amont, une première expérience de l'objet qui fait défaut a été constitutive de la fonction Imaginaire : c'est l'hallucination de la satisfaction du désir, en réponse à l'absence de l'objet, qui a permis de s'apporter à soi-même la satisfaction (même fugitive et provisoire) en imaginant l'objet attendu. Ces expériences vont permettre d'intégrer un objet permanent, dont on peut imaginer, quand il part, qu'il

continue à exister ailleurs et qu'il reviendra. À partir de ces expériences de satisfaction vécues dans la relation objectale se construit l'objet interne qu'on pourrait décrire comme l'intégration de la permanence des représentations de l'objet.

On peut concevoir la fonction Imaginaire comme un véhicule, au sens de la mythologie hindouiste, c'est-à-dire ce qui permet de mettre en œuvre ses capacités ; l'Imaginaire rend possible de « transporter » les représentations d'un lieu psychique à un autre, comme dans le cas du rêve où certaines représentations, sous forme d'images, vont pouvoir accéder à la conscience. En cas de « refoulement de la fonction Imaginaire » (Sami-Ali, 1987) ou de dysfonctionnement, va se mettre en place un clivage Inconscient/Pré-Cs/Conscient ; le sujet est alors absent à lui-même, coupé de ses représentations et des affects qui les accompagnent. Absence de désir, de conflit, d'angoisse, d'affect dépressif : « On a parlé de dépression, dit une patiente, moi je ne la sens pas » ou encore : « On me disait que je faisais de la dépression, c'est pour ça que j'avais mal. » Le « on », souvent utilisé, met en évidence l'absence d'investissement dans la relation d'objet : les objets sont interchangeables, non nommés. Une patiente qui revenait en consultation nous disait se souvenir des locaux mais pas des soignants qui l'avaient reçue la première fois.

Le corps réel de la somatisation est vécu comme une machine présentant une panne : on l'apporte au médecin comme on dépose sa voiture chez le garagiste, pour changer une pièce défectueuse.

« L'année dernière, j'ai eu un cancer du sein, on m'a fait l'ablation de la tumeur et des ganglions sous le bras, je ne me suis pas sentie concernée. Après la chimio sont apparues des douleurs : j'ai les pieds crispés », nous explique cette patiente dans un discours sans affect, sans émotion.

Si « je déprime » est du côté du ressenti des affects (angoisse, tristesse), « je somatise » serait du côté de l'agir s'il y avait un aspect actif dans le processus ; or cette mise en place de la somatisation s'effectue dans la plus grande passivité chez le sujet absent à lui-même, « déconnecté » de ce qui se passe aussi bien dans son corps que dans sa psyché. Ainsi nous avons pu définir la somatisation comme « l'anti-passage à l'acte » (Chabee-Simper, 2005), tentative de trouver une porte de sortie à la souffrance mais qui n'y apporte aucune résolution et ne permet aucune élaboration. Une



fois le processus somatique mis en route, le patient va chercher une solution médicale à un trouble physique, sans qu'aucun lien soit fait avec la souffrance psychique.

Un patient adolescent de 15 ans, reçu après un AVP (accident de la voie publique) en scooter (avec un casque non attaché), nous expliquait qu'avant le trauma il ressentait des moments d'énervement qu'il déchargeait en criant ou tapant (son frère de 13 ans). La pratique de la boxe lui permettait de défouler cette violence mais l'accident l'en avait privé ; depuis il avait des douleurs.

Chez certains patients, on peut remarquer un fonctionnement dans l'alternance : des périodes de dépression sont suivies de somatisations, parfois de manière cyclique. Deux cas de figure sont les plus fréquents :

– les patients qui ont eu une période de dépression, souvent longue et grave, dont la cause n'a pas été identifiée ou résolue, dans un contexte de deuil non fait :

Une patiente, qui avait fait une dépression en lien avec un problème de stérilité dix-sept ans auparavant, disait fermement : « Je ne veux surtout pas retomber dans la dépression. » Depuis six ans, elle avait des douleurs chroniques, liées au décès de sa mère.

– les patients qui ont souffert de la dépression d'un proche, en général un parent, et qui, dès les premiers affects dépressifs ressentis, s'engouffrent dans la voie de la somatisation. On retrouve fréquemment le suicide d'un parent, des antécédents de dépression dans la famille.

Bernadette a 43 ans, elle est mariée et a deux enfants, deux fils de 17 et 13 ans. Elle a des douleurs depuis cinq ans, diagnostiquées SPA (spondylarthrite ankylosante) deux ans plus tard. Sa mère, qui a perdu sa propre mère à l'âge de 5 ans, a été rejetée par la nouvelle femme de son père, décédé lui-même quand elle avait 16 ans ; elle s'est donc retrouvée dans un foyer tenu par des religieuses. Mariée, elle a été rejetée par sa belle-famille, et son mari n'a jamais accepté de quitter sa ville natale. Bernadette a toujours connu sa mère déprimée et alcoolique ; elle est décédée à 55 ans d'une hémorragie, il y a seize ans. La sœur de Bernadette a fait une dépression quelques années après le décès de leur mère. Bernadette et sa famille sont venus s'installer dans la région il y a six ans : « On avait tout pour être heureux et c'est arrivé là ! », c'est-à-dire l'apparition de la SPA. Après cinq années de douleurs, Bernadette a vécu une période dépressive qu'elle n'a pas identifiée comme telle ; ce n'est que récemment qu'elle a pu la nommer et elle la décrit

comme « une dépression, avec un masque, réactionnelle à la douleur ». Le lien n'est pas fait avec l'histoire de la mère et son décès, la dépression ne peut être attribuée qu'à la douleur, conséquence, et non à la cause.

