

Etats psychosomatiques, troubles de la pensée et conflictualités dépressives : la perpétuelle quête d'un sein psychosomatique

La variété des états psychosomatiques rencontrés dans la solitude d'une pratique psychanalytique ne peut qu'exposer à l'énigme de l'articulation psycho-somatique et à une tentative de représentation des divers processus de somatisations à l'œuvre en fonction des structures de personnalité qui les sous-tendent. La classique distinction opérée par Freud entre manifestations somatiques de la névrose actuelle et manifestations corporelles de la conversion hystérique demeure une précieuse table d'orientation tant dans le champ nosographique que dans le domaine théorique.

Cette théorisation freudienne permet en effet d'englober dans une même nosographie les états psychosomatiques développés *hors* de la sphère symbolique - les affections physiques - et ceux développés *dans* le registre de la symbolisation - les conversions et les hypocondries.

En outre, deux courants de la théorisation psychosomatique psychanalytique contemporaine sont issus de cette distinction initiale de Freud : un courant de théories dites « conversionnelles » selon lesquelles tout symptôme corporel serait porteur d'un sens symbolique inconscient (pensons à Groddeck, Garma, Valabrega, ou Mc Dougall), et celui des théories mettant l'accent sur le rôle joué par une carence de la fonction symbolisante de l'appareil psychique dans la mise en jeu de certaines affections somatiques. L'oeuvre de l'école psychosomatique de Paris se situe là.

L'objet de cet article se situe dans une troisième perspective visant à marier les apports de la recherche kleinienne et post-kleinienne sur les états-limite à certaines observations fondamentales de l'école psychosomatique de Paris, de sorte à entrelacer états psychosomatiques et troubles de la pensée avec différents niveaux d'intégration de la position dépressive. Un modèle de la « conversion déficitaire » en émerge.

Mélanie Klein et la psychosomatique

Les états psychosomatiques ne furent pas au centre de la clinique de Mélanie Klein. Celle-ci orienta fermement son intérêt psychanalytique sur l'enfance et ses angoisses dépressives ou paranoïdes. Son expérience du champ psychosomatique est ainsi fondamentalement différente de celles, par exemple, de Marty, de M'Uzan, David et

Fain, noyau fondateur de l'école psychosomatique de Paris, qui exercèrent comme psychanalystes à l'hôpital général avant de se rassembler en une consultation psychosomatique.

Par ailleurs, Mélanie Klein élaborait une théorie du « fantasme inconscient », fondée sur l'observation de l'extraordinaire fécondité et précocité de l'activité fantasmatique de ses jeunes patients. Cette théorie semble éluder la question de l'articulation psycho-somatique. Elle énonce en effet que l'ensemble de l'activité psychique se fonde sur un monde de fantasmes inconscients qui traduiraient directement les sensations physiques en termes de relations aux objets qui sont à l'origine de ces sensations. Ce concept de fantasme inconscient est donc un concept-limite entre biologique et psychique, dans la foulée de la notion freudienne de pulsion. Les fantasmes inconscients apparaissent ainsi, dans l'œuvre de Mélanie Klein, comme les représentants psychiques des pulsions et des affects. Dans cette perspective, une activité fantasmatique inconsciente accompagnerait toute expérience de la réalité, en particulier de la réalité corporelle et biologique.

Une lecture rapide de l'œuvre de Mélanie Klein pourrait donc donner l'impression que cette dernière est passée à côté de la clinique psychosomatique, et que la théorie du « fantasme inconscient » ne traduirait qu'une théorie psychosomatique conversionnelle univoque: toute expérience émotionnelle et perceptive serait automatiquement traduite en termes de relations d'objet, véritables reflets psychiques des activités biologiques, et en retour toute pensée impliquerait le corps. L'espace et le temps d'un travail de transformation de l'expérience émotionnelle et perceptive en pensée, ou, à l'inverse, d'un processus de somatisation, semblerait ainsi court-circuité.

Il n'en est rien. L'œuvre de Mélanie Klein est parsemée de réflexions théoriques psychosomatiques nourries de l'observation des affections physiques présentées par ses patients en cours d'analyse.

Il nous a paru intéressant de relever les lignes de force de ces réflexions à partir de deux cas bien connus décrits par Mélanie Klein, « Dick » et « l'homme au ténia ». Ces cas nous paraissent paradigmatiques de la polarité qui anime le champ psychosomatique, tendu entre corporel asymbolique et corporel symbolique. Ils traduisent la filiation directe de Mélanie Klein à Freud et à son modèle de la névrose actuelle et de l'hystérie. L'hypothèse discutée dans cet article est que cette polarité du champ psychosomatique est modulée par le niveau d'intégration de la position dépressive et par l'impact de cette conflictualité dépressive sur l'activité de la fonction alpha décrite par Bion (1962).

« L'homme au ténia »

Dans sa « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs », Mélanie Klein (1934) illustre sa description princeps de la position dépressive par le cas de « Monsieur X ». Elle nous le décrit comme une personne qui ne parvenait jamais à se sentir véritablement heureuse et dont la vie entière semblait imprégnée de dépression et d'hypocondrie. Enfant, ce patient aurait entendu dire qu'il avait un « vers solitaire » et il en aurait conçu une peur des diarrhées. Durant son analyse, Monsieur X établit un lien entre ténia et avidité infantile. Le récit de Mélanie Klein est centré sur un mouvement crucial durant lequel les angoisses paranoïdes de Monsieur X, portant sur le moi, évoluèrent en angoisses dépressives, portant sur ses bons objets intériorisés. A ce moment, Monsieur X souffrit d'hypocondrie et d'une somatisation: des diarrhées. Il croyait en outre que du sang était mêlé à celles-ci.

Il formula dans différents rêves le fantasme « qu'un vers solitaire se frayait un chemin dans son corps et le mangeait ». Le processus psychanalytique permit à Mélanie Klein de reconstruire, outre une thématique homosexuelle, un fantasme infantile d'avoir vampirisé et dévoré les parents, de les avoir empoisonné d'excréments et d'avoir interrompu leur coït en déféquant. Elle en déduisit que Monsieur X vivait dans la crainte d'une retaliation parentale qui lui interdisait tout amour véritable pour eux. Dans le transfert, cette crainte fut à son acmé lorsque surgirent diarrhée et hypocondrie.

Cette somatisation fut accompagnée de la conviction d'une destruction corporelle à l'image de l'atteinte fantasmée aux corps et au couple des parents. Le récit de Mélanie Klein permet de penser que la réédition transférentielle de ces fantasmes infantiles fit disparaître la diarrhée. A coup sûr, cette réédition ouvrit une nouvelle phase de travail analytique, marquée selon Klein par l'émergence de puissants sentiments d'amour et de gratitude pour l'analyste et la mère que celle-ci représentait dans le transfert. Cet amour était empreint d'une nouvelle qualité d'angoisse, pétrie de sollicitude pour l'objet et de soucis quant aux dégâts que pourraient lui occasionner les pulsions sadiques orales et anales. Cette inquiétude prit la forme d'une cancérophobie et de la peur d'une hémorragie interne. L'analyse de ces angoisses permit à Mélanie Klein de comprendre que la peur de Monsieur X d'être attaqué et détruit par les objets qu'il imaginait lui-même avoir attaqué et détruit se muait alors en souci pour ses objets aimés, vécus comme menacés par son agressivité.

Ce cas illustre bien trois points centraux de cet article de Mélanie Klein: la « guerre intérieure où le Moi s'identifie aux souffrances des bons objets » qu'est la position dépressive, et le rôle de repli défensif que la position paranoïde peut jouer vis à vis de celle-ci. Par ailleurs, il différencie clairement les symptômes paranoïdes « causés par les attaques fantasmatiques d'objets persécuteurs internes contre le moi » et les symptômes dépressifs « qui proviennent des attaques de mauvais objets internes et du ça contre les bons objets ».

- Quelle lecture psychosomatique pouvons-nous faire de ce récit de cas ? Le symptôme physique, la diarrhée, apparaît lorsque le fonctionnement psychique de Monsieur X s'inscrit de façon prédominante dans ce que Klein nomme à l'époque « position paranoïde » et qui deviendra plus tard la « position schizo-paranoïde » (Klein, 1948). Cette somatisation semble participer de la défense contre la souffrance dépressive et elle disparaît lorsque cette dernière émerge dans le transfert et y prend sens. La nature du registre symbolique de Monsieur X change dès lors que son angoisse s'affirme comme dépressive et que la localisation de l'objet se fait interne. Cela prendra de l'importance en abordant le cas de Dick.

En effet, Monsieur X a tout d'abord la conviction que sa diarrhée *est* sanglante, puis dans un deuxième temps il *crain*t une hémorragie interne. Il passe de la concrétude de l'équivalent symbolique décrit par Segal (1957) au registre symbolique lié à la totalisation et à la séparation de l'objet concomitantes de la position dépressive. La disparition du symptôme physique, l'intériorisation de l'objet et du conflit dépressif semblent accompagner la plus grande valeur économique de ce nouveau registre symbolique. Monsieur X acquiert ainsi la possibilité de penser ses angoisses dépressives.

