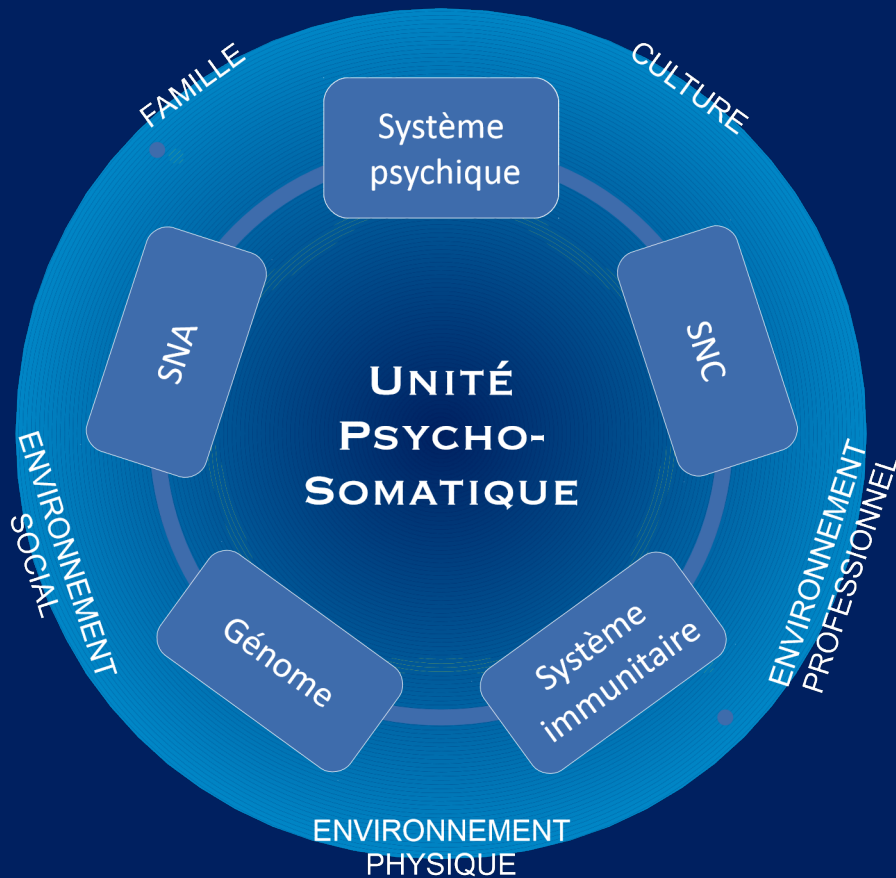


PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE
MODELE METAPSYCHOSOMATIQUE MÉDECINE NEUROSCIENCES
REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE

POURQUOI LA PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ?

CONFERENCE DU 12 DECEMBRE 2020



NUMERO 8 – 2020

COMITE DE RÉDACTION ET DE LECTURE 2019

André Aboukheir, Benoît Depreux, Stéphane Flamant, Elisabeth Jouan, Lionel Naccache, Jean Benjamin Stora, Frédérique Tafforeau, Bruno Trumbic

COMITE SCIENTIFIQUE

- **Pr. Laurent Beaugerie, service de gastro-entérologie, GHU St Antoine**
- **Dr. Philippe Giral, PH, service d'endocrinologie, La Pitié-Salpêtrière**
- **Anne Héron, Docteur en Neurosciences, Enseignant-chercheur HDR en Physiologie Humaine, Université Paris Descartes**
- **Dr. Karim N'Diaye, Institut du cerveau et de la moelle épinière / Brain & Spine Institute, Paris, GHU La Pitié-Salpêtrière**
- **Pr. Jean Benjamin Stora, psychanalyste psychosomatique, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière, Responsable enseignements de l'Institut de Psychosomatique Intégrative**
- **Michael Stora, Psychologue clinicien, Psychanalyste, Psychosomatique, expert enfants et adolescents addiction jeux-vidéo, Président fondateur de l'Observatoire des Mondes Numériques, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière**
- **Dr. Ruth Aboukheir , gynécologue**
- **Pr. Wolfgang Rapp, psychanalyste, professeur émérite de Psychosomatique, Université de Heidelberg**
- **Frédérique Tafforeau, Docteur en biologie cellulaire et moléculaire, praticienne en psychosomatique intégrative et homéopathie uniciste.**

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

Responsable de la rédaction du numéro 8

Jean Benjamin Stora

Pourquoi la psychosomatique intégrative a été le thème de la conférence du samedi 12 décembre ; thème proposé par le Docteur Lionel Naccache. En présence des patientes et des patients somatiques dont l'observation posait de nombreux problèmes cliniques et théoriques, il était important de proposer une nouvelle approche théorique et clinique qui n'était pas expliquée par le modèle de la psychanalyse génitale œdipienne stricto sensu.

J'ai proposé un nouveau modèle appelé : « Alpha de la Psyché » prenant en considération la naissance et le développement d'un système psychique, ce qui n'existe pas dans la Métapsychologie. De plus la psychanalyse n'avance aucune explication des maladies somatiques. Il était temps de développer un nouveau modèle interreliant un fonctionnement psychique des patientes et des patients somatiques, la Médecine et les Neurosciences. De plus, nous devons constater que nous ne sommes plus confrontés à des patients névrosés classiques, mais à des non – névrosés.

Cette interrogation a commencé avec Sándor Ferenczi au début du XXe siècle et s'achève aujourd'hui, momentanément en attendant des progrès significatifs sur le plan scientifique, avec la création de la discipline nouvelle de Jean Benjamin Stora : l'Alpha de la Psyche, l'Omega de la Psyché étant le modèle développé par S.Freud.

Les trois conférenciers ont répondu à cette interrogation, et il est important de faire connaître au public de thérapeutes cette nouvelle approche destinée à mieux soigner les patientes et les patients somatiques.

Bonne lecture de notre numéro spécial.

Table des matières

Responsable de la rédaction du numéro 8	3
Jean Benjamin Stora.....	3
Table des matières	4
INTRODUCTION conférence du 12 décembre 2020.....	5
« Pourquoi la Psychosomatique Intégrative ? ».....	5
Elisabeth Jouan	5
Pourquoi la Psychosomatique Intégrative ?	8
Dr Lionel NACCACHE	8
Psychosomaticien, Algologue.....	8
BIBLIOGRAPHIE	16
Le CÔTÉ SOMBRE DE l'institution de la psychanalyse de Sigmund Freud et de ses successeurs.....	18
<i>Les destins de Sándor Ferenczi, de Pierre Marty et de la naissance de la psychosomatique intégrative, de Jean Benjamin Stora.</i>	18
Jean Benjamin Stora.....	18
Perception de faits scientifiques et leur interprétation théorique	18
Le destin de Sándor Ferenczi.	18
Les nouvelles techniques analytiques de Ferenczi.....	20
Le destin du Docteur Pierre Marty, Créateur de l'École de Paris et de l'Institut de Psychosomatique, IPSO.....	25
Pierre Marty et l'institution psychanalytique, ou comment créer l'approche psychosomatique dans le cadre psychanalytique.	26
Jean Benjamin Stora et la découverte de la psychosomatique intégrative	30
Conclusion.....	34
Annexe	35
Le modèle global « Neuropsychosomatique », de la vie intra-utérine au stade génital œdipien : Résumé	35
Jean Benjamin Stora.....	35
Bibliographie	37

INTRODUCTION conférence du 12 décembre 2020

« Pourquoi la Psychosomatique Intégrative ? »

Elisabeth Jouan¹

Lorsque le Dr. Lionel Naccache m'a proposé ce thème, j'ai tout de suite accepté, tant la pertinence au vu du contexte actuel s'impose.

Tout d'abord je reprendrais une phrase du Dr Christian Delourmel, Médecin Généraliste et psychosomaticien

Le passage de la médecine à la psychosomatique est un parcours semé « d'obstacles épistémologiques » (Bachelard, 1938), dont la complexité et la difficulté reflètent la complexité et les aléas dans les conceptions des rapports psyché-soma.

Comment répondre à la question suggérée par le Dr. Naccache, sans se perdre dans des concepts fondamentaux et théories des diverses sciences qui alimentent la discipline psychosomatique intégrative à savoir : la médecine, les neurosciences et le modèle de fonctionnement psychique des patients somatiques, et aussi ne pas tomber dans l'excès du « c'est psychosomatique » qui laisse souvent le patient dans un état d'anxiété parfois pire qu'en entrant chez son médecin.

J'ai écouté récemment le témoignage de deux femmes concernant la question de la crise de la Covid. L'une Karine Lacombe, médecin chercheuse et infectiologue, première femme Cheffe de service des maladies infectieuses de l'hôpital Saint Antoine à Paris et je salue au passage que c'est la première fois qu'une femme occupe ce poste dans cette ville.

La seconde est la philosophe et Psychanalyste Cynthia Fleury Professeure titulaire de la chaire humanités et santé au Conservatoire national des arts et métiers, titulaire de la chaire de philosophie à l'hôpital, au GHU Paris psychiatrie et neurosciences.

La première raconte qu'elle a vécu – à l'issue de la première vague de l'épidémie – « une effraction psychique » – entraînant des troubles somatiques divers ; (de premier niveau selon les différents stades de somatisation de Jean Benjamin Stora)

¹ Présidente de la Société de Psychosomatique Intégrative, Psychosomaticienne thérapeute.

La seconde pose la question « Comment vivre avec ce double choc des nouvelles mesures de confinement et du retour des attentats terroristes en France ? » de cette insécurité, hostilité qui règne et de l'intolérance à l'incertitude qui s'en suit.

Ces deux « professionnelles » ont un discours qui va dans le même sens, chacune dans son domaine de compétence, pour l'une la médecine, pour l'autre la psychanalyse et les neurosciences.

Est-ce un début de réponse à la question posée ? La psychosomatique intégrative permet d'élargir la vision scientifique et d'intégrer les interrelations des différentes disciplines au service de la personne malade et non seulement de la maladie.

Le Ministre de la santé évoque la crainte d'une troisième vague, celle de la santé mentale, celle que le Dr Patrick Bantman Psychiatre avait déjà évoqué lors de son intervention à notre conférence du 13 juin dernier.

Troubles psychiques, troubles psychosomatiques ?

J'ai constaté lors du second confinement, une augmentation sensible de ma patientèle (psychosomatique intégrative) et clientèle (coaching professionnel).

Ce que je retiens, c'est que d'une part cette période de confinement a permis – pour certains – lors de cette parenthèse obligatoire d'aller à la recherche de sens et/ou de compréhension face à une maladie.

L'approche clinique de la psychosomatique intégrative telle que l'enseigne Jean Benjamin Stora, devrait apporter un éclairage et une aide pour ces patientes.

Je terminerai cette introduction sur un parallèle que j'ai fait récemment.

Dans une autre vie professionnelle, j'ai travaillé sur les métiers dits « rares » dans les vins et spiritueux, les parfums et aussi la haute joaillerie et la haute couture.