Les patients qui alternent dépression et somatisation nous disent unanimement que la souffrance morale est plus insupportable que la douleur physique. « Quand j'ai appris que j'avais un cancer, nous dit un patient, j'ai été... soulagé ! » : soulagé de ses angoisses qui pouvaient alors se « poser » sur un objet identifiable. C'est à ce propos que nous avons imaginé le concept de « défrayage », en référence à celui de frayage qui montre que l'excitation choisit de préférence la voie frayée, celle où le passage a entraîné une diminution de la résistance. Ici, le choix consiste à ne pas laisser la souffrance s'engouffrer dans la voie connue, à bloquer ce passage ; par défaut, elle n'aura plus que le corps réel à sa disposition.

Ces dernières années ont vu la création de syndromes qui permettent de réintégrer dans la sphère du somatique et du médical des symptômes jusqu'alors attribués à la sphère psychique. Citons la fibromyalgie, syndrome « Canada Dry » proposé par la médecine : ça ressemble à de la dépression, ça en a le goût et la couleur, mais ce n'est pas de la dépression ! Certains patients qui refusent la dépression (cf. le « défrayage ») vont s'y engouffrer et s'y enliser. Les patients sont pris en otage par certains somaticiens qui les utilisent pour leur cause et les transforment en militants, en leur faisant valoir une maladie 100 % somatique, dégénérative, qui va inmanquablement les amener à finir leurs jours dans un fauteuil roulant, les privant ainsi d'accéder à des soins adaptés.

Ces douleurs idiopathiques, diverses et diffuses, plus ou moins permanentes, posent la question d'une relation entre fibromyalgie et symptôme de conversion hystérique.

Peu d'affections ont été pourvoyeuses d'autant de travaux scientifiques dans des domaines aussi variés que la rhumatologie, la neurologie, l'endocrinologie, mais tous ces travaux ont été assez peu porteurs de résultats. La fibromyalgie (FM) est un syndrome complexe controversé, d'étiologie inconnue, aux confins de la rhumatologie, de la psychopathologie et de la psychologie sociale. Complexe, si nous ouvrons le dictionnaire, c'est ce qui se compose d'éléments différents combinés d'une manière qui n'est pas immédiatement saisissable. Cette définition reflète bien ce que patients et thérapeutes peuvent ressentir face aux douleurs chroniques : complexité des mécanismes générateurs et/ou de maintien, complexité des répercussions fonctionnelles, psychologiques

et sociales, et complexité des réponses thérapeutiques. Plus on tire sur le fil de sa propre rationalité, plus il se coince ! C'est bien le cas de cette maladie du « mal partout » où l'on ne trouve rien en dehors de points sensibles sélectifs pour lesquels nous n'avons que des points de vue.

Pour Tobie Nathan, toute science humaine est toujours science de groupe, et même la psychologie clinique qui travaille à partir de cas individuels engendre la fabrication de groupes artificiels – certes – et dont le seul expert est le chercheur. Cependant, il ajoute également : « Quelquefois, ce sont les concepts fabriqués par les praticiens qui se révèlent être à l'origine de groupes sociaux réels. » C'est ainsi que le groupe au départ artificiel et simple groupe statistique des patients atteints de FM est actuellement devenu un réel groupe social, depuis que certains des malades qui le constituaient se sont rassemblés en associations.

Il existe un certain ordre culturel construit par le chercheur : on construit des concepts scientifiques qui sont culturellement déterminés et les patients viennent se couler dans les beaux habits de la médecine. Faut-il affirmer, comme le propose Serge Perrot : « Si la fibromyalgie n'existait pas, il faudrait l'inventer ? » D'après l'ensemble des études sur l'association entre fibromyalgie et troubles psychiatriques (Blotman et Branco, 2006) :

- la fibromyalgie n'est pas une affection psychiatrique ;
- la majorité des patients atteints de fibromyalgie ne souffrent d'aucune maladie psychiatrique active ;
- la présence d'une anomalie psychologique n'est pas une condition du développement de la fibromyalgie ;
- un sous-groupe de patients atteints de fibromyalgie (25 à 35 %) et vus en consultation spécialisée présente des problèmes psychologiques significatifs. Il est probable que ce pourcentage est moins important lors des soins primaires ;
- exception faite de la douleur, il n'existe aucune corrélation entre les symptômes de base de la fibromyalgie ou leur réponse au traitement et les facteurs psychologiques ;
- il semble y avoir, en pourcentage, davantage d'antécédents de dépression au cours de la vie du patient et chez les parents du patient atteint de fibromyalgie que chez celui atteint de polyarthrite rhumatoïde et le contrôle sain ;
- on peut constater des niveaux de stress quotidien plus élevés chez les patients fibromyalgiques que chez les polyarthritiques rhumatoïdes.

Pour les uns, nommer peut aider les patients à s'y reconnaître, avec l'inconvénient de s'y enfermer : ils peuvent se trouver accueillis, abrités en quelque sorte dans la fibromyalgie.

Si cela permet de construire un programme thérapeutique, ces personnes sont en danger de devenir des proies d'une iatrogénéisation ou de dérives sectaires. Une partie d'entre eux deviennent des militants de la Fibromyalgie. Nul ne contestera que ce qu'il convient de légitimer, c'est la réalité du vécu douloureux et de la souffrance.