La somatisation garde donc ici fondamentalement un sens psychique et le processus analytique permet une « conversion » du symptôme physique en pensée chargée de sens transférentiel et historique. Cette « conversion » inverse la conversion initiale de la somatisation. Nous sommes là en présence d'une théorie psychosomatique conversionnelle. Mélanie Klein s'inscrit ainsi dans la continuité de la réflexion freudienne sur l'hystérie.

Mais il est essentiel à notre propos de souligner que la somatisation en jeu dans cet exemple a, par son caractère fonctionnel, un statut intermédiaire entre une conversion « pure » et une maladie physique avec atteinte organique ; à ce caractère intermédiaire de la somatisation répond un statut également intermédiaire des capacités de symbolisation du sujet puisque la somatisation surgit lorsque celui-ci est

sous l'emprise d'un fonctionnement narcissique marqué par l'identification projective et l'équivalent symbolique. C'est le premier point que nous souhaitons relever. Après le corporel symbolique de Monsieur X, nous allons maintenant découvrir le corporel asymbolique de Dick.

Le cas « Dick »

Mélanie Klein rapporte le cas de Dick dans son article sur « L'importance de la formation des symboles dans le développement du Moi » (1930). Nous n'en reprendrons ici que ce qui est utile à notre propos.

Dick avait quatre ans lorsque ses parents le présentèrent à Mélanie Klein en vue d'une analyse, sur le conseil d'un psychiatre qui le jugeait psychotique. Klein estima qu'il présentait « une inhibition exceptionnelle du développement de son Moi ». Cette inhibition se traduisait par un profond retard du développement de son intelligence, de son langage, et par un comportement qui paraissait « sans objet, sans signification, sans aucun affect ni angoisse ». Cela en faisait un enfant difficile à aimer et avait été une source de grandes difficultés dans les rapports de Dick à sa mère et à ses nourrices. Il avait présenté très tôt des troubles de l'alimentation et semblait n'avoir développé aucune relation significative.

Néanmoins, Mélanie Klein observa qu'il avait un intérêt, unique, pour les portes, les serrures, les poignées de porte, l'ouverture et la fermeture de celles-ci. Klein *imagina* que portes et serrures représentaient les orifices du corps maternel, et les poignées le pénis paternel ou celui de Dick. Elle en déduisit que l'intérêt de Dick se concentrait sur la pénétration du pénis paternel dans le corps maternel.

Le processus analytique fut lancé par ses premières interprétations sur ce thème. Il apparut par la suite que l'intérêt épistémophilique de Dick pour le corps de sa mère, revécu dans le cabinet de Mélanie Klein, faisait l'objet d'un investissement sadique tel qu'il fut bloqué par des angoisses paranoïdes. « C'est donc la peur de ce qu'il aurait à subir », écrit-elle, « surtout de la part du pénis de son père, après avoir pénétré dans le corps de sa mère, qui avait arrêté la formation symbolique ». En outre, Mélanie Klein releva que Dick présentait « une *empathie prématurée* qui avait été le facteur décisif de son rejet de toute tendance destructrice » (notre italique). Par exemple, cette empathie se traduisit plus tard dans l'analyse par une remarque de Dick à la vue de copeaux de crayon. Il dit: « pauvre Madame Klein ! ». Relevons ce point car il établit un lien essentiel, déjà entrevu dans le cas de Monsieur X, entre formation symbolique et conflictualité dépressive. Nous y reviendrons.

La psychosomatique se niche dans un point de ce récit d'analyse qui ne nous semble pas avoir été suffisamment relevé: Dick présentait aussi des somatisations et souffrait depuis l'âge de cinq mois de « troubles digestifs, de prolapsus anal et d'hémorroïdes ». Dans une note de bas de page, Mélanie Klein commente ces somatisations comme suit: « quand l'enfant déféquait ou urinait, son expression était celle d'une grande angoisse. Ses fèces n'étaient pas dures, le fait de souffrir d'un prolapsus anal et d'hémorroïdes ne semblait pas suffire à expliquer sa crainte, d'autant moins qu'elle se manifestait exactement de la même manière quand il urinait. Pendant les séances d'analyse, cette angoisse prenait une telle intensité que si Dick me disait qu'il voulait uriner ou aller à la selle, il ne le faisait, dans un cas comme dans l'autre, qu'après de longues hésitations, en donnant les signes d'une profonde angoisse et les larmes aux yeux. Quand nous eûmes analysé cette angoisse, son attitude à l'égard de ces deux fonctions se modifia considérablement; elle est maintenant presque normale ». Mélanie Klein ajoute: « il apparut à l'évidence que dans les fantasmes de Dick, les fèces, l'urine et le pénis représentaient des objets dont il se servait pour attaquer le corps maternel et qui étaient donc, pour lui aussi, une source de danger ».

Dans cet article, Mélanie Klein présente un cas issu d'un champ clinique et technique alors nouveau: la psychanalyse de l'enfant. Le jeu y est utilisé comme un équivalent de l'association libre verbale de la psychanalyse de l'adulte et il constitue une externalisation dans la situation analytique de fantasmes inconscients mettant en scène des relations à des objets internes, personnifiés par les jouets. Ce passage par l'acte a donc une fonction symbolique au même titre, même si ce n'est pas du même ordre, que la parole et constitue un langage à décoder. Le passage par l'acte du jeu n'est plus opposé au déploiement de la pensée mais constitue une nouvelle « voie royale » de la compréhension des fantasmes inconscients, à la façon du rêve.

Les conceptions de Mélanie Klein concernant le processus de formation des symboles découlent d'observations faites dans ce cadre-là. En particulier, elle observe dans les fantasmes de ses petits patients l'existence d'une « phase de sadisme maximum » (Klein, 1932) qui lui paraît, à ce moment de son oeuvre, concomitante des frustrations du sevrage et de l'apprentissage de la propreté. A ce point de son développement, l'enfant a le sentiment de détruire son objet libidinal en le dévorant ou en l'empoisonnant. Il en est profondément angoissé et se sent lui-même menacé de dévoration et d'empoisonnement.

Mélanie Klein observe, et c'est l'objet de son article, que la formation des symboles se fait selon un processus de déplacement: les conflits et les angoisses paranoïdes imprègnent les fantasmes élaborés par l'enfant au sujet de son objet primaire à un degré tel que cela l'engage dans une quête de relations avec des objets de

substitution qui deviennent alors les symboles de l'objet primaire. La symbolisation apparaît ainsi comme une modalité défensive primaire face à l'angoisse et à la culpabilité.

Cette genèse de symboles produit, par le jeu de la projection et de l'introjection, un monde interne complexe d'objets partiels dont les relations sont animées par les aléas d'une pulsionnalité à la fois orale, anale et, très tôt selon Klein, génitale. L'empathie de Dick, par la sollicitude pour l'objet qu'elle traduit, constitue une expression d'un tel investissement génital de l'objet. Cette empathie, fondée sur des modalités normales d'identification projective, renvoie à la notion de « stade du concernement » développée par Winnicott (1954) pour décrire la position dépressive. *préoccupation, du souci !*

L'exploration et l'appropriation fantasmatiques du corps maternel, puis de ses substituts symboliques, sont modulés par l'intensité de l'angoisse suscitée par le sadisme: il en faut « une quantité suffisante pour fournir une base à une abondante formation de symboles et de fantasmes ». Mais le cas de Dick illustre bien que cette exploration fantasmatique du corps maternel, et par extension du monde, peut être interrompue par une défense excessive et prématurée du Moi contre le sadisme. Une angoisse excessive peut, selon Klein, soit bloquer le processus de symbolisation et constituer un point de fixation de l'autisme et de nombre d'inhibitions intellectuelles ou sexuelles de l'adulte, soit susciter une quête éperdue de symboles éphémères et contribuer ainsi à la manie.

En prenant acte des affections physiques de Dick, pouvons-nous faire un pas de plus et avancer que pareille inhibition du processus de symbolisation peut faire le lit de somatisations, rejoignant en cela les vues de l'école psychosomatique de Paris ? En effet, Dick semble avoir fait un prolapsus faute de pouvoir faire un lapsus, comme si l'inhibition de ses capacités de symbolisation avait pour corolaire le processus de ses somatisations digestives. Les cas de Monsieur X et de Dick illustrent ainsi deux registres différents de somatisation: les états psychosomatiques à l'œuvre dans la sphère symbolique et ceux qui surgissent hors de celle-ci. Le symptôme physique du premier cas est investi d'une charge symbolique absente des affections somatiques du second cas. Alors que dans le récit du cas de « l'homme au ténia » la théorie psychosomatique de Mélanie Klein était « conversionnelle », celle qui sous-tend implicitement le récit du cas de Dick est animée par la notion de « déficit psychique ». *on ne!*

Un point commun émerge toutefois dans l'une et l'autre de ces histoires de cas: l'importance de la tolérance du Moi à la représentation et à la symbolisation des angoisses dépressives. Cette tolérance est possible chez Monsieur X, elle est

impossible chez Dick. Les instincts semblent alors attaquer directement le corps, faute d'être captés dans le réseau pulsionnel d'une vie fantasmatique.