Pourquoi rares ? Outre la créativité, ces professionnels doivent faire appel à de nombreuses connaissances dans des domaines variés et avoir de nombreuses années de pratique pour exceller dans leur art. Ces professionnels sont à « chouchouter » tout en ayant à l'esprit d'assurer la relève.

Bien que dans des activités très différentes, je n'ai pu m'empêcher de faire le parallèle avec le métier de Psychosomaticien (ne) intégratif (ve).

Le rôle de l'association est de proposer des conférences, de la formation et d'autres événements pour s'enrichir mutuellement et améliorer sa pratique.

C'est donc avec plaisir que nous accueillerons vos idées, propositions de sujets et/ou interventions dans nos conférences.

Pourquoi la Psychosomatique Intégrative ?

Dr Lionel NACCACHE

Psychosomaticien, Algologue.

L'idée de cette conférence est d'une certaine façon une gageure. Présenter un pourquoi de notre discipline aux collègues de notre Société peut paraître superflu. Pour autant, cela fait sens de **réaffirmer certains des éléments théoriques qui fondent notre identité**. Il s'agit d'en appeler à un retour à ce qui nous source, c'est-à-dire le **modèle et les textes de l'œuvre du Pr Stora**. Peut-être est-il, également, permis d'espérer que les échos de cette conférence pourraient introduire au désir d'autres professionnels parmi les psychothérapeutes, les médecins... de s'intéresser à notre discipline. En leur fournissant quelques éléments d'un pourquoi qui nourrirait leurs interrogations cliniques et permettrait, pourquoi pas, de **complémenter l'investigation voire la prise en charge biomédicale des patients somatiques par des Psychosomaticiens**. En 1988, à l'occasion d'une conférence à Paris, des lauréats du prix Nobel déclaraient : « **L'imbrication du physique et du spirituel, du physiologique et du psychologique, leur réconciliation dans l'acceptation de leurs spécificités respectives comme de leurs interactions commence à faire apparaître un concept qui se révélera riche de bien des promesses : le concept d'interdépendance, le raisonnement en termes de lien et non d'opposition, le ceci et le cela et non le ceci ou le cela qui rejette, oppose, exclut** ». L'idée **psychosomatique** a traversé de multiples occurrences conceptuelles au cours de sa longue histoire. Dans la période contemporaine, les « modèles psychosomatiques » nés entre les années 1930 - 1950 (Alexander, Dunbar, Deutsch..) développant des théories basées sur « **l'idée de psychogenèse ou de personnalités vulnérables à certaines maladies se sont avérées inexactes** ». Le concept encore actuel de « **maladie psychosomatique est tout autant inexact, sa connotation renvoie presque toujours à Deutsch. une pseudo-causalité psychique** ». Plus récemment (années 70 et 80), P. Marty au sein de « **l'Ecole de Paris** » a permis un tournant à la pensée psychosomatique. « Le cœur de la théorie de P. Marty réside dans le concept de **mentalisation** » » et l'approche qui rattache « **les processus de somatisation à la possibilité pour l'individu d'élaborer 8 mentalement les traumatismes qu'il subit** ». La fonction défensive de l'homéostasie par l'appareil psychique apparaît clairement. Mais les mécanismes psychobiologiques à l'œuvre dans les processus de somatisations n'apparaissent pas dans l'idée « **d'écoulement des excitations** » qui est d'ordre

métaphorique. Et l'approche clinique de la mentalisation, outre ses difficultés d'exploration, ne se départit pas des **limites de la métapsychologie freudienne centrée sur la problématique œdipienne**. Celle-ci n'est pas opérante pour la **compréhension du fonctionnement mental spécifique des patients somatiques**. Ceux-ci sont en effet le plus souvent à un niveau de fonctionnement mental qualifié depuis **A. Green** de « **non-névrose** ». Sachant d'autre part que la **maladie somatique joue le rôle d'un « agresseur interne »**. Le **problème central des processus de somatisations** ne pouvait être résolu sans inclure les données et la recherche sur **les interrelations entre psyché et soma**. **A ce jour, tous les acteurs physico-chimiques des liaisons** qui formalisent les articulations entre les différents champs phénoménologiques du vivant sont loin d'être connus. Une masse gigantesque de questions reste à **élucider concernant les processus et les agents des médiations qui permettent d'organiser l'espace de continuum entre les différents champs**. Mais il était nécessaire de **poser au départ un principe d'unité psychosomatique constitutive de l'individu**. Dans son ouvrage « L'illusion psychosomatique » **R. Dantzer**, chercheur à l'INSERM va dans ce sens : « La nébuleuse des relations corps-esprit a fait place à toute une combinatoire d'interactions entre le psychisme et le corps. Leur complexité n'est pas aléatoire. Elle a été sélectionnée par l'évolution parce qu'elle confère un avantage décisif à l'organisme capable de s'en servir pour maîtriser les problèmes rencontrés dans son environnement. Cet avantage évolutif a un risque : **la possibilité de dysfonctionnement des mécanismes de régulation plutôt que la banale altération des éléments constitutifs** ». On entrevoit ici les mécanismes à l'œuvre dans les **premiers niveaux de somatisation**. En construisant un **métamodèle**, intégrant depuis un **dialogue transversal, et interdisciplinaire** ; les points de rencontres potentiels et d'intersection des savoirs des trois champs que sont la **Biomédecine**, les **Neurosciences**, et la **Psychanalyse** ; le **Pr Stora** a ouvert, à partir des années 1990, une voie nouvelle à la pensée psychosomatique. Dès lors s'est fondée une discipline nouvelle : la **Psychosomatique intégrative (PSI)**. Dans sa leçon inaugurale au Collège de France en 2006; **S. Dehaene**, explicitant le cadre de la Psychologie cognitive exprime: « **l'ancrage de la pensée dans la biologie du cerveau implique que les principes d'organisation du vivant contraignent notre vie mentale** »... « **tous les niveaux d'organisation, depuis la molécule jusqu'aux interactions sociales conspirent pour déterminer notre fonctionnement mental; il n'y a pas de compartimentation étanche entre biologie et psychologie** »... « **(les lois) de la psychologie ne seront comprises en 9 profondeur que lorsqu'elles auront été mises en relation avec tous les niveaux d'organisation du cerveau** ». Le cerveau est

l'acteur des substrats et des corrélats neurobiologiques de la vie mentale ou vie de l'esprit. Celle-ci, lieu de la subjectivité, se déploie dans deux dimensions simultanées. Celle de la vie mentale perceptive, sensorielle et motrice ; également de « l'état subjectif conscient », des volitions et de la pensée cognitivo-rationnelle. Et de deuxième part, celle de la vie mentale psychique faite de représentations de nature « psychique », de l'affectivité dans sa dimension intra subjective (où les émotions se ressentent subjectivement comme sentiments) et du devenir psychique des représentations et des affects. Cette deuxième dimension de la vie mentale donne lieu à cette catégorie de la pensée nommée « pensée psychique », par nature associative. Le Système ou « Appareil psychique (AP) » est le lieu topique et l'effecteur de la part psychique de la vie mentale. Depuis Freud, l'appareil psychique est défini comme appareil de liaison entre les pensées et représentations mentales ; les affects : émotions et sentiments (qui expriment les ressentis subjectifs des émotions) ; et les comportements. On comprend l'intimité des interrelations *coévolutives* voire de l'intrication qui fait continuum entre le Système nerveux central, le Système nerveux autonome et le Système psychique. D'où se comprend l'émergence récente d'une discipline nouvelle : la Neuropsychanalyse. Dans un ouvrage collectif « Neurosciences et Psychanalyse » P. Magistretti et F. Ansermet explicitent certains éléments : entre Psychanalyse et Neurobiologie, il ne s'agit pas, évidemment, de « s'égarer dans un absurde syncrétisme ». Ce serait se perdre dans « les méandres de l'inférence » que manquer de « reconnaître qu'il n'y a pas de relation simple entre un fait biologique et un fait psychique ». Et l'absence de cette précaution contribue par exemple à « l'identification de l'inconscient somatique et cognitif des Neurosciences cognitives avec l'inconscient psychodynamique de la Métapsychologie freudienne ». Il s'agit plutôt de sortir « d'une logique de la preuve ». Poser l'existence d'intimes interrelations entre Système nerveux central, Système nerveux végétatif et Système psychique ne revient ni à « vouloir prouver la pertinence de la Psychanalyse à partir des Neurosciences » pas plus qu'à ignorer les connaissances acquises concernant l'édification et le fonctionnement de l'appareil psychique qu'a élaboré la Psychanalyse au long de plus d'un siècle écoulé. Le métamodèle de la PSI s'étaye sur l'hypothèse d'un individu humain en tant qu' « Unité psychosomatique ». Celle-ci est un système complexe constitué de 5 systèmes (Système génomique, Système immunitaire, Système nerveux autonome, Système nerveux central et Système psychique) interreliés de manière multidirectionnelle. Le changement de paradigme qui en découle permet de penser un dépassement du

clivage psychosomatique et instaure le **concept unificateur de continuum psychosomatique** par-delà le fossé des **différences de nature épistémologique** entre organes et biophysio­logie d'une part et **phénomènes mentaux (y compris dans leur dimension psychique)** d'autre part. Le concept de **continuum corps-esprit** permet d'élargir la **notion d'homéostasie à son échelle**. Il s'agit donc d'une **homéostasie de l'Unité psychosomatique** dans laquelle l'AP apparaît **comme un système mental de défense, intégré aux systèmes biologiques de défense**. Dans son livre sur le stress, JB Stora précise : « **L'équilibre de la santé réside dans l'interrelation entre les 5 systèmes** ». « **Les somatisations résultent des déséquilibres complexes entre les systèmes** ». Lorsque les **capacités effectives (défensives) de l'appareil psychique sont dépassées par insuffisance de constitution, par régression ou bien (qu'il se trouve) court-circuité (ce que provoque la sidération induite par les traumatismes psychiques), « le corps (SNC ET SNV) prend la relève** ». On comprend dès lors l'idée que « **l'AP participe plus ou moins à toutes les maladies somatiques sans que l'on puisse pour autant lui en attribuer la cause** ». On peut lire dans « **La nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques** » : « **la part de la contribution de l'AP aux maladies somatiques (dans l'ensemble que constitue l'unité psychosomatique) varie considérablement** selon l'histoire personnelle et somatique individuelle, la composante génétique, (...) les différentes situations familiales et professionnelles auxquelles l'individu est confronté ». Ce modèle permet donc d'éclairer le « **problème majeur des processus de somatisation à travers une approche multicausale et probabiliste des somatisations** » en lieu et place d'une approche linéaire, limitée à des rapports de causalités immédiates. R. Dantzer (op. cité) apporte : « **s'adapter n'est pas subir mais agir, et agir pour un individu confronté à un environnement fluctuant n'est pas uniquement mobiliser ses ressources organiques pour faire face, mais aussi prévoir, supputer les chances de l'emporter et mettre en route la bonne stratégie. (...) Pour arriver à se dégager des stéréotypes réactionnels (et comportementaux), il a fallu (au cerveau) acquérir la capacité de créer de l'information, c'est-à-dire interpréter ce qui parvient aux organes des sens : la pensée est née des nécessités de l'action** ». 11 Le quotidien de l'existence, ses contraintes et ses aléas sont sources d'interpellations multiples adressées à la vie affective et mentale. De surcroît, des **stress importants (aigus ou chroniques)** voire des **psychotraumatismes** peuvent se produire. Ces différentes sollicitations affectent le SNC le SNV et l'AP par leurs **charges émotionnelles et l'énergie excitatrice afférente**. Le **rôle pathogénique potentiel des charges de la vie émotionnelle** est reconnu depuis longtemps. *Face au devenir de ces charges que le rôle des*