Anna a 50 ans, depuis dix ans elle ressent une grande fatigue et depuis trois ans des douleurs sont apparues. Elle a reçu les diagnostics de Syndrome de fatigue chronique (SFC) et fibromyalgie, qui l'ont rassurée : « Au départ, on avait tout mis sur la dépression. » Elle dort mal, essaie de contrôler ses pensées et utilise la relaxation. Six mois auparavant, son deuxième fils s'est suicidé par pendaison, à 27 ans ; il était dépressif après le décès d'un ami dans un accident de voiture qu'ils avaient eu ensemble. Son fils aîné, 33 ans, a un problème d'alcool et refuse de se soigner, sa fille de 23 ans est suivie par un psy pour un SFC. Anna a divorcé il y a quatorze ans d'un mari violent. À la suite de ce divorce, sa mère a fait une « grosse dépression », dont elle n'a pas vraiment récupéré : « Ça ne donne pas envie d'être comme elle », commente Anna. Et elle nous apprend que son père, qui avait un problème d'alcool et était violent, s'est suicidé par pendaison quand elle avait 12 ans.

Il faut bien reconnaître que la fibromyalgie apparaît un peu comme le cauchemar du médecin : c'est un cauchemar car il y a en quelque sorte un brouillage du savoir ! Il y a en effet une double crainte : celle de passer à côté de quelque chose de lésionnel et celle, opposée, de sortir du système de l'ordre médical, comme l'écrit J. Clavreul dans *l'Ordre médical* (1978), crainte qui incite à multiplier et à renouveler les examens complémentaires ou à adresser le patient au psy. Mais ce n'est pas parce que le patient n'a pas de douleur somatiquement compréhensible que celle-ci est nécessairement psychogène. En rejetant ce qui ne peut être cadré par une nosologie, ces praticiens éliminent le désir et le manque, les aspirations et les frustrations. Se fermant ainsi au mal de vivre de leurs patients, ils occultent ce qui en eux correspond à cette demande.

Comme l'écrit Michel Sapir, « il n'y a pas de maison, tout au plus des hôtels de passage ». On peut dire aujourd'hui : au mieux, des centres de la douleur. « Le soignant lui-même est enfermé dans

un mode de pensée opérationnel dû à sa formation. Si son écoute est trop complaisante et son attention trop fixée sur le psychisme, il risque de perdre pied et de commettre une erreur médicale. Et s'il rejette le trouble fonctionnel, il s'opère en lui et chez le patient un clivage au sens freudien du terme. C'est-à-dire qu'il est le bon médecin sérieux qui rejette les malades imaginaires, et ces derniers sont à leur tour partagés en bons et mauvais patients. »

Pour M. Balint, la médecine a tendance à organiser les symptômes présentés par les patients en des diagnostics médicaux, c'est-à-dire que le médecin repère dans les souffrances de ses patients ce qui correspond à ce qu'il a appris à la Faculté. Si un patient dit qu'il a mal quelque part, c'est forcément rattaché à un organe, alors que cette douleur peut correspondre à un mal-être. Ce concept a été repris par J. Delahousse (1989) sous forme de « médicalisation de la plainte ».

Fernande a 45 ans, elle est en attente d'être « reconnue malade par expertise », et précise que le SFC lui conviendrait ; son principal symptôme est d'avoir « les jambes molles ». Elle nous explique qu'un expert lui a conseillé de demander une Allocation adulte handicapé. « Avec ce que j'ai vécu, la dépression est obligatoire... mais moi je ne me considère pas comme dépressive. » Et elle avance pour preuve que les antidépresseurs ne l'ont pas aidée.

### *La fibromyalgie, une expression moderne de l'hystérie ?*

D'un point de vue clinique, psychiatres et analystes avancent parfois trop facilement que la fibromyalgie est une expression moderne de l'hystérie. Or l'époque est à la douleur. Le théâtre hystérique met donc en scène le corps fibromyalgique. On peut comparer l'hystérie au bernard-l'hermite puisqu'elle se dissimule dans les formes vides des autres maladies. Il y a toujours eu un jeu de cache-cache entre l'hystérique et son médecin, comme l'a bien montré L. Israël dans son livre, *L'hystérique le sexe et le médecin* (1976). Un symptôme hystérique est comparable à un rêve ou un acte manqué, il ne peut être entendu que par une oreille attentive à la polysémie du langage. Parler d'hystérie, c'est évoquer le saut mystérieux du psychique dans le somatique, à savoir la *conversion*, terme qui a d'ailleurs survécu dans le manuel de DSM IV.

L'approche psychodynamique convient ici tout à fait car le symptôme de conversion concerne le corps imaginaire et parce

que ce n'est pas le corps réel qui est touché comme dans le cadre de la psychosomatique.

Dans l'hystérie, il s'agit de convertir de l'énergie psychique en un symptôme corporel. Dans le registre symbolique, « conversion » évoque également converser et parler, c'est dire à l'autre quelque chose de sa souffrance ; ce langage est codé et un travail de décodage est nécessaire pour parvenir au sens afin de permettre à la patiente de renoncer à son symptôme. Plutôt que de dire que la fibromyalgie est la forme moderne de l'hystérie, nous préférons dire que c'est une des formes adoptées par les hystériques pour tenter de se faire entendre de la Médecine . Du coup, la médecine, au lieu de répondre à chacune de ces personnes en fonction de son histoire propre, tente de les faire intégrer l'ordre médical à travers une problématique uniformisante.

Si l'on garde en tête l'hypothèse de l'hystérie, ce n'est pas pour réduire en disant : « Ce ne sont que des hystériques ! » Si l'on dit « hystérie », c'est au contraire pour souligner que chacune a une problématique particulière et que tant que l'on y répond de manière globale ou générique pendant un temps, ça les satisfait parce qu'on leur a donné un nom. La médecine s'est donné la peine d'identifier par un mot ce qui les fait souffrir et ça suffit dans un premier temps. Nommer apaise comme disait Roland Barthes.