En effet, nous avons vu que les symptômes somatiques de Dick n'ont pris du sens que dans un deuxième temps de l'analyse, consécutivement au redémarrage de sa fonction symbolisante. Klein insiste fortement sur le fait que la capacité symbolique de Dick a été bloquée dans son développement et comme frappée d'agénésie plutôt que de régression. Elle relève que l'intérêt épistémophilique de Dick pour le corps de sa mère faisait l'objet d'un investissement sadique tel qu'il fut bloqué par les angoisses de persécution qui en découlaient. Mais surtout, elle met en exergue l'angoisse dépressive en notant que le principal facteur du rejet par Dick de toute tendance destructrice fut son « empathie prématurée » pour une mère ressentie comme détruite. Ce faisant, Mélanie Klein met donc l'accent, et c'est cela qui nous importe, sur la conflictualité dépressive de Dick.

ou, mais c'est un enfant!

Nous pensons en effet que celle-ci se niche dans ce que Klein décrit comme *l'empathie* de Dick, avec tout ce qu'une telle empathie signifie de souci et de sollicitude pour des objets vécus comme détruits par la toute-puissance infantile des fantasmes agressifs. La grande précocité de cette empathie semble chez Dick si incompatible avec l'intensité de ses fantasmes sadiques que les défenses schizo-paranoïdes de son Moi précoce ne suffisent plus pour contenir les angoisses dépressives qui en découlent. Ce Moi primitif tend alors à réduire sa propre pensée « en copeaux » plutôt qu'affronter l'écrasant sentiment de responsabilité de la destruction de son objet d'amour ! La forme de conflictualité dépressive présentée par Dick, à la différence de celle de Monsieur X, débouche donc sur une attaque de « l'appareil à penser les pensées » (Bion, 1962) selon des modalités qu'il va maintenant nous falloir examiner à la lumière de théorisations post-kleiniennes. Nous espérons ainsi pouvoir décrire comment les différentes modalités de la conflictualité dépressive peuvent exercer une action symbolisante ou désymbolisante et donc aboutir, respectivement, à des conversions ou à certaines affections somatiques.

Conflictualités dépressives

Relever qu'une conflictualité dépressive joue un rôle organisateur central dans les fonctionnements psychosomatiques de Dick et Monsieur X va dans le sens tant de travaux sur les borderlines tels que ceux de Kernberg, pour l'adulte (1984), et de Palacio Espasa, pour l'enfant (1995), que de ceux développés par l'école psychosomatique de Paris avec la notion de « dépression essentielle ».

La notion de « conflictualité dépressive », élaborée par Palacio Espasa, décrit l'ensemble des « conflits posés par les vécus de perte de l'objet de l'investissement

libidinal lors des tentatives d'intégration des fantasmes agressifs que le sujet vit à l'égard de ce même objet ». L'ancrage de cette conflictualité dans la notion de position dépressive définie par Mélanie Klein est évident, mais parler de « conflictualité » dépressive met l'accent sur plusieurs points.

Tout d'abord, ce terme reflète le continuum et la complexité des niveaux possibles d'intégration de la position dépressive. Il y a en effet tout un monde de différences entre ce que Mélanie Klein décrit comme des formes natives de mélancolie propres à l'abord de la position dépressive (Klein 1934) et les niveaux d'intégration de la position dépressive survenant plus tardivement dans le développement, dont témoignent par exemple les capacités de deuil des personnalités névrotiques bien tempérées.

D'autre part, ce terme permet de relever le caractère central et ubiquitaire de la position dépressive dans la structure et la psychodynamique de la personnalité. Nous en avons signalé l'expression dans un cas aussi extrême que celui de Dick.

Finalement, la notion de conflictualité dépressive prend acte des élaborations plus tardives de Mélanie Klein (1952), développées ultérieurement par Bion (1962), selon lesquelles les fonctionnements dépressif et schizo-paranoïdes coexistent dès le début du développement et s'articulent dans une conflictualité où la position schizo-paranoïde constitue une défense non seulement contre les angoisses d'annihilation liées à l'action interne de la pulsion de mort mais aussi contre les angoisses dépressives.

Ce sont donc les niveaux d'intégration de cette conflictualité dépressive, la nature de l'angoisse, de la culpabilité, des mécanismes défensifs mis en jeu de façon prédominante, ainsi que la valeur économique des capacités de symbolisation, qui vont constituer la signature d'une organisation de personnalité et les marqueurs de celle-ci dans la relation analytique.

Selon Palacio Espasa (1999), les variations cliniques de cette conflictualité dépressive sont à rechercher dans les différences de nature et d'intensité des fantasmes de perte de l'objet, et dans la balance entre fantasmes de destruction de l'objet et fantasmes de réparation de celui-ci.

Cet auteur distingue trois registres différents de fantasmes de perte d'objet, expression de trois niveaux différents d'intégration de la position dépressive. Dans la conflictualité dépressive « paranévrotique » prédominent les fantasmes de perte de l'amour de l'objet, avec leur cortège d'affects d'abandon, d'exclusion ou de rejet. Les fantasmes de mort ou de dommages difficilement réparables de l'objet imprègnent la conflictualité dépressive « paradépressive ». Alors que la conflictualité dépressive « parapsychotique » est marquée par des fantasmes de destruction catastrophique et irréparable de l'objet. Notre postulat est qu'à chacun de ces registres de la

conflictualité dépressive correspond un processus de symbolisation et de somatisation qui lui est propre.

La conflictualité dépressive « paranévrotique »

Le fonctionnement névrotique s'accompagne d'une prévalence des fantasmes de perte de l'amour de l'objet du fait d'un haut niveau d'intrication pulsionnelle et de la prédominance de l'investissement libidinal. Le Moi a confiance dans ses capacités libidinales et produit par exemple quantité de fantasmes dont le caractère réparateur contrecarre les fantasmes de dommages causés à l'objet par l'agressivité propre. Celle-ci s'exprime principalement à l'égard du tiers rival dans la complexité oedipienne. La prégnance des fantasmes libidinaux de réparation favorise le retour, avec déplacement, du refoulé, et favorise donc le libre exercice de la symbolisation. Si la conversion peut apparaître lors d'éventuels ratés de la symbolisation, il règne néanmoins un libre jeu entre conversion des affects en somatisations à charge symbolique et reconversion de ces somatisations en pensées. La symbolisation est alors au service de la liaison des affects.

A titre illustratif, le cas « Dora » de Freud et Breuer[?] (1895) vient là à l'esprit. Dora tousse, identifiée à son père atteint de maladie pulmonaire, et rêve que « la maison est en feu », qu'il faut « sauver la boîte à bijoux de maman », et que son père « craint d'être carbonisé ». Cet exemple de conversion est particulièrement intéressant dans la mesure où le refoulement semble porter non seulement sur les fantasmes libidinaux oedipiens négatifs mais aussi sur les affects agressifs, la culpabilité et les fantasmes de destruction du père ou de son pénis (dans la mesure où il est question des « bijoux » que contient la « boîte » maternelle, c'est à dire, vraisemblablement, d'un fantasme d'objets partiels contenus dans le ventre maternel).

La conflictualité dépressive « paradépressive »

Lorsque prédominant des fantasmes de mort ou de dommages difficilement réparables de l'objet, l'intensité de la culpabilité et de l'angoisse dépressive pour l'objet va alors contraindre le Moi à nier plus énergiquement ces affects douloureux et entraîner un refoulement plus massif des pulsions agressives envers l'objet, voire des mécanismes schizo-paranoïdes de clivage, de projection et de déni. Des défenses maniaques peuvent apparaître et prendre la forme de fonctionnements narcissiques organisés par des fantasmes d'identification aux objets idéalisés ou persécuteurs. Le courant agressif refoulé ou désavoué est susceptible d'accroître la rigueur sadique des figures surmoïques et, partant, d'inhiber diverses fonctions du Moi, contribuant par exemple à l'atteinte de la fonction symbolique. Ce courant agressif réprimé peut aussi fréquemment être retourné contre la personne propre, évacué dans des conduites masochistes ou des somatisations. Le cas de « Monsieur X », avec son

hypocondrie et sa somatisation fonctionnelle, illustre le caractère paradépressif que prend alors la conflictualité dépressive ainsi que le trouble de la pensée qui l'accompagne, consécutif au déploiement de défenses narcissiques par identification projective.

La conflictualité dépressive « parapsychotique »

Le conflit dépressif ne peut plus demeurer intériorisé et pensé par le Moi lorsque prédominent des fantasmes tout-puissants de destruction catastrophique et irréversible de l'objet.