défenses psychiques apparait essentiel. Dans un document de 2002, C. Jacque et J.M. Thurin de l'INSERM précisent : « **Le rôle des peurs, des émotions, et des contraintes prégnantes dans l'apparition de maladies organiques ou psychiques a, depuis longtemps fait l'objet d'observations cliniques** ». De fait, de multiples données d'observations cliniques et d'études scientifiques expérimentales nourrissent l'**hypothèse d'une organisation unifiée incluant la dimension mentale et psychique constituant l'individu.** On peut, pour exemple, mettre en avant les nombreux travaux portant sur « **les effets immunologiques et neurobiologiques du stress psychologique en fonction de ses caractères objectifs et subjectifs, de sa durée, de la capacité ou non du sujet d'y faire face, de son caractère interpersonnel ou non, ainsi que du contexte dans lequel il s'inscrit** » ... « Parmi les facteurs de risque qui prédisposent certains sujets à la survenue de troubles, **l'importance d'un contexte de traumatisme antérieur et d'insécurité de la première enfance, voire de stress prénatal est soulignée** »... Les recherches en Neurobiologie « ...prolongent ... ces observations cliniques... en particulier le rôle que jouent les cytokines (non seulement par leurs effets cellulaires mais également) comme acteurs de liaison et de médiation des interactions entre Système nerveux central et Système immunitaire..., **pouvant intervenir comme véritables neuromédiateurs...** Il apparait (...) que ces agents peuvent être mobilisés par des stress à *priori* très hétérogènes : **psychiques, infectieux, toxiques, traumatiques...** ». La PSI pose également la problématique du **rôle pathologique des affects et de leur devenir en termes « économiques »** : l'homéostasie de l'unité psychosomatique est soumise à l'impératif de faire face à l'impact des **charges émotionnelles et du devenir des quantum énergétiques qu'elles portent. C'est précisément en ce point qu'est mis en jeu le rôle défensif de l'AP. L'énergie émotionnelle apparait, en effet, comme « quantum d'excitations dont le devenir est pris en charge simultanément par chacun des 5 systèmes (...) qui traitent chacun selon (ses lois) de fonctionnement les données en provenance de l'environnement interne et externe. Il s'agit de systèmes dynamiques complexes ouverts instables et dissipatifs d'énergie qui échangent continuellement de la matière, de l'énergie, et de l'information avec leur environnement** ». « Dans les cas où le Système psychique est débordé dans ses capacités défensives, quelle que soit la cause, de façon 12 temporaire ou permanente, il ne peut élaborer les excitations qui lui parviennent. Le traitement des excitations est alors « immédiatement relevé par les processus biologiques de défense sous contrôle du Système nerveux central et végétatif ». Il est donc évident que dans ces cas, les réponses régulatrices de l'organisme « relèvent » alors uniquement des

mécanismes biologiques de régulation et de défense. Ces processus biologiques sont illustrés par (G. Simmonet, B. Laurent, D. Le Breton dans « **L'Homme douloureux** ») : (ils vont dans le sens du) « **concept d'unicité fonctionnelle entre Système nerveux central, système nerveux végétatif et émotions** proposé par Sherrington ». Ils relèvent de la commande du **Système limbique** (Hippocampe, Amygdale et Gyrus cingulaire) dont le rôle est primordial dans les **commandes des émotions et la mémoire** ainsi que des **structures cérébrales impliquées dans les réponses neurovégétatives** (comme l'Hypothalamus et le **Noyau du Tractus solitaire** à la base du tronc cérébral). L'activation d'une réponse de ces différentes structures cérébrales « *coopératives et reliées entre elles anatomiquement et fonctionnellement* » développe un ensemble de **réactions défensives neuro-hormonales via l'axe hypothalamo-hypophysaire** mixées à « **des modifications attentionnelles, la réminiscence de certains événements marquants ou traumatiques, ou de relations passées à l'environnement afin d'apporter du sens (à l'évènement actuel)** ». On entrevoit ici les mécanismes neurobiologiques à l'œuvre quand JB Stora précise « **un traumatisme actuel peut réactiver un traumatisme passé mémorisé sous forme de représentations mentales ou non** ». Il faut souligner à propos du trauma l'hypothèse de la PSI « **le traumatisme induit des déliaisons entre affects et représentations** ». Nous l'avons dit, l'appareil psychique est constamment sollicité de façon endogène ou exogène par les événements de l'organisme (la maladie somatique en est un, parfois majeur) et de **l'environnement affectif et socio-culturel** (nous voudrions souligner ici l'importance de l'aspect culturel ethnologique sans lequel il n'est pas possible d'entrer en résonance mentale avec le patient). Le rôle de l'AP est donc au **premier plan du devenir des charges émotionnelles, c'est-à-dire du destin des affects. Leur devenir est potentiellement pathogène et actif dans les processus de somatisation lorsqu'elles ne sont pas liées à des représentations psychiques co-substantielles.** Ici se comprennent les **effets délétères du refoulement ou de la répression des affects** que l'on retrouve dans les **psychotraumatismes, les insuffisances de constitution, les régressions importantes et les désorganisations importantes de l'AP.** 13 La question se pose des moyens par lesquels s'opère la défense psychique face aux quantum d'excitations puisqu'ils ne peuvent rester à l'état **d'énergie libre** du fait du Principe de constance et doivent être, en conséquence neutralisés par « **dissipation de leur charge énergétique** ». Le **modèle freudien est parfaitement opérant à ceci près que l'être humain comme système de système est ouvert.** A côté de l'élimination de la charge par la musculature (squelettique et viscérale) dans les réponses

biorégulatrices et les comportements, elles peuvent être liées par l'AP via le processus de l'élaboration mentale qui est un processus de remaniement créatif et évolutif essentiel. Décrite et définie par Freud, l'élaboration mentale est le produit du travail imparté à l'appareil psychique qui a pour fonction économique de maîtriser les excitations qui lui le sollicitent et lui parviennent à l'état d'énergie libre. L'élaboration mentale est donc la réponse économique et défensive spécifique de l'AP dans sa prise en charge des excitations qui lui parviennent. Elle permet la transformation en nature de la quantité d'énergie libre des représentations de choses des processus primaires portée par les excitations, en « qualité de quantité liée » par les représentations de mots des processus secondaires. Ce travail de liaison se fait à travers la création de chaînes associatives nouvelles à partir des capacités structurelles de l'AP et des chaînes associatives existantes, de leur quantité et de leur qualité. La structuration de l'AP, la quantité et la qualité des chaînes associatives conditionnent les possibilités du travail d'élaboration mentale. « L'organisation psychique du système préconscient (1^o topique freudienne) est le lieu topique des liaisons des représentations de choses et de mots. On comprend l'affirmation de P. Marty : « le Système préconscient est la plaque tournante de l'économie psychosomatique » Dans son ouvrage « Quand le corps prend la relève » JB Stora explicite : « La base de la vie psychique est constituée par les représentations. Leurs liaisons et la disponibilité de celles-ci détermine de leur qualité. Les liaisons sont établies entre les représentations de choses (d'ordre sensori-moteur, relevant de l'inconscient somatique) et les représentations de mots (qui relèvent du processus secondaire). La quantité établie au cours de l'édification de l'AP selon une *stratification temporelle accumulée et organisée* selon une « architecture fonctionnelle ». La qualité des chaînes associatives existantes réfère à la **disponibilité de leur évocation, la possibilité d'allers-retours entre le présent et le passé lors de leur évocation ; la permanence de leur disponibilité. « La liaison des représentations de choses et de mots naît des communications enfant, mère, père, milieu familial, et constitue la matrice essentielle des chaînes associatives d'idées. (Ce qui met en lumière) l'importance de l'investigation de l'anamnèse des aléas biographiques 14 durant la constitution de l'AP). La base de la vie psychique est également composée de comportements associés ou non, ainsi que d'affects relevant de processus primaires qui sont par nature inconscients ». Le modèle de la « Métapsychologie psychologie psychosomatique » inclue les événements de la vie fœtale dans les temps initiaux. Il intègre le fait fondamental qu'à la**

naissance l'AP est inexistant. Dans ces moments originaires des premiers temps de la vie, les réceptions et les impressions mnésiques, relèvent du « sensorium » neurologique, les réponses étant uniquement motrices. « Les encodages neuronaux de ces premiers temps alimentent la constitution de l'inconscient somatique. Durant cette étape les cortex sensoriels se développent et les premières traces mnésiques se constituent ». Sur le plan psychique, « la base du Moi s'érige à partir du noyau du Soi en voie de constitution ». On comprend l'importance des temps archaïques d'édification de l'AP, que JB Stora nomme « alpha de la psyché ». Le « premier Moi est corporel » disait Freud. Durant les temps originaires la qualité de la relation dyadique mère-enfant, ses événements corporels et psycho-affectifs sont déterminants et constituent le creuset de la mise en place de l'objet premier et son internalisation qui est essentielle à la poursuite de l'édification de l'AP et à la constitution du Moi primitivement alimentée par l'énergie narcissique primaire. La constitution de l'unité psychosomatique s'intègre progressivement au long des processus de maturation somatique et psychique. Le processus de maturation de l'AP est progressif et s'étend sur les 18 premières années de vie. « Cette construction se fait par étapes successives d'intégration d'organisations somatopsychiques; dont le modèle a été introduit par R.A.Spitz. Durant ces développements, l'édification de l'AP s'étaye sur la maturation cérébrale et sur celle des fonctions physiologiques somatiques. Chaque étape d'intégration somatopsychique est nécessaire au développement de l'AP lui-même. Un défaut d'intégration constitue ce que Freud a décrit comme « point de fixation psychique » ; dans ces cas, en revanche, le développement somatique notamment neurologique se poursuit, sous contrôle du programme génétique. A l'âge adulte, « les organisations somatopsychiques ne sont pas établies une fois pour toutes ; elles sont en constante évolution avec des remaniements des représentations mentales (...) de même que la plasticité cérébrale fait évoluer les connexions synaptiques neuronales ». Les temps premiers sont d'autant plus essentiels à la clinique et l'investigation psychosomatique des patients somatiques qu'ils s'avèrent de façon évidente déterminants pour l'effectivité défensive de l'AP. Cela est attesté par l'étude du fonctionnement mental spécifique des patients somatiques dont le débordement des capacités d'élaboration mentale est patent. En effet, l'investigation des patients somatiques révèle le plus souvent un fonctionnement psychique de « non-névrose ». Il faut ici souligner que « la 15 maladie somatique effracte le mur de pare-excitations et limite l'énergie métabolique disponible au fonctionnement psychique au profit de la défense biologique ».