Ce qui ne cadre pas avec une approche objective en pathologie mentale est refoulé et particulièrement l'hystérie. On peut prédire que selon la loi freudienne, le refoulé fera forcément retour et détruira le bel édifice nosographique en le minant de l'intérieur. On les a nommées, on a répondu par la parole à une souffrance que les patientes présentaient au départ comme purement corporelle mais les conflits non résolus restent non résolus et ce qui les a apaisées dans un premier temps agit dans un second temps comme un nouvel enjeu d'insatisfaction. Cela déplace la fibromyalgie de la sphère privée intime vers le plan médical (par exemple : « Ma voisine qui fait de la fibromyalgie, on la soigne autrement »). Elles vont partir à la recherche d'une autre pathologie, d'un autre traitement, d'un autre médecin. La fibromyalgie, c'est le dernier syndicat qui existe ! Ce que les gens ne peuvent pas revendiquer pour eux-mêmes, c'est le corps qui le revendique à leur place.

La démarche de l'hystérie est une démarche qui se veut énigmatique inconsciemment ; il n'y a pas une réponse univoque à une telle énigme ! Si quelqu'un vient en disant « je fais de la fibro-

myalgie », il importe de reconstituer l'histoire qui lui a permis d'arriver à cette conclusion. Est-ce que ça vient de la scène médicale (« Un médecin m'a dit que... il m'a donné un traitement ») ? ou de la sphère privée (« ma mère/ma sœur fait de la fibromyalgie ») ? D'où vient le terme ? Il faut ensuite avec chaque personne dénouer l'historique du symptôme. Il peut être intéressant de considérer les uns après les autres ces symptômes épars qui ont été rassemblés sous le syndrome « fibromyalgie ».

*Du côté des traumatismes, ou plus exactement  
des attributions traumatiques*

La fibromyalgie est une des réponses multiples à une souffrance névrotique, à une souffrance existentielle. Les grandes hystéries à la Charcot ne se rencontrent plus que rarement.

Le mode d'apparition de la douleur, les événements la précédant, l'attribution qui lui est donnée doivent être soigneusement explorés. En effet, les événements émotionnels, de l'ordre du deuil notamment, sont fréquemment relevés dans les périodes précédant l'apparition de la douleur : il peut s'agir autant de la perte d'un être cher que du départ du domicile familial d'un enfant, ou de tout autre changement de rôle professionnel ou personnel. Ils induisent une vulnérabilité à partir de laquelle tout événement objectivement mineur peut avoir des conséquences durables. Il en va de même des opérations ou accidents considérés comme sans gravité, auxquels est pourtant attribué par les patients l'ensemble de la problématique douloureuse. Cette attribution traumatique est associée à une recherche désespérée de reconnaissance d'un état de victime, à une demande de restitution ou de réparation d'un état antérieur idéalisé.

« Il faut frapper deux fois pour faire un traumatisme : dans le réel et dans sa représentation. » L'impact d'un traumatisme dépend donc de la perception, du sens que lui donne la personne atteinte. Il convient de souligner la notion de subjectivité du traumatisme : peu importe la réalité objective de l'événement ou des événements initiaux, c'est le vécu du sujet qui détermine l'importance du traumatisme. Cela se vérifie lors des entretiens avec les fibromyalgiques qui mettent en exergue leur victimisation dans la narration des faits présents et passés. Le sentiment d'avoir été « exploité » est fréquent. Il y a souvent une injustice précoce, on

peut dire fondatrice. Cela s'inscrit dans une problématique névrotique : « Je ne suis pas reconnue à la mesure de mon mérite – Je n'ai pas eu la vie que j'aurais dû avoir – Je n'ai pas eu l'homme que j'aurais dû épouser. » Cette injustice est de tout temps.

Les vécus traumatiques non élaborés et la culpabilité inconsciente rendraient ces patients particulièrement vulnérables à des réactualisations traumatiques, aux séparations et aux deuils (Burloux, 2004). Il est probable que le traumatisme immédiatement causal résonne en fait avec des traumatismes anciens – comme quoi, un trauma peut en cacher un autre. Le vécu de maltraitance, de manques affectifs, de perte précoce d'adultes protecteurs induirait une vulnérabilité personnelle liée aux mauvaises assises narcissiques et à des sentiments diffus de culpabilité. Un enfant maltraité, débordé dans ses défenses, opère un clivage narcissique entre une partie endolorie et une autre partie omnisciente aussi bien qu'insensible. La personne va se construire avec des appuis narcissiques externes, et en particulier une hyperactivité professionnelle ou sociale ; la fibromyalgie pourrait apparaître comme le retour non pas du refoulé mais du clivé.

À notre sens, la dimension du deuil au sens large (Consoli, 1990) comme cause ou maintien de la symptomatologie douloureuse est en général sous-estimée. C'est ce qui fait dire à Jean-François Daubech (1996), dans une belle formule, que la douleur pourrait être « le gardien du deuil », de la même façon que le rêve serait le gardien du sommeil.

Marianne a 50 ans, et se présente en évoquant d'emblée son passé psychiatrique de dépression. À la naissance de son premier enfant, elle dit avoir revécu son enfance, ce qui l'a plongée dans une dépression post-partum pour laquelle elle a été hospitalisée.