A notre sens, l'avidité, l'envie et les défenses contre celles-ci décrites par Mélanie Klein (1957) correspondent à des formes natives de conflictualités dépressives parapsychotiques dans la mesure où ces fantasmes infantiles consistent en un investissement sadique-oral et sadique-anal du bon sein lorsque celui-ci est vécu comme s'emparant à son profit de la gratification : « au niveau inconscient, l'avidité cherche essentiellement à vider, à épuiser ou à dévorer le sein maternel ; c'est à dire que son but est une introjection destructive. L'envie, elle, ne vise pas seulement à la dégradation du sein maternel, elle tend en outre à introduire dans la mère, avant tout dans son sein, tout ce qui est mauvais, et d'abord les mauvais excréments et les mauvaises parties de soi, afin de la détériorer et la détruire. Ce qui au sens le plus profond signifie détruire sa créativité ».

L'angoisse dépressive pour un objet fantasmé comme détruit par le sadisme émerge dans ce cas comme primum movens de l'inhibition, voir de la fragmentation des fonctions symbolisantes et d'une régression vers un autre mode de fonctionnement mental décrit par Bion (1958) et caractérisé par l'attaque de « l'appareil à penser les pensées ». L'intensité de cette angoisse dépressive est si écrasante pour le Moi primitif qu'elle prend les traits d'une angoisse de persécution. La conflictualité dépressive prend alors une forme « parapsychotique » et le Moi se trouve contraint de recourir aux défenses narcissiques les plus extrêmes des diverses formes de la position schizo-paranoïde afin d'évacuer radicalement toute possibilité « d'empathie », c'est à dire d'identification projective normale et source de sollicitude pour l'objet. Déni, identification projective massive, clivage de l'objet et du Moi pouvant aller jusqu'à la fragmentation de ceux-ci, et, nous le découvrirons avec Bion (1962), inversion de la fonction alpha entrent alors en oeuvre, faisant le lit d'un délire ou d'une affection physique. Le cas de Dick constitue une bonne illustration de cette forme de conflictualité dépressive et des défenses intensément schizoïdes et morcelantes qu'elle suscite.

La « dépression essentielle » n'est-elle qu'essentielle ?

La notion de « conflictualité dépressive » s'articule de façon à la fois antagoniste et complémentaire à celle de « dépression essentielle » développée par l'école psychosomatique de Paris. Cette école a élaboré un modèle psychosomatique reposant sur la notion paradigmatique de « déficit psychique ». Il faut nous y attarder car il y a ici proximité de vues, mais non identité, avec celles que nous développons ici. Si les divergences conceptuelles peuvent être parfois marquées, elles ne doivent pas masquer les convergences qui peuvent s'établir sur le plan des faits cliniques observés, en l'occurrence la « bêtise » d'un syndrome somatique.

Résumer la richesse de la théorisation de l'école psychosomatique de Paris dépassant de beaucoup le but de notre article, nous allons nous centrer sur une notion originale développée par Marty (1968), celle de « dépression essentielle ». Ce concept entrelace lui aussi dépression, somatisation et défaut de symbolisation, mais dans une perspective sensiblement différente de celle que nous avons décrite à propos du cas de Dick.

L'école psychosomatique de Paris conçoit en effet la psychopathologie et les processus de somatisation en terme de carence des défenses psychiques face aux excitations qui, faute de pare-excitation, prennent une potentialité traumatique psychique et somatique. Elle ne se centre donc pas sur un repérage des conflits psychiques et des modalités de leur résolution mentale car, selon elle, les conflits en jeu lors des processus de somatisation ne sont pas représentés mentalement et ne se jouent donc pas psychiquement. Il s'agit dès lors de repérer et d'évaluer les carences psychiques et les signes négatifs du fonctionnement mental. Cette école a formalisé ces défauts du fonctionnement psychique, plus particulièrement de la fonction symbolisante de l'activité préconsciente, dans des concepts tels que ceux de « pensée opératoire » et de « dépression essentielle ».

La « pensée opératoire » (Marty et de M'Uzan, 1963) est une pensée consciente « sans lien organique avec une activité fantasmatique de niveau appréciable. Son originalité est de ne pas tendre à signifier l'action mais à la doubler, à l'illustrer factuellement dans un champ restreint. Cette forme de pensée en relation immédiate avec la sensorialité reste sans portée symbolique et ne paraît pas en relation avec un objet intérieur réellement vivant ». Le langage y apparaît donc comme un moyen de décharger les tensions, au même titre que la voie somatique ou l'exutoire comportemental, plutôt que comme un outil de symbolisation permettant la mise en délai propre au processus secondaire. Nous pourrions dire que le manque observable dans la pensée ou le fonctionnement opératoire est un manque d'articulation entre affects et processus de symbolisation. Des formes infantiles de fonctionnement opératoire ont été identifiées par Kreisler, Fain et Soule (1974) qui recouvrent en

bien des points le tableau clinique présenté par Dick au commencement de son analyse.

La « dépression essentielle » (Marty 1968) s'inscrit dans la vie opératoire. Selon Marty, elle peut s'installer chez des personnes dotées de structures caractérielles défaillantes et dépourvues, comme le décrit Press (1995), des mécanismes mentaux complexes qu'exige le travail du deuil. Elle peut faire suite à une perte vécue en situation d'impuissance, dans un climat d'angoisses diffuses et vides de représentations. Tout d'abord décrite comme « dépression sans objet », la dépression essentielle est différenciée du deuil et de la mélancolie comme « essence même de la dépression, à savoir abaissement du tonus libidinal (dé-pression), sans contrepartie économique positive ». Elle consiste « en une disparition de la libido tant objectale que narcissique sans compensation autre que le morcellement fonctionnel ». A ce titre, la dépression essentielle constituerait l'une des manifestations cliniques de la préséance de l'instinct de mort et ferait le lit de la somatisation en engendrant des « désorganisations contre-évolutives » susceptibles de n'être arrêtées que par des points de fixation somatiques, faute de points de fixation psychiques.

biblo?

Cette école travaille donc avec la notion d'instinct de mort et non de pulsion de mort. Elle conçoit cet instinct comme issu de l'inorganisation première de la matière, comme un déficit de l'instinct de vie. C'est là une première différence majeure avec le point de vue kleinien car à partir de 1932 Mélanie Klein adopta la théorie freudienne d'une pulsion de mort innée et distincte des pulsions de vie. Selon elle, l'intense activité fantasmatique sadique observable par exemple chez un Dick ou un Monsieur X constitue une manifestation clinique de la pulsion de mort; elle se démarque donc sur ce point de l'école psychosomatique de Paris selon laquelle l'instinct de mort oeuvre en silence.

- Une seconde différence conceptuelle majeure entre ces deux écoles porte sur la place de l'objet et de la relation à l'objet. L'école psychosomatique de Paris se centre sur l'économie pulsionnelle du sujet somatisant. En cela, elle se fonde sur des observations cliniques telles que celles formulées par Smadja (1998) à propos du fonctionnement opératoire: « l'objet, soit de manière passagère, soit de manière chronique, n'entre pas en ligne de compte » dans un tel fonctionnement du fait « d'un désinvestissement ou d'une désobjectalisation primaire ». ✕

Alors que le point de vue défendu ici est celui d'une désobjectalisation secondaire à la conflictualité dépressive, en particulier dans sa forme parapsychotique. La particularité de cette dernière semble en effet de prendre appui sur la désintrication pulsionnelle pour atteindre la pensée elle-même dans son travail de représentation d'affects dépressifs trop intenses pour le Moi primitif. Si l'affect

manque dans la pensée opératoire et la dépression essentielle et s'il affecte alors le soma, c'est, semble-t-il, du fait d'une destruction défensive des capacités du Moi de mise en forme psychique de la conflictualité dépressive. A ce point de notre discussion, nous ne pouvons que nous référer aux travaux déjà cités de Mélanie Klein (1957) sur l'envie et nous intéresser maintenant à ceux de Bion.

14
changer le terme
parce que

Un sein psychosomatique

Meltzer (1984a, 1984b) a élaboré un modèle d'évaluation des états psychosomatiques à partir de sa lecture de l'oeuvre de Bion. Ce modèle vise à différencier en situation clinique les états psychosomatiques situés *dans* le registre symbolique - la conversion, l'hypochondrie et les hallucinations somatiques - de ceux qui sont à l'oeuvre *hors* de la sphère symbolique: les affections somatiques. Suivons succinctement les étapes de cette lecture car elle va nous permettre d'élargir notre cadre de référence et de répondre à certaines questions posées par le cas de Dick: quelle est l'articulation entre ce que nous pourrions voir comme une mise en pièces de « l'appareil à penser les pensées » et la mise en place de somatisations ? Quelle est la nature de « la défense prématurée et excessive du Moi contre le sadisme » dont parle Mélanie Klein ?

Dans « Recherches dans les petits groupes » (1961), Bion observe que la mentalité groupale est organisée en deux niveaux: le « groupe de travail » et les « hypothèses de base ». Le niveau « groupe de travail » est l'expression d'un fonctionnement groupal inscrit dans le registre de la secondarisation symbolisante alors que le niveau « hypothèses de base » renvoie aux descriptions freudiennes du ça, du processus primaire, et à l'idée « qu'en première instance le Moi est un Moi corporel ». Bion divise ainsi la vie mentale en organisation mentale proprement dite et en organisation « protomentale ».