Nous voudrions nous appuyer sur cette présentation pour insister sur **l'importance qu'il y aurait à une extension de l'investigation psychosomatique et son anamnèse à la chaîne des soins.** En l'incluant dans un dialogue multidisciplinaire. De même, sur **l'intérêt d'une prise en charge psychothérapeutique psychosomatique complémentaire aux traitements biomédicaux** dont la nécessité impérative apparaît si évidente aux yeux du modèle et à la pratique clinique. Cela relève des possibilités effectives d'**influer sur le cours et l'évolution de la maladie somatique,** mais également d'avoir un **impact sur les problèmes d'observance** des soins médicaux au longs cours. Pour conclure, je voudrais afin d'éclairer l'esprit qui anime **le travail thérapeutique du Psychothérapeute Psychosomaticien** citer cette phrase d'A. Green « **En outre, (il) n'entend pas seulement avec son oreille fût-ce la troisième, mais avec son corps tout entier. Il est sensible non seulement aux paroles, mais aussi aux intonations de la voix, aux suspensions du récit, aux silences et à toute l'expression émotionnelle du patient. Sans la dimension de l'affect, (la thérapie) est une entreprise vaine et stérile. Sans le partage avec les émotions du patient, (le thérapeute) n'est qu'un robot interprète...** ». C'est assurément ce que JB Stora cherche à transmettre dans son **Séminaire du GHU de la Pitié-Salpêtrière** évoquant S. Nacht, par cette formule aussi elliptique qu'éclairante «**un thérapeute psychosomaticien soigne avec ce qu'il est** »

BIBLIOGRAPHIE

Collège de France, sous la direction de Magistretti P. et Ansermet F., « Neurosciences et psychanalyse », Paris, Ed. Odile Jacob, 2010.

Conférence des lauréats du prix Nobel à Paris, « Promesses et menaces à l'aube du XXI^e siècle », Paris, Ed. Odile Jacob, 1988.

Dantzer R., « L'illusion psychosomatique », Paris, Ed. Odile Jacob, 1989.

Dehaene S., « Vers une science de la vie mentale », Leçon inaugurale présentée le 26 Avril 2006 au Collège de France . Disponible sur le web.

Ehrenberg A., « La mécanique des passions: cerveau, comportement, société », Paris, Ed. Odile Jacob, 2018.

Francis D., Champagne F., Liu D., Meaney M., « Maternal care, gene expression and the development of individual differences in stress reactivity », Ann. NY Acad. SCI, 1999.

Green A., « **Le discours vivant : la conception psychanalytique de l'affect** », Paris, PUF, 1973.

Jacque C. et J.M. Thurin, « **Stress, immunité et physiologie du système nerveux** », Département de l'Evaluation scientifique, Paris, INSERM U.495, Hôpital de la Salpêtrière, 2002. Disponible sur le web.

Marty P., « **L'ordre psychosomatique** », Paris, Payot, 1980.

Simonnet G. Laurent B. Le Breton D., « **L'Homme douloureux** », Paris, Ed. Odile Jacob, 2018.

Spitz R.A., « **De la naissance à la parole** », Paris, PUF Coll. « Bibliothèque de la psychanalyse », 2002.

Stora J.B., « **Le Stress** », Que sais-je, Paris, PUF, 2019, 10^e édition.

Stora J.B., « **Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques** », Paris, Ed. Odile Jacob, 1999.

Stora J.B., « **La nouvelle Approche psychosomatique. 9 cas cliniques** », Paris, MJW Fédérations, 2013.

Stora J.B., « **15 cas de Thérapies psychosomatiques** », Paris, Editions Hermann, 2019.

Stora J.B., « **La Neuro-Psychanalyse** », Paris, PUF, 2006.

Stora J.B., « **Vivre avec une greffe, accueillir l'autre** », Paris, Ed. Odile Jacob; 2005.

Le CÔTÉ SOMBRE DE l'institution de la psychanalyse de Sigmund Freud et de ses successeurs

Les destins de Sándor Ferenczi, de Pierre Marty et de la naissance de la psychosomatique intégrative, de Jean Benjamin Stora.

Jean Benjamin Stora

Pourquoi un tel titre ? Pourquoi s'interroger sur l'institution psychanalytique et sa politique de persécution des psychanalystes en désaccord avec la ligne politique établie par leur association professionnelle.

Perception de faits scientifiques et leur interprétation théorique

La conférence que je vais prononcer aujourd'hui nous invite d'abord à réfléchir sur le travail du scientifique et du praticien en médecine, en psychanalyse et en psychosomatique. Nous observons le fonctionnement psychique de nos patients afin d'établir un diagnostic à la lumière des modèles théoriques de notre formation et de notre pratique. Pour la psychanalyse il s'agit de la métapsychologie créée par Sigmund Freud. Que se passe-t-il lorsque le modèle théorique ne peut servir à interpréter des faits nouveaux ? Voilà le problème que je tiens à illustrer par les destins de Sándor Ferenczi, de Pierre Marty et de la psychosomatique intégrative créée par Jean Benjamin Stora à la fin du XXe siècle.

Le destin de Sándor Ferenczi.

Le Docteur Sándor Ferenczi âgé de 35 ans rencontra en 1908 Sigmund Freud avec qui il noua une relation très chaleureuse. Mais à partir de la première guerre mondiale, et de sa relation analytique avec Freud, les relations se modifièrent, et changèrent profondément de tonalité. Sigmund Freud intervint dans la vie affective et amoureuse de Sándor Ferenczi en lui recommandant d'épouser Gizella Palos avec qui il avait des relations affectives ; mais Ferenczi était tombé amoureux de Elma la fille de Gizella qui était en analyse avec lui. Il demanda à Freud qui, après beaucoup d'hésitation, la prit en analyse lui-même. Voilà pour le contexte relationnel des deux hommes sur plus de 22 ans de 1908 à 1930. Ce contexte relationnel et conflictuel de façon latente a été rappelé pour exposer un problème scientifique posé par Ferenczi et qui interrogeait la Métapsychologie.

Pendant sa pratique clinique et pendant la première guerre mondiale, Sándor Ferenczi, médecin neurologue et psychanalyste, avait été confronté à des patients somatiques et à des patients névrosés de guerre, traumatisés. La cure classique de la psychanalyse ne convenait pas pour leurs traitements et Sándor Ferenczi proposa à partir des années 20 jusqu'en 1930 un certain nombre de techniques qui provoquèrent le rejet et la colère du jeune milieu psychanalytique de cette époque. Je pense que les réactions émotionnelles et théoriques des psychanalystes des années 1920 étaient de nature idéologique, et qu'elles ne correspondaient pas à la pratique et à la théorie de la psychanalyse telle que Freud l'envisageait.

Dans les années 20, Sigmund Freud a été totalement débordé par son entourage qui avait décidé d'une politique très sévère vis-à-vis de Sándor Ferenczi.

Je commencerai par les problèmes auxquels il a dû faire face, je poursuivrai avec le Docteur Pierre Marty, créateur de l'école de Paris et de l'institut de psychosomatique, et je terminerai avec mon propre destin puisqu'à la mort de Pierre Marty, j'ai été exclu de l'institution psychosomatique et que la société psychanalytique de Paris m'a fermé ses portes. J'ai toujours été respectueux de mes maîtres, et jamais aucune explication ne m'a été donnée pour justifier de telles décisions. Je reviendrai sur tous ces points et sur la théorie et la clinique psychanalytique stricto sensu, clinique qui n'a pas intégré l'expérience de patients que l'on qualifiait de « borderline » et qui ne rentraient pas dans le cadre théorique et clinique de la pratique psychanalytique.

Le problème qui était posé, était de nature épistémologique : devant l'observation de faits nouveaux qui ne peuvent être expliqués par le modèle théorique, que faire ? Que faire surtout si le milieu scientifique n'accepte pas ces nouveaux questionnements.

De 1908 à 1933, Ferenczi a énormément contribué au développement théorique conceptuel de la psychanalyse : je ne peux que citer le concept d'introjection, la seconde règle fondamentale à savoir l'analyse de l'analyste, le contre-transfert envisagé comme une aide à la compréhension de la relation thérapeutique analytique, ainsi que des méthodes d'accès au plus profond de l'inconscient. Nous pouvons ajouter des contributions fondamentales telles que le traumatisme primaire, et la relation d'objet de nature traumatique. La pratique analytique de Ferenczi lui a fait rencontrer des patients que les psychanalystes appellent état-limite, borderline, et pour ces patients, les psychanalystes classiques proposent un aménagement de la technique classique. Mais cet aménagement suffit-il ?

C'est cette expérience clinique fondamentale qui a été à l'origine de ses questionnements sur l'efficacité du dispositif psychanalytique établi à partir de

1910. Ferenczi s'interrogeait alors sur l'apparente inefficacité de la cure psychanalytique **en présence de l'absence de remémoration des patients et de la levée de l'amnésie infantile**. Il n'y avait pas de développement d'une névrose de transfert mais une prédominance de la compulsion de répétition agissant en permanence contre le déroulement analytique. Que fallait-il faire ?

Freud répondit de façon théorique à Ferenczi : Deuxième théorie des pulsions et Seconde topique insistant sur la désintrinsication pulsionnelle à l'origine des manifestations de destruction avec la nécessité pour le système psychique de trouver de nouvelles façons d'intriquer les pulsions.

La réponse de Freud n'était pas conforme à ce que Ferenczi attendait du Père de la Psychanalyse ; il pensait que la technique pouvait être modifiée et qu'elle pouvait être adaptée aux nécessités du fonctionnement psychique des patients tels qu'il les percevait.

Les nouvelles techniques analytiques de Ferenczi

Il restait donc fidèle à la théorie, mais il pensait que la technique de la cure pouvait être modifiée. Il développa ainsi de 1923 jusqu'à sa mort de nouvelles techniques qui allaient faire l'objet de critiques violentes dans le cadre d'un débat pseudo-conceptuel de l'Association Internationale de Psychanalyse. La conduite de la cure était au centre de toutes les controverses conduisant à des tensions de plus en plus importantes et douloureuses sur le plan affectif pour Sándor Ferenczi ce qui provoqua des somatisations dont l'anémie de Biermer qui accompagna la fin de ses jours.