Elle est l'aînée de trois enfants, suivie d'un frère et d'une sœur ; mais elle a par la suite appris que l'aînée de la fratrie était décédée à 11 mois, d'une méningite semble-t-il, alors que sa mère était enceinte d'elle. Un oncle handicapé, frère de sa mère, vivait avec la famille : cet oncle était violent et exhibitionniste, et frappait les trois enfants. Sa mère est décrite comme très forte et le père très faible ; il est décédé l'année précédente d'un cancer alors qu'il était atteint d'un Alzheimer depuis plusieurs années.

Sur les conseils d'un thérapeute qu'elle a rencontré deux fois, elle est allée voir sa mère pour lui exprimer tous les reproches et la haine qu'elle ressent pour elle : « Ça s'est très mal passé et mon frère et ma sœur ont pris le parti de ma mère. » Elles vivent dans le même hameau mais ne se parlent plus.



Son mari, dont elle dit qu'il l'a « portée à bout de bras », est maintenant déprimé. Quant à elle, elle présente depuis trois ans des douleurs diagnostiquées « fibromyalgie ». Des renseignements qu'elle a pris sur Internet, elle a retenu qu'il s'agissait d'une maladie invalidante, sans amélioration possible, qui ressemble à une SEP (sclérose en plaques).

Marianne conclut l'entretien par ces mots : « Moi qui connais les deux, la douleur physique est moins insupportable que la douleur morale. »

En transposant l'ordre médical à l'ordre psychopathologique, on établit une passerelle que tous les médecins font sans même se poser de question : c'est-à-dire qu'ils approchent la symptomatologie psychopathologique sur le même mode et avec le même raisonnement que lorsqu'ils abordent les désordres corporels organiques. Comment l'approche psychodynamique permet-elle de se dégager de cette similarité entre ordres médical et psychopathologique ? Face à la symptomatologie, qui permet à quelqu'un de se plaindre et d'adresser sa plainte à un médecin, la première des choses à faire est d'avoir en tête qu'il peut y avoir un conflit sous-jacent, un conflit qui met en présence des personnes sous une forme imaginaire. Celui à qui s'adresse la plainte peut ainsi ne pas rester le nez fixé sur les symptômes mais envisager les ramifications identificatoires. Le symptôme renvoie à quelqu'un et la question de l'ordre psychopathologique est alors vraiment au second plan.

### *Les malentendus de la causalité*

Il y a un gauchissement de chacune des approches, médicale, comportementale ou métapsychologique – gauchissement qui tient à leurs objectifs, à leur histoire. À vouloir chercher une cause, on ignore toutes les autres !

Quelle est la résonance de la douleur dans le contexte familial ? Combien de fois retrouve-t-on des environnements qui souffrent et qui sont sur ce terrain-là en équilibre instable ? C'est l'énoncé de la douleur corporelle qui nous sert de boussole, la plainte douloureuse nous renseignant sur l'orientation du patient à l'égard de son corps en même temps qu'elle nous indique une direction à suivre pour essayer de comprendre certains ressorts de son fonctionnement psychique. Derrière la surabondance des discours, c'est la qualité d'une offre subjectivante qui permet de

questionner le sens tout en donnant place à la légitimation du vécu douloureux : repérer ce qui dans la symptomatologie peut avoir fonction de défense contre une dépression (douleur anti-dépressive).

La complexité oblige patients et thérapeutes à aller au-delà du modèle cartésien corps ou esprit. Les douleurs chroniques des fibromyalgies sont mieux appréhendées par le modèle bio-psycho-social dont les trois éléments sont étroitement liés dans une relation dynamique et évolutive, aux résultats qui ne sont pas toujours prévisibles.

## LE CHOIX : PATHOLOGIE ET HISTOIRE DU SUJET

Le choix s'effectue en fonction de la pathologie et de l'histoire du sujet. Nous précisons les différentes organisations psychopathologiques principalement concernées.

*En ce qui concerne le corps réel, plusieurs références théoriques disponibles*

Le Banal (Sami-Ali, 1987) met l'accent sur le refoulement de l'Imaginaire, refoulement qui porte non sur les représentations mais sur la fonction elle-même, ce qui a pour conséquence la disparition des rêves, des fantasmes, de la projection. Le refoulement de l'Imaginaire, lorsqu'il est réussi, aboutit à la pathologie du Banal : « le sujet disparaît dans son fonctionnement » et dans une hyperadaptation à la réalité, aux normes sociales. Une corrélation négative peut être établie entre projection et somatisation.

La projection va être déterminante dans la genèse des structures. Elle intervient tout d'abord, en tant que projection primordiale, dans la détermination d'un premier dedans/dehors, et va déboucher sur l'élaboration progressive d'un corps imaginaire et d'un espace psychique. Puis elle intervient dans l'expérience du visage, où le bébé s'attribue le même visage que celui de la mère, et ultérieurement dans l'expérience du miroir, où elle va introduire « l'inquiétante étrangeté de la différence » : tout le monde n'a pas le même visage que celui de la mère, et par déduction le bébé non plus. Ces expériences sont constitutives de l'identité, à travers la fonction projective qui permet l'élaboration d'un corps imaginaire ;

les failles dans la constitution de ces structures provoquent des désorganisations psychosomatiques qui viendront en conséquence de ce « vide de la non-constitution d'un corps imaginaire » ; c'est dans le corps réel que vont se situer les somatisations, en réponse à des tensions ou traumatismes non élaborables.