L'appareil mental, par opposition au système protomental, tend à favoriser l'émergence des pensées et leur association en fantasmes complexes par la limitation du passage à l'acte. La finalité de l'appareil protomental, quant à elle, serait de se décharger par l'identification projective de l'accumulation des affects et des perceptions en initiant des actes tant dans le monde externe, social, que dans le monde interne à un niveau physiologique (les états psychosomatiques) ou en inversant la fonction des organes sensoriels (les états hallucinatoires).

Meltzer relève un point essentiel pour ce qui nous intéresse: à ce niveau primitif de la pensée, « le Moi ne se construit pas de représentation de ses expériences émotionnelles mais les ressent comme des états corporels et y réagit par des états corporels ». Ce commentaire rejoint des faits cliniques théorisés par Mélanie Klein

M. Klein
 (1957) en termes de « memories in feelings » et par Ferenczi (1924) en termes. ^{? biblio}
 « d'archaïsmes psychologiques embryonnaires ».

Par « memories in feelings », Klein décrit « des émotions et des fantasmes préverbaux » du jeune enfant à propos de qualités du sein « qui dépassent de loin sa fonction de nutrition en tant que telle » et que l'enfant ressent d'une façon si primitive que le langage ne saurait l'exprimer. Ces « souvenirs en forme de sentiments » sont revécus dans la situation transférentielle et ne peuvent être reconstruits et verbalisables que grâce à l'aide de l'analyste.

Ferenczi a décrit quant à lui des modes de fonctionnement de l'appareil psychique appartenant « à des phases depuis longtemps dépassées de l'évolution de l'individu et de l'espèce ». Ces « archaïsmes psychologiques » n'agissent pas seulement comme « les ordinateurs clandestins des fonctionnements organiques manifestes ». Ils peuvent « supplanter par leurs tendances archaïques les fonctionnements vitaux présents dans les névroses et les psychoses ». Il suffit, ajoute-t-il, « de prendre l'exemple du sommeil et du coït. Dans ces deux états, toute la vie psychique (et en partie aussi physique) régresse à un mode d'existence prénatal et probablement plus ancien encore sur le plan phylogénétique. Mais en nous appuyant sur des considérations du même ordre, nous devons concevoir également comme un retour à des modes de fonctionnements embryonnaires et plus archaïques encore, les phénomènes d'inflammation, de fièvre, de congestion et même des réactions pathologiques les plus banales ».

Chacun de ces auteurs esquisse à sa façon l'idée d'un fonctionnement protomentale : Klein en décrivant l'existence de fantasmes complexes en deçà des représentations de mots et Ferenczi en postulant des « archaïsmes psychologiques » quasiment physiologiques, esquissant l'idée de parties névrotiques, psychotiques et somatisantes de la personnalité. Voyons plus en détail comment Bion a traité ces questions.

Dans « Aux sources de l'expérience » (1962), Bion s'est intéressé à la zone de contact entre mental et protomentale, ces deux extrêmes du processus de formation symbolique. Il y a décrit une charnière qu'il nomme de façon abstraite, la jugeant essentiellement mystérieuse: la « fonction alpha ». La finalité de celle-ci serait de représenter l'expérience émotionnelle pour lui donner sens et la rendre utilisable par la pensée. Cette fonction alpha travaille à la façon d'un « sein psychosomatique » orienté vers un « tube digestif psychosomatique » qui échangeraient non seulement de la chaleur, du lait ou de l'amour, mais aussi du sens. La fonction alpha devient donc, dans le vocabulaire bionien, psychosomatique lorsqu'elle est pourvue de « capacité de rêverie » propre à accueillir, transformer et restituer avec un surcroît

de sens les expériences émotionnelles brutes que le nourrisson transmet à sa mère par le biais de ses fantasmes d'identifications projectives.

Selon Bion en effet, les données sensorielles et perceptives d'origine tant interne qu'externe n'existeraient qu'à l'état d'éléments « bêta » ou de « préconceptions », potentiellement mais non automatiquement transformables par la fonction alpha en éléments « alpha » ou en « conceptions ». Ce sont ces éléments alpha qui constituent le matériel de base nécessaire à l'élaboration symbolique et à l'insertion narrative des pensées dans la trame des rêves et de la mémoire. Dans cette optique, la naissance de la pensée comprend deux temps: une transformation des expériences émotionnelles en pensées, suivie de l'émergence d'un « appareil à penser les pensées » apte à faire face à la poussée de ces pensées natives.

Une économie du trouble de la pensée

Bion établit là un partage des eaux qu'il développe dans d'autres ouvrages (1963-1965). Une conflictualité anime sa géographie de la vie psychique, polarisée entre un appareil mental soumis à la pression des pensées et un appareil protomentale soumis à l'accumulation des éléments bêta et visant à leur évacuation.

La question qui se pose alors et qui est centrale pour notre propos, comme nous l'avons constaté à propos des cas cliniques de Klein et Freud, est celle de *la tolérance du Moi au processus de représentation et de symbolisation*. Il s'agit pour l'organisation mentale d'embrasser les souffrances inhérentes à la secondarisation, aux conflictualités schizo-paranoïdes, dépressives et névrotiques. L'incapacité de contenir psychiquement une telle souffrance, en particulier la douleur et la culpabilité dépressives, incapacité dont le cas de Dick me paraît emblématique, peut susciter une inversion régressive de la fonction alpha, productive « d'éléments bêta avec traces de Moi et de Surmoi » (Meltzer, 1986c), c'est à dire un processus de désymbolisation et d'attaque de la représentation dont la trace clinique sera un trouble de la pensée: la clinique du « vide » ou du « blanc » de la pensée s'ouvre là à nous (Green, 1993).

La fonction alpha connaît donc deux limites. D'une part, tous les éléments bêta ne peuvent être transformés en éléments alpha. Il existe un résidu auquel peuvent s'adjoindre les produits de l'inversion de la fonction alpha. Ce résidu mixte d'éléments bêta est alors soumis aux processus d'évacuation de l'appareil protomentale et peut connaître divers destins: comportement, hallucination, délire ou *somatisation*.

Pensée et protopensée apparaissent ainsi comme un processus vivant et animé par un incessant mouvement de flux et de reflux des mouvements symbolisants et désymbolisants. *Le point de vue économique est là capital. Il est régi, à notre sens, par la nature de la conflictualité dépressive prédominante*, c'est à dire par le degré

d'intégration des fantasmes destructeurs de l'objet de l'investissement libidinal, et par la nature des sentiments de culpabilité.

Mélanie Klein a signalé (1946) que l'angoisse de persécution et les défenses qu'elle mobilisent peuvent être renforcée « pour échapper au fardeau insupportable de la culpabilité et du désespoir ». Bion ajoute, quant à lui, que d'autres registres défensifs peuvent se mettre à l'œuvre lorsque les défenses narcissiques de la position schizo-paranoïde sont insuffisantes pour contenir les angoisses dépressives, comme *l'inversion de la fonction alpha*.

L'orientation de la vie psychique vers un fonctionnement mental ou vers un fonctionnement protomentale, vers un travail de représentation des expériences émotionnelles ou vers l'évacuation de celles-ci dans la somatisation devient dès lors une fonction de la nature et de l'intensité des angoisses dépressives. En résumé, moins la destructivité trouve à se représenter dans des formes élaborées de la position dépressive et plus elle suscite des défenses narcissiques mutilantes pour la pensée, plus le corps est alors à risque de somatisation.

Bion a en effet souligné chez le psychotique - et Meltzer chez le somatisant - l'importance de l'attaque permanente non seulement des liens à l'objet mais aussi de l'appareil perceptif de la réalité de l'objet. La théorisation des états psychosomatiques par Bion ou Meltzer semble ainsi s'opposer à celle de l'école psychosomatique de Paris sur le point de la représentation mentale des conflits en jeu chez le somatisant. Cette opposition se noue, peut-être irréductiblement, autour du statut des éléments bêta: le protomentale est-il psychique ou somatique ? *En considérant que le protopsychique des éléments bêta est déjà d'ordre psychique, nous sommes amenés à considérer les états psychosomatiques comme des phénomènes conversionnels plus ou moins déficitaires selon la nature de la conflictualité dépressive en jeu et le degré de représentation des fantasmes destructeurs.*

Une relecture de « Œdipe-Roi » nous aidera peut-être à préciser cette articulation entre mental et protomentale, et l'utilité que ce système de référence peut prendre non seulement dans la clinique quotidienne mais aussi en psychanalyse appliquée à une œuvre littéraire.

Oedipe, état-limite et somatisant ?