On distingue trois périodes de propositions cliniques de Ferenczi : une période dite de « Technique Active » de 1918 à 1926² qui a été développée dans de nombreux articles et qui a été concrétisée dans le livre rédigé avec Otto Rank « Perspectives de la Psychanalyse ». Ce livre souleva de tels problèmes, dont je me suis entretenu dans un de mes ouvrages, qu'il fut à l'origine de très nombreuses polémiques. À cette période succède, compte tenu des virulentes critiques de ses collègues, une période de remise en question de la technique proposée « Contre – indication de la technique active ». On voit ici à l'œuvre les manifestations « totalitaires » de la Société de Psychanalyse. Il n'était pas possible de penser en dehors du chemin de la cure classique ! Était-ce encore de la psychanalyse ? Ferenczi se sentit donc obligé de critiquer ses propositions mais il ne renonça pas à proposer des modifications. De 1926 à 1929, il créa la méthode de « L'élasticité

² Article de Thierry Bokanowski « L'acte dans la pratique analytique de Sándor Ferenczi », Revue Française de Psychanalyse, 2006/1 (volume 70) page 55 à 71

technique » dans une période d'expérimentation technique. Encore une fois Ferenczi dut renoncer à cette innovation pour proposer une dernière fois une métapsychologie du traumatisme avec de nouvelles techniques : « Néocatharsis » et « Analyse Mutuelle ». Ces nouvelles techniques étaient reliées à son approche du traumatisme.

En effet, dès 1918, il se trouva confronté cliniquement à des patients qui étaient coupés « psychiquement » de leurs symptômes ; ces patients n'avaient aucune représentation de leurs symptômes et le problème posé alors était : comment tenter de ramener et d'intégrer dans le cadre du transfert des comportements et des traits de caractères qui restaient clivés du reste du psychisme ? Ferenczi a ainsi posé très clairement ce problème au Sixième Congrès en 1920 de L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PSYCHANALYSE. **Il se plaignait aussi du clivage entre les symptômes et les associations d'idées des patients.** Devant l'impossibilité d'interpréter le déroulement des séances, « faute d'associations » Ferenczi introduisit ce qu'il appela la technique active pour réintégrer et expliciter les traits de caractère et les symptômes. Ferenczi suggéra que le patient soit incité à adopter la technique active par le biais *d'interdiction* ou par l'incitation à *faire ou à renoncer à faire quelque chose*. Il considérait qu'en lieu et place de levée du refoulement, cette technique faciliterait le retour du refoulé et l'apparition des affects. Craignant des critiques trop fortes de la part des collègues, il limita l'application de sa technique à des situations exceptionnelles, en insistant sur le point que cette technique ne modifiait en aucune façon la règle fondamentale. **Nous pouvons dès lors constater que Ferenczi n'avait pas de liberté de penser en dehors des règles établies.**

Dans les années 20, Sigmund Freud proposa la deuxième théorie des pulsions en introduisant le concept, très controversé par la suite, de « pulsion de mort ». Pour Ferenczi, ce n'était pas une réponse à ses questionnements, et les limites de l'analyse résidaient dans les incapacités de remémoration des patients ; il proposa alors dans un ouvrage écrit en collaboration avec Otto Rank³ d'éclaircir les relations entre la technique analytique et la théorie analytique. Ce livre fut à l'origine des premières tensions entre Sigmund Freud et Ferenczi ; pour Sigmund Freud, Ferenczi s'éloignait de « l'orthodoxie » qui dominait la technique psychanalytique. À propos de l'article de Freud sur « Remémoration, Répétition, Elaboration » (1914), Ferenczi et Rank, développèrent l'argument que la compulsion de répétition est la véritable manifestation du transfert et que c'est celle-ci qui doit faire l'objet du travail d'élaboration contrairement à l'argument

³ « Perspective de la Psychanalyse » 1924

de Freud sur la remémoration. Pour ces deux psychanalystes, **l'inconscient véritable se trouve dans la répétition d'événements de vie des patients.**

Dans un article, Thierry Bokanovski , à propos de la résistance de transfert, déclare que Ferenczi et Rank « préconisent l'analyse de l'expérience vécue du transfert plutôt que la remémoration véritable des souvenirs et des fantasmes refoulés : l'affect doit être mis au service du sens ». **En vérité cela n'est possible qu'avec des patients névrosés, ce que n'étaient pas les patients de Ferenczi et de Rank.**

J'attire votre attention sur des points que je ne développerai que quand j'aborderai la psychosomatique intégrative : existe-t-il un transfert lorsque nous sommes face à des patients caractériels ou non – névrosés ? Existe-t-il des phénomènes de remémoration face à de tels patients ?

Ferenczi et Rank ne se sont jamais éloignés de la pensée de Sigmund Freud ce qui ne leur a pas permis de penser différemment et de proposer de nouvelles techniques pour des patients qui ne rentraient en aucune façon dans la description classique de Freud.

Ferenczi propose la notion d'expérience vécue en lieu et place de la prise de conscience et de la levée du refoulement de Sigmund Freud : « Aborder chaque cas nouveau de manière nouvelle, c'est-à-dire ne pas se fermer à de nouvelles expériences ». Il s'agit d'une nouvelle réflexion à l'origine de l'énoncé par Ferenczi de la seconde règle fondamentale de l'analyse à savoir l'analyse de l'analyste. Dans cette nouvelle approche, Il insistera beaucoup plus sur le contre-transfert de l'analyste. Cette remise en question partielle de la théorie de Freud va provoquer les réticences du Père de la psychanalyse qui se méfiait énormément des propositions d'abrégé le temps de la psychanalyse, car pour lui, la psyché doit suivre un rythme naturel qui s'inscrit dans le temps. Mais que faire alors des propositions de Ferenczi ? Il semble que toutes les propositions de Ferenczi mettent en présence deux façons d'aborder la psychanalyse :

Premièrement, la psychanalyse classique dominée par le « Nom du Père », et Deuxièmement, une technique plus centrée sur la relation d'Objet dans laquelle prédomine l'expérience vécue, le contre-transfert et la manifestation des affects.

La publication du « Traumatisme de la naissance » d'Otto Rank en 1923 centrée sur l'origine des processus névrotiques dans leurs relations avec une fixation primitive à la mère qui permettrait d'abrégé la durée de la cure, provoqua de très grandes réticences à l'origine de futurs conflits sur la technique psychanalytique et la durée de la cure, propositions s'écartant du chemin classique. Malgré une lettre bienveillante de Sigmund Freud dans laquelle il insistait sur les innovations techniques et les tentatives de Ferenczi, il s'interrogeait sur les dangers de

s'écarter de la « technique classique ». Ferenczi se rendit compte des résultats peu satisfaisants de sa proposition de Technique Active qui renforçait les systèmes de défense des patients. Cela amena Ferenczi dans un article de 1926 à abandonner cette technique : « Contre-indications de la technique active ».

Cet échec fut temporaire puisque Ferenczi proposa alors une technique appelée « Élasticité de la technique analytique » (en 1928 il suggère de se concentrer sur l'attente du patient envers l'analyste. L'analyste doit avoir une attitude empathique envers son patient, c'est-à-dire une attitude « de bonté » reflet de l'attitude de patience de celui-ci. « Confronté à l'analyse de patients difficiles, il cherche à cerner les ressorts de ce qu'il nomme la métapsychologie des processus psychiques au cours de l'analyse ».⁴ **Mais comme on peut le constater, il ne nous indique en aucune façon la direction de la cure, et il n'y a aucune référence au processus de maturation psychosexuelle.** Être à l'écoute de son patient est nécessaire mais n'est pas suffisant, à notre avis ; Ferenczi publie son rapport présenté en 1929 au 11^e congrès international de psychanalyse sous le titre « Principe de relaxation et néo catharsis ». Il critique l'hypocrisie professionnelle de certains psychanalystes et privilégie une relation authentique entre le patient et son analyste. Cette technique disait-il faciliterait l'apparition de processus psychiques liés au refoulement traumatique primaire. En cas de défaillance de la mémoire, cette technique favoriserait l'expression d'un « symbolisme corporel ». Elle permettrait d'entrer directement en contact avec « l'enfant dans le patient » prenant ainsi connaissance des traumatismes vécus. Il va même jusqu'à parler d'échange de tendresse physique telle qu'ils existent entre une mère et son enfant, **mais je tiens à souligner qu'à aucun moment il ne parle du rôle maternel du thérapeute tout en empruntant aux relations mère – enfant un certain nombre d'observations.**

Mais cette approche technique, contrevenant aux règles les plus fondamentales de la cure dite classique, conduisit Ferenczi à une impasse théorique et clinique. Il se détourna de cette nouvelle approche pour proposer une dernière technique appelée « Analyse Mutuelle ». Il dénonce, à cette occasion, la grande rigidité technique des psychanalystes et leur rôle d'éducateur, en particulier celui de faire évoluer le Surmoi du patient. Pour remédier aux blessures narcissiques causées par un trauma précoce qui pourrait être réactivé par « l'hypocrisie professionnelle » du psychanalyste ; il suggère que l'analyse mutuelle permette aux patients pendant la séance de prendre la place de l'analyste, et à l'analyste de prendre la place du patient. Cela aurait permis au patient de prendre conscience de la qualité psychique de son psychanalyste.

⁴ Cf article de T. Bokanowski

Mais Ferenczi prend conscience que sa technique, encore une fois, crée une situation de séduction des patients induisant chez ceux-ci une recherche sans fin des problèmes de son psychanalyste. Il comprend que sa proposition renvoie en vérité aux insuffisances de sa propre psychanalyse face aux difficultés contre-transférentielles qu'il peut rencontrer dans la relation avec des patients difficiles. **Toutes les propositions de Ferenczi ont été élaborées dans le cadre strict de la métapsychologie freudienne ce qui ne lui a pas permis de repenser le modèle global. Il s'est situé à l'intérieur de ce modèle entravant toute créativité.** Nous rencontrons ici le problème de la perception par un scientifique de faits nouveaux et du recours à la théorie. Mais quelle théorie, lorsque la théorie habituelle, en l'occurrence la métapsychologie, ne peut expliquer les phénomènes rencontrés.

La communauté psychanalytique avait réagi très vivement, et Sigmund Freud s'est senti dans l'obligation d'écrire en 1931 une lettre dénonçant la « technique du baiser ». (cf. Bibliographie).

Certains psychanalystes contemporains rendent hommage à Ferenczi pour ses nouvelles propositions en soulignant les limites et les insuffisances. Je tiens à souligner ici que Thierry Bokanowski rend hommage à Sándor Ferenczi pour avoir été « l'un des premiers à chercher et à interroger la pratique psychanalytique quand l'analyste est confronté à ces propres difficultés soulevées par les entraves rencontrées lors de l'analyse des catégories psychiques qui renvoient au fonctionnement originaire de la psyché et qui soulèvent les relations des catégories du primaire et de l'originaire avec les catégories œdipiennes classiques ».

Je reviendrai sur ces points pour développer le nouveau modèle de la Psychosomatique Intégrative.

Je retiendrai cependant que l'institution psychanalytique s'est comportée de façon radicale et idéologique pour éliminer l'un des plus brillants psychanalystes du XXe siècle. Sándor Ferenczi a été victime d'une sorte de totalitarisme tel qu'il fut pratiqué en URSS. Je me rappelle qu'on n'a jamais parlé de lui pendant toute ma formation analytique, et ce n'est qu'au début des années 80 qu'on commença à parler de lui dans la communauté psychanalytique à la suite de sa réhabilitation par Michael Balint.