Pour Pierre Marty (1980), « L'homme est psychosomatique par définition [...], l'adjectif psychosomatique appliqué aux malades et aux maladies nous paraît ainsi redondant. » Son concept de « vie opératoire », élaboré en 1980, rend compte d'une désorganisation mentale progressive, émaillée d'accidents somatiques. Les désirs disparaissent, les comportements associés aux instincts et aux pulsions (alimentation, sommeil, activité sexuelle) sont réduits à l'état de fonctionnements automatiques. La vie opératoire est liée à la dépression essentielle, dépression sans objet qui se définit par un abaissement général du tonus de vie, sans contrepartie économique. On ne retrouve, en effet, dans le vécu dépressif essentiel, ni tristesse, ni sentiment de culpabilité, ni auto-accusation mélancolique. La dépression essentielle se révèle ainsi par sa négativité symptomatique. Les patients se sentent « vides », sans rêves et sans désirs. Du point de vue métapsychologique, la dépression essentielle est le témoin d'une perte libidinale aussi bien narcissique qu'objectale, et représente, en négatif, la trace du courant autodestructeur de la déliaison pulsionnelle.

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

L'alexithymie (Sifneos, 1973) – de : *a-*(privatif), *lexis*, la parole, *thymos*, l'émotion, l'humeur – décrit des caractéristiques retrouvées chez certains patients :

- pauvreté de la vie fantasmatique ;
- tendance à agir pour éviter les situations de conflit et les stress ;
- restriction du fonctionnement émotionnel ;
- difficulté à verbaliser les sentiments.

Il y a des familles où, comme chantait Brel : « Chez ces gens-là, on ne parle pas Monsieur ! » Il y a des mères amimiques, des

gens qui n'ont pas le même niveau de passerelle entre leurs deux hémisphères. (On dit que les femmes fonctionnent avec leurs deux hémisphères en même temps !) Les personnes qui souffrent depuis longtemps ont multiplié les rencontres, les explorations, auprès de partenaires médicaux quasi exclusivement, et plus chacun apporte sa réponse et propose son exploration ou son traitement, plus le patient alimente ses propres représentations de ce vocabulaire-là. Ce ne sont pas des gens qui seraient par structure ou par essence alexithymiques, c'est-à-dire privés des mots pour dire leurs émotions ou leurs affects, c'est que d'autres mots sont venus remplacer ceux de leurs émotions et leurs affects. Ils mobilisent un vocabulaire, les lacaniens diraient des signifiants, qui n'est pas le leur, d'où l'impression de l'interlocuteur qu'ils ont un vocabulaire pauvre : leurs propres représentations sont comme recouvertes par une sorte de vernis médical.

L'alexithymie apparaît comme conséquence plutôt que cause. C'est essentiellement dû à l'attitude du médecin qui « psychosomatise » le patient parce qu'il ne veut pas l'entendre, et le patient réagit sur ce mode-là parce que pour lui c'est un système défensif. Il reste opératoire pour se défendre.

Toutes ces hypothèses ne sont pas mutuellement exclusives. Il existe des caractéristiques individuelles qui sont constitutionnelles, des mères qui sont amimiques, beaucoup de médecins qui ne veulent rien entendre à la psychologie, des gens qui ne veulent pas s'épancher et qui n'ont pas facilement « les mots pour le dire », comme l'écrivait Marie Cardinal. On assiste à notre époque à des changements de structure (Melman, 2002) qui font l'impasse sur l'imaginaire.

*Les états limites, versant somatisation, une autre voie d'accès à l'expression dans le corps réel*

Cette problématique s'enracine dans une faille narcissique, sur fond de trauma précoce. Les expériences de perte dans la relation à l'objet n'ont pas permis d'intégrer un objet permanent à la fois bon et mauvais : l'ambivalence est remplacée par le clivage bon/mauvais. L'objet bon est vite vécu comme intrusif, ce qui déclenche des mouvements projectifs de haine pour le repousser ; il devient alors l'objet mauvais, qui abandonne. Pour vérifier que la haine ne l'a pas détruit, il faut se rapprocher de lui... L'objet est

toujours « trop » : trop près/trop loin, jamais satisfaisant, mais sa présence est nécessaire. L'insatisfaction est à l'origine de la dépendance à l'objet, de « l'agrippement » à l'objet, et la recherche de relation anaclitique n'apporte que de la souffrance. Pour l'objet choisi, cette relation « yo-yo » est insupportable !

Cette problématique s'exprime sur trois versants :

- versant dépressif/abandonnique : l'accent est mis sur l'aspect de l'objet qui fait le plus souffrir, à savoir « trop loin », abandonnant ;
- versant paranoïaque : c'est alors l'aspect « trop près » de l'objet qui fait souffrir, avec les menaces d'intrusion dans le Moi ;
- versant somatisation : les deux aspects sont ressentis comme très douloureux et la souffrance va trouver la voie de la somatisation.

Dans *La philosophie de la nature*, Hegel a cette formule étonnante : « Une pierre ne tombe pas malade » ; organisme mort dont l'existence n'est qu'objective, la pierre ne peut pas être malade puisqu'elle s'annule dans sa propre négation, elle est ou se décompose ; elle diffère de l'être doué de subjectivité que la maladie affecte dans son être au monde et son identité. En ce sens, il n'y a pas, à nos yeux, de maladies psychosomatiques, c'est l'être humain qui est, par définition, une unité psychosomatique.

### *L'histoire du sujet : deuil et dépression*

L'histoire des patients atteints de douleurs chroniques illustre particulièrement la relation entre deuil et dépression, dans l'impossibilité d'élaborer les pertes.