Si nous lisons la tragédie « Œdipe-Roi » comme le récit d'un processus analytique, nous voyons Sophocle, ce psychanalyste originaire, dresser le portrait d'un homme aux prises avec différentes modalités de sa conflictualité dépressive. Nous pouvons y relever d'une part que le processus d'oedipification de ce dernier passe par une intégration de ses fantasmes les plus narcissiques et destructeurs, et d'autre part que cette intégration se produit via un retour du désavoué qui implique le corps avant de

trouver une issue psychique, comme l'a relevé récemment D. Quinodoz (1999). Sophocle dit en termes poétiques ce que l'analyste observe en termes psychanalytiques et si je reviens à Sophocle, c'est que l'usage du vocabulaire psychanalytique peut vite rendre abstrait ce qui pourtant fait profondément partie de la nature de chacun d'entre nous. Parler par exemple de « conflictualité dépressive parapsychotique » ou « d'organisation protomentale » pourrait nous faire croire que nous parlons là d'un monde psychique si originaire et si aliéné qu'il serait à des années-lumière de l'oedipe et qu'il ne nous concerne pas. Ce serait une illusion sur laquelle Sophocle nous ouvre les yeux : son Oedipe Roi est imprégné de cet originaire.

Si je devais résumer en une phrase mon point de vue sur cette tragédie, je dirais que la conflictualité dépressive « parapsychotique », c'est la peste, que la conflictualité dépressive dans sa forme « paradépressive », c'est le meurtre, et que la conflictualité dépressive « paranévrotique », c'est l'aveuglement ou la castration ! Sophocle présente en effet son « récit de cas » en trois temps dont le fil conducteur est une enquête sur la mort d'un père, Laïos, et dont le moteur est la culpabilité inconsciente d'Œdipe. Cette culpabilité a tout d'abord la qualité persécutoire, envahissante et démesurée de la peste, puis elle prend la forme d'une culpabilité dépressive lors de la découverte du meurtre et de l'inceste, avant de se circonscrire dans la castration au fur et à mesure que se révèle la vérité.

Sophocle décrit tout d'abord comment Thèbe, la cité dont Œdipe est roi, est envahie par la peste. La nation craint l'anéantissement et attend l'aide miraculeuse d'un Œdipe auquel sont prêtés des pouvoirs divins. Si nous considérons Thèbe comme une sorte d'espace psychique élargi d'Œdipe, nous avons là une jolie description d'un Moi narcissique primitif aux prises avec une conflictualité dépressive parapsychotique : ce Moi lutte contre une angoisse d'anéantissement catastrophique. Il s'en défend de deux façons selon que nous considérons la peste comme un fantasme projectif et une défense schizoïde contre une angoisse dépressive écrasante ou que nous prenions la peste au pied de la lettre, comme une somatisation. Chez Sophocle en effet, la peste n'est pas qu'une métaphore, elle est aussi une affection organique. Et l'aveuglement de la castration pourrait être vu comme une conversion. Nous découvrons là un autre mouvement de ce « processus analytique », allant d'une affection physique à une conversion, d'un corporel asymbolique à un corporel symbolique.

Selon le premier point de vue, Œdipe apparaît en effet identifié à des objets partiels idéalisés, les dieux et la peste, ce qui permet d'observer au passage la conflictualité de ces identifications. L'identification au persécuteur, la peste, est projetée dans un objet, le peuple de Thèbe, de sorte à laisser Œdipe libre d'angoisse. Nous retrouvons

souvent cette constellation au décours des cures psychanalytiques et nous savons par expérience combien de telles fantasmes projectifs peuvent porter atteinte concrètement au fonctionnement psychique de l'analyste, et parfois mener à des impasses. Mais chez Sophocle, heureusement, l'analyste ne perd pas le nord ! L'Oracle, Créon ou Tiresias semblent savoir, comme s'ils avaient lu Bion, que la peste, comprise comme fantasme projectif, n'a pas qu'un but évacuateur mais constitue aussi une tentative d'information et de recherche d'aide, et qu'il est issu d'un lointain passé infantile : je cite Créon, « *c'est du sang versé qui met la fièvre dans la ville* ». Quelle réplique étonnante, quelle capacité de rêverie ! Nous sommes là très proches de Mélanie Klein imaginant un sens au fonctionnement opératoire de Dick. Ce qui nous ramène au second cas de figure, le plus proche du texte de Sophocle, de la peste comme somatisation.

La peste envahit la ville, décimant Thèbes. Le corps de la nation semble représenter tant celui d'Œdipe que celui d'une figure maternelle : « elle (la cité) périt dans les semences de la terre, elle périt dans les troupeaux, elle périt dans le ventre des mères ». La rivalité meurtrière avec le père semble ainsi sous-tendue par un fantasme d'identification au ventre détruit d'une mère. Comme si là encore une problématique maniaco-dépressive faisait le lit de la complexité oedipienne et illustrait une remarque faite par Mélanie Klein (1928) à propos de l'homosexualité primaire : « il est probable que la peur profonde de la destruction des organes internes est la cause psychique de la plus grande prédisposition des femmes, par rapport aux hommes, à l'hystérie de conversion et aux maladies organiques ».

Toutefois, la peste semble émerger du lieu précis où *devrait* se trouver la représentation d'une destruction et de l'affect qui s'y rattache, la culpabilité. Personnage en quête d'auteur, affect en quête de fantasme, la peste semble attaquer le corps *faute* de représentation psychique contenant propre à lui offrir un sens et une qualité verbalisable. *La somatisation se révèle ainsi sous un double jour : comme aboutissement d'un processus de déqualification du sens psychique et comme moteur du processus tragique de la recherche d'un sens.*

Sophocle nous livre là une version poétique du concept bionien « d'inversion de la fonction alpha » et je pense que la peste pourrait constituer une bonne représentation « d'éléments bêta avec traces de surmoi ». Dans cette perspective, la somatisation ne se conçoit pas tant comme conversion d'un mécanisme mélancolique, même si Œdipe se débat avec des identifications mélancoliformes lorsqu'il émerge de la somatisation et doit affronter ses angoisses dépressives, que comme aboutissement somatique du démantèlement et de la différenciation de la représentation du meurtre du père. L'expérience émotionnelle qui était liée à cette représentation psychique agit dès lors dans le corps, cherchant un nouveau chemin vers la pensée

après avoir été rejetée par celle-ci. *Faute d'être représenté, l'affect en jeu dans le mécanisme mélancolique attaque le corps plutôt que le Moi.*

Reprenons le fil de la tragédie. A partir de la réplique de Créon s'élabore un tissu interprétatif qui va aboutir à la douloureuse prise de conscience d'Œdipe : « Tel, moi-même, je me suis dévoilé : enfant indésirable, époux contre nature, meurtrier contre nature ! ». Durant ce deuxième mouvement de la tragédie, Œdipe semble aussi près du meurtre que du suicide et être aux prises avec une conflictualité dépressive paradépressive, qui s'élabore finalement en conflictualité dépressive paranévrotique, dans l'acceptation de la castration. Le héros déchu se crève les yeux par horreur de ses crimes et désespoir de la mort de Jocaste. Mais cette acceptation n'est que relative car elle garde de forts relents d'omnipotence : « croyez-moi, mes maux ne sont à la mesure d'aucun autre mortel ! » conclut Œdipe.

Citer Tirésias, Créon ou la peste revient à évoquer quelques figures surmoïques paternelles de cette tragédie, dans leurs dimensions post-oedipiennes ou pré-génitales. Mais il paraît impossible de conclure cette trop sommaire lecture d'Œdipe-Roi sans s'arrêter sur l'imgo de Jocaste dont l'évolution personnelle semble doubler et encourager, au fil de l'intrigue, la prise de conscience de son fils. Tout d'abord mère « trop excitante et trop peu parexcitante », elle sait sans vouloir « ça voire ». Puis elle comprend et se suicide, renonçant à la possession toute-puissante et incestueuse de son fils dans un mouvement qui la réunit dans la mort à Laïos et confronte ainsi Œdipe à la scène primitive. Celui-ci, après avoir été tenté de suivre sa mère dans le suicide, tolère cette perte qui l'introduit dans le registre de la castration comme par identification à une mère qui a alors retrouvé ses qualités parexcitantes.

Mais en quoi ? En redevenant symboliquement, pensons-nous, un sein psychosomatique, distillant non seulement lait et amour mais aussi capacité de penser l'absent, Laïos, après avoir si longtemps incarné un sein maniaque, idéalement gratifiant. Rejetant son fils hors de la scène primitive, elle l'adopte. Elle pense leur séparation au lieu de la panser par l'inceste.

Remarquons que le développement par Jocaste d'une capacité de rêverie passe par la capacité de la figure paternelle de ne pas se laisser « abattre », dans tous les sens du terme, et de prendre activement sa place dans la constitution de l'épreuve de réalité. L'Oracle participe ainsi à la différenciation de la mère et du fils, tout comme au « retour de l'amante » (Fain et Braunschweig, 1975) vers un Laïos à nouveau adopté et adoptant.