Ferenczi mourut à l'âge de 59 ans en 1933 victime d'une paralysie respiratoire liée à l'anémie pernicieuse dont il souffrait. Freud dans une lettre à Ernest Jones au cours du mois de mai après le décès lui écrit que Ferenczi s'était éloigné de la communauté analytique et qu'au processus de dégradation physique causée par l'anémie pernicieuse, s'est ajoutée « une dégénérescence psychique qui a pris la

forme d'une paranoïa ». Ces confidences de Freud achèvent de convaincre Jones de la dégradation de l'état mental de Ferenczi hypothèse que Jones expose comme une certitude dans son ouvrage *La Vie et l'Œuvre de Sigmund Freud*, où il parle des « tendances psychotiques latentes » de Ferenczi, de son « état délirant » et de « violentes explosions paranoïaques, voire homicides ». Il ajoute que « Dans ses écrits plus tardifs, Ferenczi montrait des signes indiscutables de régression mentale dans son attitude envers les problèmes fondamentaux de la psychanalyse ». Dans sa correspondance avec Freud, il indique qu'il a suivi l'« évolution pathologique » de Ferenczi jusqu'au dénouement final, et que la « paranoïa » de ce dernier était « assez évidente pour tous les analystes qui ont entendu sa communication » au congrès international de Wiesbaden. La conférence de Ferenczi au congrès internationale a été supprimée de l'édition des actes dans le *Journal International*, tandis que ses dernières propositions théoriques et cliniques n'étaient pas discutées.

Les témoignages de proches de Ferenczi sur ses derniers jours indiquent au contraire que ce dernier était demeuré lucide. Lajos Lévy, son médecin, indique que celui-ci est mort « des complications neurologiques d'une anémie pernicieuse, parfaitement sain d'esprit, Il n'a jamais constaté de troubles paranoïaques.

Les déclarations de Sigmund Freud et celles d'Ernest Jones sont indignes d'un comportement psychanalytique portant des jugements hâtifs et très sévères sur l'état de santé d'un homme arrivé à la fin de sa vie.

**Jusqu'où aller pour prétendre sauvegarder la pureté de la psychanalyse ?
Est-ce bien ainsi que l'on peut défendre la Psychanalyse ?**

En défense de Sigmund Freud, je dirai qu'il a été dominé par son contre-transfert qui a faussé complètement son jugement vis-à-vis de son ami Sándor Ferenczi. Quant à Ernest Jones qui a été l'analysant de Ferenczi, je dirais qu'il n'a pas dépassé sa problématique paternelle. Il a prit la place du Père en devenant Président pendant de très longues années de L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PSYCHANALYSE.

Le destin du Docteur Pierre Marty, Créateur de l'Ecole de Paris et de l'Institut de Psychosomatique, IPSO

Après ma formation à l'institut de psychanalyse de la SPP, mon désir de soigner des patients somatiques n'ayant jamais disparu, des amis me conseillèrent de rencontrer Pierre Marty et de suivre sa formation à l'institut de psychosomatique de la Poterne des Peupliers. Je l'ai rencontré en 1984 et j'ai été très heureux d'établir des liens d'amitié avec celui qui est devenu mon maître et un ami. Il a

soutenu fortement ma candidature pour devenir le Président de l'Institut de Psychosomatique à partir de 1989 jusqu'en Juillet 1992 ; il décéda d'une maladie grave en juin 1993. Mon mandat de Président prit fin quelques mois avant qu'il ne disparaisse. Je suis profondément triste de n'avoir jamais pu le rencontrer à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière où il était soigné.

Après sa mort j'ai créé avec sa fille, Catherine, le prix Pierre Marty réunissant dans son comité un certain nombre de psychosomaticiens de l'Institut de Psychosomatique au premier rang desquels Michel Fain et, Léon Kreisler. Après quelques années, ne pouvant plus m'occuper du Prix, celui-ci disparut et aucun psychanalyste de l'IPSO ne poursuivit cet honneur et cet hommage à rendre au créateur de la PREMIERE ECOLE DE PSYCHOSOMATIQUE FRANÇAISE.

Le décès de mon maître et ami Pierre Marty en juin 1993 fut suivi de mon éviction de l'Institut de Psychosomatique et de la SPP ; cette exclusion qui constitue un acte d'une extrême violence aurait pu m'atteindre dans ma santé et dans mon psychisme. Il est difficile de survivre à de telles actions dont les protagonistes n'ont jamais évalué les conséquences. Être exclu d'un groupe est une des épreuves les plus difficiles dans une vie. Les anthropologues en ont longuement parlé. Ma famille a constitué un environnement qui m'a permis d'échapper à la maladie et à la destruction psychique. Mes anciens collègues m'ont tout simplement laissé un message téléphonique : « Ta place n'est plus à l'IPSO, tu dois faire ton chemin ailleurs ». POURQUOI ???

Je parlerai dans la troisième partie de mon article de ce destin singulier qui m'a conduit à découvrir la Psychosomatique Intégrative.

Pierre Marty et l'institution psychanalytique, ou comment créer l'approche psychosomatique dans le cadre psychanalytique.

Au moment où je suis rentré à l'IPSO en 1984, il y avait un débat au sein de la société psychanalytique de Paris entre les psychanalystes classiques et les psychanalystes d'orientation psychosomatique :

Je préfère ici reprendre quelques citations de mes anciens collègues. Je dois dire très sincèrement que, à l'époque, la psychanalyse était pour moi un monument intouchable et je ne comprenais pas les controverses ; je préférais rester silencieux et observer.

Jean-Paul-Obadia et Henri Vermorel introduisaient le débat : " Voici plusieurs décennies déjà que figure, parmi les champs nouveaux de la recherche en psychanalyse, le domaine dit de la psychosomatique, où s'est illustrée l'Ecole de

Paris avec Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M'Uzan et Christian David. Les noms de certains d'entre eux apparaissent au sommaire de ce numéro où ils nous livrent le fruit de leur riche expérience. Le fait même que ce thème ait suscité une abondance d'articles témoigne de la vitalité des recherches en la matière. L'extension même de la pratique analytique suscite de nouvelles questions : on ne sera donc pas étonné de voir apparaître, au fil des différents textes, une sorte de débat méthodologique, voire **même épistémologique sur les relations entre psyché et soma**, un thème présent dès l'origine de la psychanalyse et dont l'éclairage est renouvelé par l'approche psychosomatique. La psychanalyse repose sur l'étude des contradictions inhérentes à la psyché : contradictoires aussi sont les voix plurielles qui, dans la recherche, ici se répondent et là s'opposent. Au-delà des thérapies avec des patients souffrant d'une maladie somatique, on peut soulever la question des aspects psychosomatiques dans la cure qui sont monnaie courante sous une forme souvent transitoire et a minima, comme un des registres sur lesquels peut jouer la psyché. On ne peut imaginer non plus que l'extension de l'éclairage psychanalytique à des patients autres que ceux relevant des indications classiques n'ait aucune incidence sur l'évolution même des idées en matière de théorie et de pratique analytiques ».

Aucune référence à Ferenczi !!!

Michel Fain, ancien Président de la SPP, et membre fondateur de l'Ecole de Paris aux côtés de Pierre Marty, ajoutait :

"C'est une première, depuis plus de trente-cinq ans, de temps à autre, un article consacré à ce sujet s'infiltrait, comme furtivement, au travers de fines analyses dans lesquelles les découvreurs de fantasmes de plus en plus archaïques, actifs — selon eux — dans les fins fonds du psychisme, se heurtaient, parfois polémiquement, avec les tenants d'études consacrées aux empreintes pulsionnelles que le discours humain imprime au langage. **Furtivement car les études cliniques concernant les troubles somatiques ne pouvaient converger, ni avec des conceptions qui donnaient au corps un aspect conversionnel dominant, ni avec des points de vue qui, d'une manière à vrai dire plus complémentaire que polémique, conférait au langage un accent où l'infiltration obsessionnelle mettait, comme il se doit, le corps entre parenthèses.** Une vérité, presque traumatique par sa simplicité, s'imposait : quand un être humain, alerté par un dysfonctionnement de son organisme, parle à celui qui est censé faire rentrer les choses dans un ordre difficile à définir, sa façon d'utiliser **le langage ne révèle pleinement ni l'action de fantasmes archaïques, ni l'empreinte particulière de l'instinct sur son langage.** Pire encore, ledit patient ne conçoit plus ni son corps, ni son langage, comme ceux qu'imaginerait un sujet

sain, banalement névrosé, cherchant à se mettre à la place du malade en question. Les « découvreurs » en matière psychanalytique se rejoignaient sur un point : la psychose et la psycho-somatose étaient quasiment mises dans le même sac, soit que la notion — si imprécise en fait — de clivage fût étendue à la manière d'un « Sésame ouvre-toi » à un psychisme séparé d'un corps qui devenait du coup également psychique, soit que le corps, perdant sa rhétorique, voyait fuir la métaphore et la métonymie dans un réel désymbolisé.

Toujours furtivement, les psychanalystes, Pierre Marty en tête, traités de « psychosomaticiens » par **leurs collègues, signalèrent que la ressemblance entre le dysfonctionnement organique et le trouble mental se traduisait notamment par un véritable retournement en son contraire.** Est-ce dire que les psychosomaticiens exprimaient par là une plainte d'exclusion ou qu'enfermés dans leur position, isolée comme isolante, ils se sentaient les véritables porteurs d'une certaine vérité ? Sans doute un peu. **Le sentiment de se trouver incompris pouvait fournir une belle parure susceptible de panser la peine et les blessures du contact avec les malades somatiques graves, lesquels, pouvait-on se faire croire d'ailleurs, parlaient comme vous et moi** "(Rev. franc. Psychanal., 5/1984,1124)

J'arrête là les citations de cet important travail publié plus de 22 ans après la création de la psychosomatique d'inspiration psychanalytique par Pierre Marty et ses collègues. Le problème pour les psychosomaticiens de l'Ecole de Paris était de se faire accepter par la prestigieuse Société Psychanalytique de Paris garantissant le message freudien. **Le fond du problème étant la loyauté vis-à-vis de la contribution de Freud. Ce faisant les psychanalystes orthodoxes fermaient l'approche à toute contribution abordant la psychosomatique sous un autre angle que celui de la psychanalyse.** Nous nous trouvions en face de deux positions : soit se conformer au schéma freudien traditionnel dans les dimensions théoriques et cliniques soit réintroduire le corps réel dans sa dimension organique. Encore une fois, **le problème s'était déplacé sur un plan idéologique et non plus scientifique.** Le « tout psychique » a fini par triompher et par crainte d'être isolé dans le domaine psychanalytique tous les « psychosomaticiens psychanalystes » se sont rangés sous la bannière de leur école d'origine. **Ce fut le triomphe de l'idéologie sur la science.**

Dans les citations ci-dessus tous les problèmes de la psychosomatique étaient posés : que doit-on prendre en considération ? La psyché ou le corps ? Les malades somatiques pouvait-ils être analysés en suivant la technique freudienne appliquée aux névroses classiques ?