À la différence du symptôme de conversion hystérique, la douleur fait du bruit mais ne parle pas, et conduit à une situation d'impasse. La plainte de la dépression et celle de la douleur chronique présentent une nette ressemblance : elles envahissent tout l'espace de la parole et de la relation. C'est le « je ne m'en sortirai pas » qui est mis en avant comme seule issue possible. Toute ouverture vers l'avenir est bouchée par la barrière dépression (sous la forme somatique de la fatigue) ou douleur, qui vient à la place de l'absence de désir. La douleur vient remplir le vide insupportable que la dépression ferait ressentir et crée un support pour l'angoisse.

Les causes principales sont communes et concernent la perte et le deuil. Le trauma y trouve sa place avec sa dimension de deuil,

aggravé par le caractère brutal de la perte et les conséquences somatiques éventuelles (accident, blessure physique). Le narcissisme, avec ses fragilités, voire ses failles, est impliqué dans le processus : ce qui est douloureux dans la perte, c'est la blessure narcissique. Si le processus de détachement s'effectue sur l'objet réel, à travers les souvenirs, les évocations, le travail de deuil, lui, va s'effectuer sur l'objet interne ; c'est donc de sa constitution que va dépendre le destin du travail de deuil. Rappelons qu'à partir de l'intégration de la permanence de l'objet (cf. le jeu du *Fort-Da*, déjà cité), l'objet interne se construit sur les relations aux objets et les expériences de satisfaction provenant de ces relations objectives. *L'objet interne, c'est l'intégration de la permanence des représentations de l'objet.*

Pour comprendre la douleur du deuil, Freud a fondé son questionnement sur la mélancolie et en est arrivé à cette conclusion que la perte interne porte sur l'investissement narcissique de l'objet : dans la mélancolie, la libido se replie sur le Moi où elle est utilisée à établir une identification à l'objet. « L'ombre de l'objet tomba ainsi sur le Moi. » La régression de la libido au stade du narcissisme primaire se constitue en fixation et la perte de l'objet devient une perte du Moi, qui s'appauvrit et se vide.

Plus le choix d'objet était narcissique, plus le travail de deuil sera compliqué, voire pathologique. C'est cet aspect que l'on retrouve dans les problématiques de deuil chez les patients états limites : l'objet étant utilisé dans un but d'étayage, sa perte menace le Moi et le narcissisme est en danger d'effondrement. Le retour au narcissisme primaire, à la symbiose avec l'objet et à la toute-puissance sur celui-ci, est une tentative pour moins souffrir de sa perte.

La douleur chronique est bien un état de repli narcissique, dans lequel les investissements libidinaux sont retirés des objets pour retourner vers le Moi : c'est la douleur « gardien du deuil », comme l'écrivait J.-F. Daubech, qui vient à la place de la dépression dans une situation de non-symbolisation de la perte et de l'absence. Le corps réel va être alors chargé de cette souffrance impensable et donc indicible.

Martine a 54 ans, elle souffre de maux de tête depuis l'enfance. Le diagnostic de migraines a été porté vers 23 ans. Elle a été suivie dans un centre antidouleur, a eu des traitements médicamenteux, a bénéficié de techniques corporelles telles que la relaxation, a pratiqué l'autohypnose... et elle a toujours refusé les antidépresseurs.

Un mois avant de venir en consultation, elle a arrêté les médicaments prescrits par le neurologue qui la suit, et a constaté que les crises migraineuses ne s'étaient pas aggravées.

Dans le premier entretien, elle évoque le décès brutal de son fils unique, à 18 ans, dans un AVP, il y a quatorze ans. Après le décès de leur fils, son mari a fait une dépression, puis s'est, dit-elle, « reconstruit à l'extérieur ». Quelques années plus tard, elle a fermé son entreprise et s'occupe désormais de la gestion des locaux reconvertis en appartements.

Sa mère est décédée il y a cinq ans, son père, qui est alcoolique, vit près de chez elle. La famille est d'origine espagnole, le grand-père a émigré au Maroc, où elle a vécu jusqu'à son arrivée en France pour y faire ses études ; par la suite, toute la famille est venue la rejoindre. Elle a deux sœurs plus jeunes.

Martine est venue en consultation pour « apprendre à gérer [ses] émotions ». Lorsqu'il lui est demandé de préciser ce qu'elle attend, elle rectifie : « Non, je veux les prendre pour les optimiser. » Dans l'entretien, elle manifestera à deux reprises de l'émotion, en évoquant les décès de son fils et de sa mère, émotion bien vite réprimée. Des défenses de type intellectualisation et dénégation sont remarquées, ainsi qu'une opposition systématique à tout ce qui peut lui être renvoyé ou proposé. Martine gère, contrôle, et explique qu'elle refuse de pleurer car cela lui donne des migraines. Martine est en colère contre elle-même : « contre cette partie de moi-même qui me donne des migraines », dit-elle.

La reconstruction narcissique va s'effectuer à partir du lien psyché-soma à rétablir. L'émotion donne des migraines, il est nécessaire de la contrôler et de ne pas la laisser s'exprimer ; le sujet, coupé de ses affects, se réfugie et s'enferme dans le Banal (Sami-Ali, 1987), dans le contrôle et l'hyperadaptation à la réalité. L'hypothèse est que *c'est la colère que Martine ressent contre elle-même qui lui donne des migraines*. Quels sont les reproches qu'elle s'adresse ? À qui seraient-ils destinés ? Au père alcoolique qui a toujours été absent ? À l'agresseur qui a « tué » son fils dans l'accident ? À sa mère qui l'a abandonnée après le décès de son fils ? À son mari qui n'a pu la soutenir après le décès de leur fils ? Laisser la colère émerger et l'adresser à ceux qui sont concernés fantasmatiquement ou réellement permettra à Martine une réconciliation avec elle-même, première étape de la reconstruction narcissique.