La capacité de rêverie de Jocaste s'étaye donc sur une fonction paternelle dont l'entrée en scène introduit distance avec l'objet là où il y avait accolement incestueux

et espace de compréhension là où régnait non tant le désaveu du meurtre du père que le morcellement de la représentation du meurtre de Laïos par une forme pathologique d'identification projective. A la restauration fondamentalement réparatrice d'une représentation du lien parental et d'une scène primitive créative paraît répondre en effet le rassemblement des différents protagonistes de cette tragédie qui étaient jusqu'alors éparpillés dans la campagne thébaine. Comme si l'intériorisation par Oedipe de la capacité de rêverie de sa mère allait de pair avec le rapatriement de ce qui a été projeté et avec la réduction des clivages instaurés entre différentes parties de soi et de l'objet. Il est à noter que Œdipe retrouve alors le personnage qui fut un témoin de son meurtre, autrement dit un représentant de sa capacité à assumer l'épreuve de la réalité.

Cette tragédie pourrait ainsi se résumer à une enquête sur une « implosion » du Moi d'Œdipe survenue tant lors de sa séparation précoce avec ses parents naturels que lors de sa séparation ultérieure avec ses parents adoptifs. Sophocle nous décrit un processus de retour du clivé sous deux formes et en deux temps, ce qui laisse penser que deux formes d'identifications projectives ont été à l'œuvre lors de « l'implosion » initiale. Tout d'abord, la somatisation survient par envahissement des particules de la peste, possibles produits d'une catastrophe primitive ayant fragmenté et expulsé dans le corps certaines parties du Moi meurtrier et du Moi agent de l'épreuve de réalité, le témoin du meurtre. Puis cette somatisation a été suivie d'une transformation de cette « peste » par la capacité de rêverie de l'Oracle, selon le cheminement que nous avons décrit plus haut, une rêverie qui a inversé le démantèlement initial et suscité le rassemblement des nombreux protagonistes de l'affaire.

Du fait de la variété de ses registres de fonctionnement psychique et de son ancrage initial dans une conflictualité dépressive parapsychotique, je pense que nous pourrions voir Œdipe non seulement comme un somatisant mais aussi comme un état-limite. Dans cette perspective, Sophocle nous aurait décrit quelques aspects essentiels d'une cure d'état-limite. L'enjeu principal de celle-ci me semble avoir été la révélation de la conflictualité parapsychotique d'Œdipe, puis son évolution par paliers successifs vers une conflictualité dépressive paranévrotique. L'examen du « cas Œdipe » ajoute ainsi un point important à ce que les cas de Dora, trop brièvement évoquée, Monsieur X et Dick nous ont appris concernant les différentes formes de la conflictualité dépressive : l'idée que chacun d'entre nous passe dans son développement par différents paliers d'intégration de la position dépressive, du parapsychotique vers le paranévrotique, et que chaque palier est susceptible de constituer un point de fixation vers lequel une régression ultérieure est possible.

Conclusion

Dans la mesure où ces différents niveaux d'intégration de la position dépressive semblent cohabiter au sein d'une même personnalité en vertu de mécanismes de clivage (Freud 1927, Klein 1946, Bion 1957), différents registres de symbolisation et de somatisation peuvent ainsi coexister de façon dynamique au sein d'une même structure de personnalité hétérogène. De ce fait, la conflictualité dépressive constitue non seulement une articulation entre parties psychotique et névrotique de la personnalité mais aussi entre différentes formes d'états psychosomatiques, ou différents processus de somatisation, en rapport avec des degrés divers de troubles de la pensée. Nous rejoignons ici le travail classique de Cramer (1977) sur les conversions et sa mise en évidence que la structure de personnalité sous-jacente aux conversions « n'est pas tant hystérique que borderline ».

Notre compréhension de la clinique de Dora, Monsieur X et Dick s'est appuyée sur quatre principales références théoriques qui nous apparaissent comme autant de pulsations non seulement de l'appareil psychique mais aussi de l'être psychosomatique.

La première d'entre elle, bien sûr, est Freud (1938). Son modèle de la névrose, pulsant entre névrose hystérique et névrose actuelle, nous apparaît comme le paradigme d'un champ psychosomatique polarisé entre un corporel symbolique, les conversions, et un corporel asymbolique, certaines affections somatiques.

La seconde d'entre elles est l'assertion fondamentale de l'école psychosomatique de Paris selon laquelle « la qualité du fonctionnement psychique garantit la qualité du fonctionnement somatique » (Marty, 1976, 1980). La pulsation à l'œuvre dans cette perspective opère entre le pôle psychique et le pôle somatique d'un être humain empreint pourtant d'une unité fondamentale.

Notre troisième référence est le modèle développé par Mélanie Klein (1934, 1946) d'un appareil psychique pulsant entre position dépressive et position schizo-paranoïde. La qualité du « fonctionnement psychique » dont il vient d'être question nous paraît intimement liée au degré d'intégration de la position dépressive. A cet égard, la notion de « conflictualité dépressive » développée ^{par} Palacio Espasa (1995) nous semble précieuse pour traduire d'une part l'infinie variété des degrés d'intégration de la position dépressive et des défenses que celle-ci suscite, et d'autre part le caractère central de cette position dans la structure psychique.

Notre ultime référence est Bion (1962) et sa géographie d'une vie mentale pulsant entre une organisation protomentale visant à l'évacuation des expériences émotionnelles dans les somatisations, les passages à l'acte ou les hallucinations, et une organisation mentale visant à « penser les pensées ». Bion décrit un flux et un reflux incessant des expériences émotionnelles en pensées et des pensées en

expériences émotionnelles, modulés par l'action ou l'inversion de la « capacité de rêverie ».

Ce que nous appelons « troubles de la pensée » nous semble recouvrir une prédominance du fonctionnement protomentale sur le fonctionnement mental, et de l'évacuation des expériences émotionnelles sur la liberté de penser celles-ci. Ces troubles de la pensée accompagnent les défenses narcissiques mises en œuvre par les conflictualités paradépressives et surtout parapsychotiques. Dans ce dernier cas, la défense contre les affects dépressifs peut prendre la caractéristique extrême d'une attaque de la pensée dans son travail de représentation. Dans ce sens, les troubles de la pensée peuvent faire le lit de la somatisation car alors « l'affect affecte le corps », selon l'expression de Lacan, faute d'être pensé. Le point central issu de l'examen de notre matériel clinique est donc que l'économie qui anime ces différentes pulsations de la vie psychique et psychosomatique repose sur la nature et l'intensité des angoisses générées par la position dépressive.

Les distinctions que nous avons opérées entre différentes formes de conflictualités dépressives ou d'états psychosomatiques ont une utilité technique. Il y a loin en effet de Dora à Monsieur X et de ce dernier à Dick, tant du point de vue de la structure de leurs personnalités que de celui de la technique analytique que chaque cas suscite. Si une Dora ou un Monsieur X permettent un travail psychanalytique classique, il n'en va pas de même d'un Dick. Conversions, hypocondries ou affections physiques ne se broient pas au même moulin. C'est ainsi que Meltzer (1986) relève l'impossibilité de traiter les phénomènes psychosomatiques par une interprétation de leur contenu tant que ceux-ci se traduisent par des maladies physiques, même si celles-ci surviennent au décours d'une psychanalyse. La tâche de l'analyste est alors différente. Il lui faut « découvrir l'expérience émotionnelle que son patient est dans l'incapacité de rêver, faire ce rêve à sa place en se laissant porter par sa propre capacité de rêverie », pour tisser à partir de là une attitude interprétative contenante.

Comment alors ne pas penser à Sophocle « rêvant » Œdipe, ou à Mélanie Klein « rêvant » le sens de la « préoccupation unique » de Dick pour les portes, les poignées et les serrures de son cabinet, et lui communiquant son rêve tout en croyant devoir se justifier auprès du lecteur de cette entorse à sa technique habituelle ?

Bibliographie

- BION, W. R., (1958), *Attaques contre la liaison*, in : *Réflexion faite*, PUF, Paris.
 BION, W.R., (1961), *Recherches sur les petits groupes*, PUF, Paris.
 BION, W., (1962), *Aux sources de l'expérience*, PUF, Paris,
 BION, W., (1963), *Eléments de psychanalyse*, PUF, Paris,