Les 30 dernières années ont permis d'importantes avancées proposées par des psychanalystes éminents dans le domaine de la psychosomatique : **André Green et la « mère morte », les névroses non mentalisées, l'insistance sur la dimension prégénitale de la psycho-sexualité, ainsi que tous les concepts de Pierre Marty : la névrose de comportement, la pensée et la vie opératoire, la désorganisation progressive, la dépression essentielle, etc.** Tous ces concepts ont été développés dans un cadre psychanalytique très strict. La théorie de Pierre Marty insistait sur « l'appareil psychique situé à la pointe de l'évolution ». Il s'agissait d'une construction grandiose articulant toutes les phases de développement : **le psychisme déterminant les troubles somatiques.**

J'étais venu pour étudier la théorie et la pratique psychosomatique, ce qui fut le cas pendant les cinq années suivantes. J'ai pendant toute cette période évité toute polémique afin de comprendre le système théorique développé. J'étais studieux et appliqué.

Avec Pierre Marty nous avons tissé avec les années des relations amicales et scientifiques ; la dimension scientifique épidémiologique nous rapprochait énormément et c'est avec émotion que je me rappelle que le samedi après-midi je me rendais à son domicile pour poursuivre nos recherches épidémiologiques sur les patients de l'hôpital de l'IPSO. Pierre Marty avait développé une méthode d'observation des patients qu'il appelait « Classification » comportant des descripteurs du fonctionnement psychique permettant d'établir des fiches d'évaluation pour chaque patient. Nous avons contrôlé ensemble 321 fiches et avec l'aide d'un de mes collègues de l'école HEC dont j'avais été le Doyen de la Faculté jusqu'à la fin 1984, nous avons procédé à une étude statistique combinant des facteurs psychiques de la méthode Pierre Marty et des variables biologiques. Nous avons fait paraître dans un des cahiers de recherches de HEC les résultats de notre étude cosignée par Pierre Marty Jean-Michel Gauthier et moi-même. Il semble que ce travail épidémiologique contrevenait à l'approche psychanalytique stricto sensu et n'était absolument pas encouragé par les psychanalystes de l'IPSO. Je ne l'ai pas compris tout de suite, et en tant que Président j'étais soucieux d'inviter les collègues de la Société Psychanalytique de Paris à partager nos travaux. Je me suis permis une fois d'inviter à déjeuner les membres du conseil d'administration de cette société, et Pierre Marty avec un petit sourire indulgent à mon égard, m'a indiqué qu'ils ne viendraient jamais. **Ils ne sont pas venus et j'ai compris qu'il y avait un réel divorce entre Pierre Marty et nos collègues de la Société Psychanalytique de Paris. Il n'était pas persona grata.** Je ne compris cela que progressivement ainsi que l'hostilité à son égard. Il continuait à rester un psychanalyste mai tout comme Ferenczi, il était à l'écart.

Pierre Marty avait eu plus de chance car il avait pu créer l'Hôpital de la Poterne des Peupliers et développer son approche dans le cadre des concepts psychanalytiques stricto sensu de Sigmund Freud. Il ne s'en est vraiment jamais éloigné.

Comme je l'ai indiqué, le prix Pierre Marty ne fut jamais développé et son nom fut retiré du comité scientifique de la revue française de psychosomatique. Tout comme les anciens pharaons, on avait martelé son nom pour le faire disparaître. Tout ce qui fut conservé est la mention : « Institut Pierre Marty ». Mais rien d'autre !

Voilà pour rendre hommage à mon maître et ami le Docteur Pierre Marty avec qui j'ai travaillé de 1984 à 1992. Encore une fois l'institution psychanalytique n'avait pas permis à un grand psychanalyste de développer une approche permettant d'aborder les patients somatiques et les patients qualifiés de patients-limites !!

Jean Benjamin Stora et la découverte de la psychosomatique intégrative

Les destins de Sándor Ferenczi et de Pierre Marty n'ont pas été le mien, car je n'ai pas été persécuté par l'institution psychanalytique agissant comme un surmoi sur mes pensées pour m'interdire tout questionnement. Étant donné que j'avais été exclu de l'institution psychosomatique et de l'institution analytique, je n'ai pas compris tout de suite que j'étais libre de penser et d'aborder différemment les problèmes posés par la psychosomatique d'inspiration analytique.

Mon parcours de recherche a été très complexe car, dans un premier temps, dans ma consultation à la Pitié-Salpêtrière que j'avais créée à partir de 1993, j'ai commencé à appliquer la théorie de Pierre Marty. Son énoncé principal était le suivant : les êtres humains que nous sommes, sont confrontés quotidiennement à un quantum d'excitations élevé qui sollicite l'appareil psychique en vue de leur élaboration. Lorsque le système psychique est défaillant pour de très nombreuses raisons développées dans son approche théorique et clinique, **alors les excitations s'écoulent dans les organes et fonctions somatiques.** Voilà l'explication principale des somatisations telles qu'il les envisageait. Il utilisait les concepts d'irrégularités aiguës de fonctionnement mental, de désorganisation progressive, de dépression essentielle, de névrose de comportement, etc. En psychosomaticien que j'étais, j'appliquais son modèle pour l'investigation des patients,

l'établissement des fiches clinique et leur communication à mes collègues médecins du service.

Mais, son modèle était incomplet ; je rencontrais de nombreux patients somatiques en provenance de tous les services de l'hôpital, et je ne comprenais pas leurs somatisations : troubles neurologiques, troubles gastro – entérologiques, troubles musculosquelettiques, maladies immunitaires, diabète, troubles néphrologiques, etc. Pourquoi tous ces troubles et comment les expliquer ? **Je mis du temps pour comprendre que Pierre Marty avait utilisé une métaphore en lieu d'explication scientifique : « écoulement des excitations dans les organes et fonctions somatiques ! ! ». Cette prise de conscience me poussa à poser le problème des somatisations de très nombreux patients de façon différente.**

La première réflexion était que j'utilisais des concepts psychanalytiques pour comprendre des maladies somatiques. La psychanalyse n'a jamais eu pour objectif d'expliquer les maladies somatiques ; la médecine oui. La psychosomatique d'inspiration analytique ne fournissait aucun modèle explicatif ! Il m'a fallu de nombreuses années pour comprendre cela car j'étais fortement influencé par le modèle de la métapsychologie, à l'exemple de Sándor Ferenczi et de Pierre Marty. Pouvait-on s'éloigner de la Métapsychologie ?

Je dois à présent remonter dans le passé pour indiquer que j'ai débuté ma pratique analytique en 1973 ; sept années plus tard en 1980 alors que j'étais le Doyen de la Faculté de HEC, j'ai entrepris des recherches sur le stress professionnel en me référant d'abord à Hans Selye. J'ai étudié très longuement toute sa théorie ainsi que sur le plan biologique et médical tous les mécanismes complexes de l'hypothalamus et de nombreuses hormones neuronales. Un univers s'est ouvert devant moi dans le domaine médical et dans le domaine neurologique. Je rejoignis à cette époque Pierre Marty à l'Institut de Psychosomatique pour me former. Mes collègues psychanalystes critiquaient fortement les théories du stress qu'ils qualifiaient de théorie « agressologique » ! Je n'ai jamais polémique dans ce domaine, car je poursuivais l'objectif d'être formé par Pierre Marty. Je gardais donc pour moi mes connaissances sur le stress professionnel avec ses conséquences somatiques et psychiques. Au début des années 90, je commençais tout seul à étudier les neurosciences, et m'engageais dans une correspondance avec les grands théoriciens de cette discipline Edelman et Damasio. J'étais fasciné par les connaissances du fonctionnement neuronal.

Si je remonte plus loin dans le passé, je dois dire que lors de mon deuxième doctorat d'État en sciences économiques j'ai reçu une formation très poussée en mathématiques et en statistiques. J'étais devenu ce qu'on appelle un économètre et un « bâtisseur » de Modèles. Cela m'a servi lorsque j'ai travaillé sur les

modèles mathématiques du commissariat au plan. Ce doctorat m'a appris à réfléchir sur la construction de modèles globaux destinés à appréhender les problèmes économiques et sociaux d'une société. Pour le moment je ne les utilisais pas dans mon approche de la psychosomatique. Mais peu à peu toutes les connaissances ont fini par converger m'incitant à réfléchir à la métapsychologie de Sigmund Freud comme à un modèle du fonctionnement psychique. C'était l'objectif de Sigmund Freud et il n'en avait pas d'autres : expliquer les névroses. Au lieu de considérer la métapsychologie de l'intérieur, j'ai décidé d'appréhender le modèle métapsychologie sous l'angle des hypothèses l'ayant formé. Je l'appréhendais de façon mathématique comme j'avais appréhendé tous les modèles que j'ai construits au cours de ma vie.

J'ai donc repris le problème presque 10 ans après le décès de Pierre Marty en comprenant d'abord que le modèle de Pierre Marty n'expliquait pas les somatisations de **tous les patients**, deuxièmement que le modèle métapsychologique avait certainement des limites qu'il me fallait établir. Étant donné que Sigmund Freud n'avait jamais indiqué quelles étaient les hypothèses à l'origine de son modèle, j'ai étudié très longuement les travaux de tous les professeurs qui l'avaient influencé, et auxquels il se référait dans ses nombreuses citations. J'ai compris progressivement comment il avait élaboré son modèle, mais je ne comprenais pas les hypothèses de base, car celles-ci n'étaient pas énoncées.

Je me suis ensuite reposé sur l'étude des patients somatiques ; ils ne correspondaient en aucune façon à la description des patients névrotiques :

PAS DE REMEMORATION,

PAS D'ASSOCIATIONS D'IDEES

PROBLEME D'EXPRESSION DES AFFECTS

PREVALENCE DES COMPORTEMENTS QUI AVAIENT ETE AUSSI SIGNALES PAR PIERRE MARTY

PROBLEME DE RELATIONS TRANSFERENTIELLES QUI M'INTERROGEAIENT BEAUCOUP CAR J'AVAIS TOUJOURS SUPPOSE L'EXISTENCE D'UNE RELATION TRANSFERENTIELLE COMME LA PSYCHANALYSE LE RECOMMANDAIT

PRESENCE D'IMPORTANTES TRAUMATISMES DES PREMIERS TEMPS DE LA VIE

CARENCE MATERNELLE ET PARENTALE

En résumé un tableau voisin des descriptions des patients faites par Sándor Ferenczi et Pierre Marty sans que l'on puisse classer ces patients dans la catégorie des névroses. J'ai toujours pensé que ces patients n'étaient pas névrotiques **ce qui fut confirmé par André Green quelques années plus tard puisqu'il déclarait qu'il s'agissait de non-névrosés.**

Il existait donc des patients qui ne relevaient pas des indications de la psychanalyse avec la problématique œdipienne génitale. Ces patients n'avaient aucune problématique œdipienne génitale. À partir de ces constatations progressivement apparurent les limites du modèle métapsychologique, **car Sigmund Freud faisait reposer son modèle sur la névrose infantile à partir de l'étude princeps du « Petit Hans ». Pour lui tous ces phénomènes névrotiques à partir de la névrose infantile jusqu'à la phase œdipienne génitale relevaient de la névrose ; il y avait une profonde structuration et intégration des différentes étapes du processus de maturation psychosexuelle.** Depuis l'âge de 5/6 ans jusqu'à l'âge de 18/20 ans la problématique œdipienne structurait l'ensemble du processus de maturation. Il s'agit d'une construction grandiose mais l'interrogation sur la création du système psychique et son développement continuait de se poser. **Mes patients somatiques ne présentaient pas de névrose infantile !**

Mes patients de la Pitié-Salpêtrière m'ont ainsi appris à réfléchir en termes pédiatriques, génétiques et neurologique. **Il s'agissait de comprendre comment se développe un système psychique depuis le temps de grossesse jusqu'à l'âge de 5/6 ans. Il s'agissait de comprendre les bases bio-somatiques et neuronales du développement humain précédant l'existence du système psychique.** C'est alors que j'ai compris les failles de la métapsychologie à partir d'une réflexion approfondie en termes médicaux et neurologiques. Au tout début de la vie il n'y a pas de système psychique. Donc quelles sont les conditions qui permettent la création d'un tel système ?