Dans le cadre de la transmission transgénérationnelle pathologique, il ne s'agit pas d'une répétition à l'identique mais « d'une

version modifiée du drame initial » (Nachin, 1993). Ce sont les deuils et traumatismes non élaborés par les générations antérieures qui se transmettent, souffrances non symbolisées, soumises au déni et au clivage et relayées par le porteur à chaque génération.

« L'objet transgénérationnel » (Eiguer, 1986) correspond à un vide sans représentation de mot pour accéder à la pensée et à la parole, et se transmet par identification aux objets internes de l'ancêtre à l'origine de ces fantasmes. L'objet interne du sujet va alors comporter ce vide. Dans certains cas, on observe un fantasme d'auto-engendrement, destiné à interrompre la transmission : « je me suis fait tout seul, je ne dois rien à personne » est un signe de déni de la filiation dans une famille pathogène.

Tout ce qui n'a pas pu être psychisé va utiliser la voie du corps réel pour émerger, si cela devient nécessaire à l'équilibre psychosomatique. L'identification peut absorber la maladie, outre le terrain génétique favorable à une maladie somatique. Car le terrain génétique nécessite d'être investi psychiquement pour aboutir à la formation du symptôme. C'est alors que les traces mnésiques liées aux premières expériences sensorielles vont entrer en jeu dans le choix du symptôme...

Laetitia est hospitalisée pour une anorexie. Cette jeune femme de 20 ans, très jolie, présente des troubles du comportement alimentaire depuis l'adolescence, ainsi que des comportements d'addiction aux benzodiazépines.

Son enfance est décrite comme très heureuse, avec des parents aimants et très attentifs. L'année précédente, elle a quitté sa famille pour une formation assez loin de chez elle. L'année s'est bien passée, elle a réussi son diplôme, mais n'ayant pas trouvé de travail dans sa spécialité, elle s'est sentie déprimée, et a de nouveau présenté des symptômes d'anorexie. Sa mère lui a alors fortement conseillé de revenir à la maison familiale. Après ce retour, les symptômes se sont accentués : anorexie et consommation de tranquillisants.

Lors des entretiens psychothérapeutiques, Laetitia manifeste une réelle demande d'aide et montre sa capacité à faire des liens et à entendre ceux qui lui sont proposés. La relation avec sa mère est décrite comme fusionnelle, et Laetitia commence à se demander laquelle des deux est la plus dépendante de l'autre. Sa mère a perdu un bébé avant sa naissance et elle peut imaginer dans quelle inquiétude maternelle elle a grandi. La mère prend des benzodiazépines régulièrement, et il s'en trouve toujours dans la pharmacie familiale. Lors d'une séance, je lui fais remarquer sa difficulté à



grandir et je la désigne comme « le bébé » de la famille. Elle me répond : « Oui, et c'est tellement vrai que lorsque je suis revenue à la maison et que je faisais de l'anorexie, ma mère me donnait à manger des petits pots de bébé ! »

C'est à travers un symptôme dans le corps que Laetitia reprend à son compte la souffrance de sa mère dans un deuil non élaboré de son bébé. Grandir impliquerait d'abandonner la mère, de lui faire subir une nouvelle perte ; avaler des petits pots et des benzodiazépines est le signe que la relation fusionnelle perdue, dans une tentative illusoire de « soigner » la mère. Si l'on reprend la question de la fonction alpha exercée par la mère, on peut penser que la mère de Laetitia, encore absorbée par son deuil, n'a pu jouer ce rôle de permettre l'accès à la mentalisation des expériences sensorielles, notamment celles concernant la nourriture et l'oralité. Ces traces sans représentations sont par la suite réinvesties dans le choix du symptôme.

## CONCLUSION

« Le passage de la douleur corporelle à la douleur de l'âme correspond à la transformation de l'investissement narcissique de l'endroit corporel douloureux en investissement d'objet du besoin » (Freud, 1926). La prise en charge psychothérapique, à travers la relation transférentielle, permet à la libido de recirculer entre narcissisme et relation d'objet, afin que la souffrance puisse s'exprimer à l'autre. C'est pourquoi les psys se mêlent des troubles somatiques et interviennent pour « empêcher de somatiser en rond », ou plutôt : en boucle. Penser la problématique permet de sortir de l'impasse de la somatisation, en favorisant l'émergence de la dépression afin qu'elle soit prise en compte et traitée.

Ce travail de « l'appareil à penser les pensées » peut se heurter à de nombreuses difficultés, dans un danger de penser que l'on retrouve, par exemple, dans les familles à secret(s) où règne un interdit sur le penser : penser, c'est courir le risque de découvrir en soi les secrets que l'on sait mais que l'on n'est pas autorisé à savoir. Penser la problématique de la perte va dégager le corps réel de la charge qui pesait sur lui et permettre au corps de retrouver ses autres dimensions : imaginaire, symbolique et érotique, et de les relier entre elles.

Il s'agit aussi de contourner les résistances au changement, présentes dans tout être humain ; on sait ce que l'on perd mais pas ce vers quoi l'on va ! Et de nouveau, le sujet est confronté à une nouvelle perte, celle d'un état antérieur. Pour accompagner le sujet dans une reconstruction narcissique, ses ressources peuvent être sollicitées. Au « que dois-je faire, docteur ? », la question revient au sujet. C'est à lui qu'il appartient de se mettre dans une position active, non pas dans le « faire » mais dans le « penser » ; quant au thérapeute, il ne lui reste qu'à ne pas désirer à la place du patient qu'il aille mieux !