- BION, W., (1965), *Transformations*, PUF, Paris.
- BION, W.R., (1974), *Différenciation de la part psychotique et de la part non psychotique de la personnalité*, Nouvelle revue de psychanalyse, No 10, Gallimard.
- CRAMER, B., (1977), *Vicissitudes de l'investissement du corps : symptômes de conversion en période pubertaire*, Psychiatr. Enfant, XX, 1.
- FAIN, M., RBRAUNSCHWEIG, D., (1975), *La nuit, le jour*, coll. « Le fil rouge », PUF, Paris.
- FREUD, S., BREUER, J., (1895), *Etudes sur l'hystérie*, PUF, Paris, 1956.
- FREUD, S., (1927), *Le fétichisme*, PUF, Paris, 1969.
- FREUD, S., (1938), *Abrégé de psychanalyse*, PUF, Paris, 1967.
- GREEN, A., (1993), *Le travail du négatif*, coll. Critique, Editions de Minuit, Paris.
- ISAACS, S., (1966), *Nature et fonction du phantasme*, in : Développements de la psychanalyse, Klein M., Heimann P., Isaacs S., Riviere J., PUF, Paris.
- KLEIN, M. (1930), *L'importance de la formation des symboles dans le développement du Moi*, in : Essais de psychanalyse, Payot, Paris, 1984.
- KLEIN, M., (1932), *La psychanalyse des enfants*, PUF, Paris, 1959.
- KLEIN, M., (1934), *Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs*, in : Essais de psychanalyse, Payot, Paris, 1984.
- KLEIN, M., (1946), *Notes sur quelques mécanismes schizoïdes*, in : Développements de la psychanalyse, Klein M., Heimann P., Isaacs S., Riviere J., PUF, Paris, 1966.
- KLEIN, M., (1952), *Quelques conclusions théoriques sur la vie émotionnelles des bébés*, in : Développements de la psychanalyse, Klein M., Heimann P., Isaacs S., Riviere J., PUF, Paris, 1966.
- KLEIN, M., (1957), *Envie et gratitude*, coll. TEL, Gallimard, 1968.
- KERNBERG, O.F., (1984), *Les troubles graves de la personnalité*, coll. Le fil rouge, PUF, Paris, 1989.
- MARTY, P., DE M'UZAN, M., (1963), *La pensée opératoire*, Revue française de psychanalyse XXVII.
- MARTY, P., (1968), *La dépression essentielle*, Revue française de psychanalyse, XXXII.
- MARTY, P., (1976), *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- MARTY, P., (1980), *L'ordre psychosomatique*, coll. Science de l'homme, Payot, Paris.
- MELTZER, D., (1986a), *A Klein-Bion model for evaluating psychosomatic states*, in : Studies in extended metapsychology, Clunie Press for the Roland Harris Trust Library, 1986.

- MELTZER, D., (1986b), *The proto-mental apparatus and somato-psychotic phenomena*, in : *Studies in extended metapsychology*, Clunie Press for the Roland Harris Trust Library, 1986.
- MELTZER, D., (1986c), *Clinical application of Bion's concept « reversal of alpha-function »*, in : *Studies in extended metapsychology*, Clunie Press for the Roland Harris Trust Library, 1986.
- PALACIO ESPASA, F., (1995), *Diagnostic structurel chez l'enfant*, Masson, Paris.
- PALACIO ESPASA, F., (1999), *Affects, angoisse et fantasmes*, conférence, Colloque de la Tribune psychanalytique, Lausanne, février 1999.
- QUINODOZ, D., (1999), *The Oedipus complex revisited : Œdipus abandoned, Oedipus adopted*, Int. J. Psychoan., 15-30, vol. 80, part 1, february 1999.
- ROSENFELD, H., (1964), *The psychopathology of hypochondriasis*, in: *Psychotic states, a psychoanalytical approach*, Maresfiel library, Karnac, London.
- SEGAL H., (1954), *Notes sur la formation des symboles*, in : *Délire et créativité, Des femmes*, Paris, 1987.
- SMADJA, C., (1998), *Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique*, 58ème congrès des psychanalystes de langue française, Bulletin de la Société psychanalytique de Paris.
- SOPHOCLE, *Théâtre complet*, Flammarion, 1964.
- WINNICOTT, D., W., (1954-55), *La position dépressive dans le développement affectif normal*, in : *De la Pédiatrie à la psychanalyse*, coll. « Sciences de l'homme », Payot, 1969.

Luc Magnenat
Janvier 2000
Avenue Maillard 11
CH-1217 Meyrin-Genève

Dr. Luc Magnenat
Avenue J.-D. Maillard 11
1217 MEYRIN-CH

Prix Germaine Guex

Meyrin, le 15 avril 2000

Dr. Nicolas de Coulon
Chemin des Terrasses 4
1820 Territet-Veytaux VD

Mon cher Nicolas,

J'ai repensé aux questions que tu m'as posées sur l'article que j'ai proposé pour le prix Germaine Guex, questions auxquelles je pense ne pas avoir assez répondu sur le moment.

Je me permets donc de le faire un peu « après-coup ».

Cet article s'inscrit dans un intérêt déjà ancien pour la psychosomatique puisque j'ai fait une thèse en 1989 touchant à ce domaine. Mais il est plus particulièrement lié à l'écriture, en cours, de mon travail clinique pour Berne portant sur l'analyse d'une jeune femme souffrant d'une maladie auto-immune et dépliant dans le processus analytique les méandres d'une hystérie dont les multiples facettes sont sous-tendues par différentes modalités de conflictualité dépressive. Cette analysante me paraît en effet ancrée dans une problématique phallique-oedipienne mais celle-ci est chargée d'un potentiel dépressif important dans la mesure où les fantasmes de rivalité avec le tiers, comme objet total ou partiel, débouchent sur toute une variété de fantasmes de destruction de cet objet et sur des identifications mélancoliformes à des objets fantasmés comme détruits. Il y a une séquence qui ne cesse de se répéter dans cette analyse, faite d'apparition de symptômes somatiques, suivie de production de rêves et d'associations qui permettent une prise de sens transférentiel et historique. Cette séquence débouche sur un apaisement de la symptomatologie psychosomatique comme si celle-ci s'était dépliée dans le travail de représentation et d'interprétation.

Ce qui m'a beaucoup intéressé dans ce cas, c'est la variété des états

psychosomatiques présentés successivement par ma patiente, allant de phénomènes conversionnels à des états hypocondriaques ou à son affection somatique auto-immune. J'ai eu le sentiment qu'à cette variété d'états psychosomatiques répondait une variété de niveaux d'intégration de la position dépressive et que, par exemple, les conversions étaient sous-tendues d'une conflictualité dépressive « paranévrotique », pour reprendre la nomenclature de Paco, l'hypocondrie par une conflictualité « paradépressive » et les poussées de la maladie auto-immune d'une conflictualité dépressive « parapsychotique ». J'ai été très étonné de découvrir chez cette patiente puis chez d'autres personnes en analyse – j'en ai actuellement cinq en cours – un tel mouvement de somatisation-désomatisation. Tout comme j'ai été surpris que ma patiente m'apprenne, en cours d'analyse, que les paramètres biologiques de son affection auto-immune se stabilisaient et qu'il lui était possible de diminuer sa médication anti-inflammatoire. Jusqu'à ce qu'elle développe un autre phénomène hautement psychosomatique, une grossesse !

Nous retrouvons là un point central de mon article, que j'ai illustré par mon essai de psychanalyse appliquée à Œdipe-Roi pour des raisons de discrétion quant à mon cas. Cette mise en relation de différentes modalités psychosomatiques avec différentes modalités de conflictualités dépressives me semble nouvelle et originale. Cette lecture de ma clinique résulte du mariage de plusieurs modèles théoriques psychosomatiques : le modèle conversionnel, le modèle de la somatisation par carence de la mentalisation et le modèle alexithymique. En résumé, dans ce modèle que je vois comme un modèle de la « conversion déficitaire », les processus de somatisation apparaissent secondaires à une conflictualité dépressive et je me distingue là du modèle parisien pour lequel la désobjectalisation du fonctionnement opératoire serait primaire, « essentielle ».

Émerge l'idée d'une « conversion » d'affects plus mélancoliques et chargés de destructivité ou de culpabilité que névrotiques et libidinaux. Mais cette conversion est « déficitaire » dans la mesure où les formes paradépressive et surtout parapsychotique de conflictualité dépressive portent atteinte aux capacités de représentation et de symbolisation de l'appareil psychique. Je pense que ce que Bion a décrit comme « attaque de l'appareil à penser les pensées » peut constituer une défense contre les affects dépressifs, en particulier contre la culpabilité, et que ce démantèlement de la symbolisation fait le lit de la somatisation. Ce point de vue n'enlève rien à la primauté de la psychosexualité dans l'hystérie mais il met l'accent sur la conflictualité dépressive suscitée par la rivalité avec le tiers oedipien, magnifiquement illustrée par Sophocle, et sur les processus de somatisation qui en découlent.

L'autre point abordé dans mon article traduit ma lecture du modèle psychosomatique kleinien, trop vite considéré comme purement conversionnel. Avec le cas de Dick, j'ai voulu mettre en évidence une modélisation implicite chez Klein, qui se rapproche de celle de l'IPSO, à savoir que le défaut de symbolisation fait le lit de la somatisation, mais dans une acception différente puisque ce défaut de symbolisation y paraît secondaire à une conflictualité dépressive parapsychotique. Finalement, le modèle bionien m'apparaît comme une référence utile pour appréhender l'économie de la vie mentale et des processus de somatisation selon une oscillation entre mental et protomental, psychique et prépsychique, une oscillation modulée par la fonction alpha, elle-même modulée par la conflictualité dépressive. Ce modèle me semble intéressant car il permet d'articuler les conversions et les hypocondries, situées dans le domaine psychique, avec les affections somatiques, situées dans le prépsychique.

En résumé, mon article constitue une tentative d'élaboration de ma clinique psychosomatique, que j'espère bien prolonger par d'autres articles.

Je te remercie vivement de l'attention que tu y as porté et je t'adresse, cher Nicolas, mes salutations les meilleures.

Luc Magnenat