J'ai compris les limites du modèle métapsychologique, et en me reposant sur la théorie des systèmes de Ludwig von Bertalanffy, j'ai bâti un modèle appelé la théorie des cinq systèmes : système psychique, système nerveux central, système nerveux autonome, système immunitaire, et système génétique. J'ai aussi avancé un nouveau paradigme : « l'être humain est une unité psychosomatique ». En me reposant toujours sur la théorie des systèmes afin de donner une assise scientifique au modèle que je proposais, j'ai créé cette nouvelle discipline : « la Psychosomatique Intégrative » nouvelle discipline combinant une nouvelle approche du Fonctionnement Psychique des patientes et des patients somatiques, la Médecine et les Neurosciences.

Revenons à présent sur la nouvelle approche psychanalytique complémentaire du modèle de Freud :

Elle est fondée sur la naissance du système psychique et les conditions génétiques neuronales et somatiques permettant l'existence et l'apparition d'un tel système. Je suis alors revenu sur les contributions de Mélanie Klein concernant

l'internalisation de l'Objet maternel car je constatais que nombre de mes patients n'avaient pas introjecté La Mère. **Étant donné l'inexistence de l'Objet maternel, il n'y avait pas de transfert ni d'intrication pulsionnelle.** La relation thérapeutique était alors réduite à la relation d'attachement des phases archaïques de développement des êtres humains. Ces constatations théoriques et scientifiques me poussèrent progressivement à adopter une attitude maternelle ce qui avait déjà été suggéré mais sans l'avoir développée par Sándor Ferenczi et Pierre Marty. L'approche maternelle des patients quel que soit le sexe du thérapeute est nécessaire pour pouvoir aider au développement de l'appareil psychique puisque les différents traumatismes subis par les patients avaient empêché de tels développements. J'ai donc proposé que le « **Nom de la Mère** » préside aux phases archaïques et prégénitales du développement humain pour aider à l'apparition de la névrose infantile avec un système psychique plus solide et structuré. J'ai appelé cette phase de développement : « **l'Alpha de la Psyché** ». ⁵ il est tout à fait étrange que les psychanalystes de la première génération n'aient jamais insisté et proposé que la Mère figure de façon égale aux côtés du Père. C'est toujours le Père qui a prédominé dans l'approche théorique et clinique !

Conclusion

Que dire de plus ? Nous constatons aujourd'hui que le modèle que je propose peut aider une très grande partie des patients somatiques, et que, dû à l'évolution sociologique, les problèmes de l'époque de Freud ont disparu pour être remplacés par de nouvelles méthodes d'éducation, le mouvement d'émancipation des femmes, et le déclin des religions monothéistes. Nous n'avons plus en tant que thérapeute, face à nous, des patients névrosés classiques. C'est fini. Les patients névrosés classiques ne représentent qu'une infime partie des patients qui ont recours à la technique psychanalytique et aux thérapies d'inspiration analytique. Le modèle de la métapsychologie de Sigmund Freud n'est absolument pas remis en question par la psychosomatique intégrative ; le modèle de la psychosomatique intégrative complète le modèle Freudien en proposant un développement somatique et psychique depuis la grossesse jusqu'à l'âge de la névrose infantile. Sans appareil psychique ou bien avec un appareil psychique ayant d'importantes difficultés de fonctionnement, nous devons recourir alors à la relation d'attachement et à la Mère.

⁵ en annexe de cet article le résumé du modèle métapsychosomatique.

Annexe

Le modèle global « Neuropsychosomatique », de la vie intra-utérine au stade génital œdipien : Résumé

Jean Benjamin Stora

Octobre 2020

I. 1^{ère} organisation somatique, comportementale et émotionnelle : trois composantes

A. Stade de développement intra-utérin.

Il est important avec nos patients de toujours penser au stress maternel pendant la grossesse : quels sont les événements de vie qui ont perturbé le développement fœtal ?

B. Stade archaïque des premiers mois (dominé par la sensori-motricité), et les périodes critiques

C. L'organisation cénesthésique, et l'organisation somato-psychique du stade oral ; 6 premiers mois de vie - relations préobjectales (Bon et mauvais Objet) ; avec l'apparition du sourire au troisième mois, les traces mnémoniques sont établies ce qui implique que les parties constituantes de l'appareil psychique sont en place : conscient, préconscient et inconscient. Un moi rudimentaire se développe au sein du continuum somatopsychique dans l'activité musculaire et de plus en plus coordonnée et dirigée.

II. 2^{ème} organisation somato-psychique :

A. L'organisation diacritique, et le stade anal ; neuf premiers mois de vie (introjection de l'Objet maternel permettant l'intrication pulsionnelle : pulsions sexuelles et pulsions agressives).

Cette deuxième organisation constitue un chaînon indispensable dans le continuum somatopsychique. Elle établit les relations entre les fonctions viscérales et les fonctions motrices. On passe ainsi au cours du processus de développement psychosexuel, d'un mode somatique à un mode psychique de décharge de l'énergie.

En termes psychanalytiques, Spitz assimile la relation entre les organisations cénesthésique et diacritique à la relation entre processus primaire et processus secondaire ; « nous ne prenons conscience du travail accompli en sourdine par le système cénesthésique que par les déformations qu'il impose au fonctionnement diacritique ou par l'influence qu'il exerce sur le processus primaire ».

B. Importance de l'émotion comme détonateur de troubles psychiques et somatiques : les marqueurs somatopsychiques.

Les découvertes neuronales et somatiques des circuits des émotions et de leurs associations à des états corporels nous conduit à proposer l'existence **de noyaux archaïques somatopsychiques mémorisant l'ensemble des situations précocement vécues de la naissance jusqu'à la période verbale.** Ces fixations relient un état somatique, une manifestation émotionnelle et un comportement associé, le tout est comme nous l'avons vu ci-dessus encodé neuralemment et intégré dans l'organisation cénesthésique, puis dans l'organisation diacritique.

Les marqueurs²² somatopsychiques sont des mécanismes d'aides inconscientes à l'action quotidienne des êtres humains. Damasio définit ainsi le concept : *« l'association d'une perception d'une sensation déplaisante ou agréable corporelle lors d'une prise de décision à une image particulière, est appelée "marqueur" somatique, que la perception soit d'origine viscérale ou non ».*

Le marqueur somatique agit soit comme un signal d'alarme - danger de choisir cette solution- ou comme un signal d'encouragement ; dans les deux cas, c'est un système qui donne des indications d'orientation.

III. 3ème organisation somato-psychique :

A. Stade du premier œdipe et développement de la névrose infantile.

Le système psychique ne peut se développer que si préalablement pendant la vie intra-utérine et pendant les cinq années suivantes il y ait intégration des différentes fonctions des cortex sensorimoteurs, du système limbique et du cortex préfrontal. **Sans l'intégration neuronale, le système psychique ne peut advenir.**

B. Le développement neuroendocrinien de la maturation de la sexualité féminine et masculine : période de latence et phase phallique narcissique

De 5 ans à 12-13 ans développement biologique et neuro-hormonal du système hypothalamique (développement du système hormonal sexuel-environ 7 à 8 années)

Stade phallique-narcissique de la préadolescence et de l'adolescence

IV. 4ème organisation somato-psychique :

Stade génital œdipien, prédominance de la problématique œdipienne classique dans la relation à la mère et au père. Technique classique de la Psychanalyse.

Bibliographie

T. Bokanowski (1997), *Sándor Ferenczi*, Paris, PUF, « Psychanalystes d'aujourd'hui ».

S. Freud (1918 [1914]), À partir de l'histoire d'une névrose infantile, *OCF.P*, XIII, Paris, PUF, 1994, p. 1-118.

S. Freud (1937), L'analyse avec fin et l'analyse sans fin, in *Résultats, idées, problèmes*, II (1921-1938), Paris, PUF, 1985, p. 231-268.

S. Ferenczi (1921 a), Prolongements de la « technique active » en psychanalyse, *OC, Psychanalyse*, t. III : 1919-1926, Paris, Payot, 1974, p. 117-133.

S. Ferenczi, O. Rank (1924), *Perspectives de la psychanalyse (sur l'indépendance de la théorie et de la pratique)*, Paris, Payot, « Bibliothèque scientifique Payot », 1994.

S. Freud (1914), Remémoration, répétition et élaboration, in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1967, p. 105-115.

E. Jones (1957), *La vie et l'œuvre de S. Freud*, t. III, Paris, PUF, 1969.

S. Ferenczi (1926), Contre-indication de la technique active, *OC, Psychanalyse*, t. III : 1919-1926, Paris, Payot, 1974, p. 362-372.

S. Ferenczi (1928), Élasticité de la technique analytique, *OC, Psychanalyse*, t. IV : 1927-1933, Paris, Payot, 1982, p. 53-65.

S. Ferenczi (1930), Principe de relaxation et néocatharsis, *OC, Psychanalyse*, t. IV : 1927-1933, Paris, Payot, p. 82-97.

S. Ferenczi (1934), Réflexions sur le traumatisme, *OC, Psychanalyse*, t. IV : 1927-1933, Paris, Payot, 1982, p. 139-147.

Stora, J.B., (2019) « 15 cas de Thérapies Psychosomatiques, soigner des malades, non simplement leurs maladies » Editions Hermann, Paris.

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

Stora, J.B. (2015) "The new Body-Mind Approach, Clinical Cases" Karnac, London.

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

Stora, J.B. (2011) "La Neuropsychanalyse, controverses et dialogues", Paris: MJW Féditions

Stora, J.B.,(1991/2010), *Le stress*, Presses Universitaires de France, collection "Que sais-je ?" n° 2575, Paris,1991; 10ème édition, 2019 ; éditions en espagnol, portugais, turc, arabe, roumain, grec, italien.

Stora, J.B. (2007) « When the body displaces the mind, stress, trauma and somatic disease, (foreword by Mark Solms), London: Karnac Books Ltd.

Stora, J.B. (2006) "La Neuropsychanalyse", P.U.F, « Que sais-je ? », n°3775

Stora, J.B. (2005) « Vivre avec une greffe, accueillir l'autre », Odile Jacob, avril 2005

•