

N° 255 coq heron

Jean-Benjamin STORA
68 rue Hallé, 75014 Paris, jbstora@orange.fr,
0679284299
Janvier 2024
20 258

Une nouvelle approche des patients.es somatiques pour mieux les soigner : La Psychosomatique intégrative interreliant la Psychanalyse, la Médecine et les Neurosciences.

Jean Benjamin Stora¹

Le sombre destin de Sándor Ferenczi² et de Pierre Marty³ n'a 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 Marty⁴. 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

¹ La découverte de la Psychosomatique intégrative. Professeur émérite psychosomaticien psychanalyste, Créateur Ecole Psychosomatique de la Pitié-Salpêtrière, ancien Co-Directeur Diplôme de Psychosomatique Intégrative, Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière UPMC Paris 6, Directeur Institut de Psychosomatique Intégrative, ancien Président de l'IPSO "Pierre Marty" (1989-1992), ancien Président de la Société Française de Médecine Psychosomatique

² S. Ferenczi (1934), *Réflexions sur le traumatisme*, OC, Psychanalyse, t. IV : 1927-1933, Paris, Payot, 1982, p. 139-147.

³ Cf la 1^{ère} partie de cet article publiée dans le n° 251 de la Revue du Coq-Héron, 12/2022 p. 55 à 65.

⁴ Marty, P., *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Tome 1, Paris, Payot. 1976. Marty, P., *L'ordre psychosomatique*, tome 2, Paris, Payot. 1980.

pour l'investigation des patients, l'établissement des fiches cliniques et leurs communications à mes collègues médecins du service.

Mais, son modèle était incomplet car l'approche de Pierre Marty ne concernait dans la nosographie analytique que les psychonévroses de défense et les névroses actuelles.. Or 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 aborder 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 somatiques⁵. 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 professionnel⁶ 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

⁵ S. Ferenczi, O. Rank , *Perspectives de la psychanalyse (sur l'indépendance de la théorie et de la pratique)*,(1924) Paris, Payot, « Bibliothèque scientifique Payot », 1994.

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

⁶ Stora, J.B., *Le stress*, Presses Universitaires de France, collection "Que sais-je ?" n°2575, Paris,1991; 10ème édition 2019. (Editions étrangères en espagnol, turc, portugais, arabe).

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 (Gerald Edelman, Antonio Damasio,..). J'étais fasciné par les connaissances du fonctionnement neuronal et j'ai adhéré, dès sa création par le Pr. Mark Solms, à l'Association Internationale de Neuropsychanalyse.⁷

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. 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. J'appréhendais ce modèle 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 névrotiques⁸ :

⁷ Stora, J, B, *Neuro-psychanalyse, controverses et dialogue*, PUF QSJ n°3775 , 2006, Nouvelle édition revue et augmentée MJW-Féditions: "*Neuropsychanalyse, controverses et dialogues*", 2011

⁸ Stora, J.B., *15 cas de thérapies psychosomatiques, soigner les malades, non plus seulement les maladies*, Editions Hermann , Paris, 2019 ; *Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques*, éditions Odile Jacob, avril 1999,

Pas de remémoration, pas d'associations d'idées, Pas d'imaginaire, problème d'expression des affects (répression et alexithymie), prévalence des comportements qui avaient été aussi signalés par Pierre Marty (Névrose de comportement), problème de relations transférentielles qui m'interrogeaient beaucoup car j'avais toujours supposé l'existence d'une relation transférentielle comme la psychanalyse le recommandait, présence d'importantes traumatismes des premiers temps de la vie, carence maternelle et parentale. L'absence d'internalisation de l'objet maternel et la non-intrication pulsionnelle qui en suivait, me donnait enfin l'explication de l'absence de transfert dans la relation thérapeutique. La névrose infantile n'était pas encore constituée.

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 ! et, donc pas de transfert.**

Mes patients de la Pitié-Salpêtrière m'ont ainsi appris à réfléchir en termes pédiatriques, génétiques et neurologique⁹. 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

⁹ Stora, J.B, *La nouvelle approche psychosomatique, 9 cas cliniques*, MJW-Féditions,2013;

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 Bertalanffy¹⁰, 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'ajoute qu'il n'y a pas de causalité psychique d'une maladie quelconque, mais il y a une participation du système psychique aux côtés des quatre autres systèmes. **J'ai aussi avancé un nouveau paradigme : « l'être humain est une unité psychosomatique »**¹¹. 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 psychanalytique, la médecine et les neurosciences.

Revenons à présent sur la nouvelle approche psychanalytique de la phase archaïque de développement:

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, de Bion et de Winnicott, 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. 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**¹² » 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

¹⁰ von Bertalanffy, Ludwig, *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. Publisher: George Braziller, 1976.

¹¹ Stora, J, B, *L'être humain est une unité psychosomatique, toutes les maladies sont psychosomatiques* Librinova, 2021

¹² Stora, J, B, *Revue de Psychosomatique Intégrative n°12 à paraître, (Le nom de la Mère)*

phase de développement : « **l'Alpha de la Psyché** ». ¹³ 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 !

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.

Alors que la psychanalyse ne possède pas de méthode lui permettant des études épidémiologiques, et donc de la fonder comme une science, il n'en est pas de même pour la psychosomatique intégrative ¹⁴ qui a développé au cours des 30 dernières années des études épidémiologiques (Revue Psychosomatique Intégrative n°3, 2018). J'ai établi une fiche d'évaluation du risque psychosomatique résumant les caractéristiques du fonctionnement psychique : variables qualitatives et du fonctionnement somatique : variables quantitatives. J'ai établi une méthode répertoriant l'ensemble des descripteurs du fonctionnement psychique à partir de laquelle il est possible de remplir les fiches d'évaluation du risque psychosomatique. J'ai effectué des recherches épidémiologiques sur plus de 150 patients du service d'endocrinologie de

¹³ en annexe de cet article le résumé du modèle métapsychosomatique.

¹⁴ Marty, P., Stora, J.B., *Psychosomatiques*, ed. Beyrouth, en langue arabe. 175 p. 1989

Marty, P., Stora, J.B., La Classification psychosomatique Marty/Ipsos, méthode d'aide au diagnostic des organisations psychosomatiques et des maladies somatiques. *Médecine et Hygiène, Suisse*.1988.

Marty, P., Stora, J.B., La clasificación psicomatica MARTY/IPSO: metodo diagnostico de las organizaciones psicomaticas y enfermedades somaticas, *Psicoterapia Analitica*, Vol. 1,n° 1,19-31. 1989. Stora, J.B. (1994). Sémiologie Psychosomatique, *Annales de Psychiatrie*, vol. 9, n°2, p.117-124.

l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, sur les greffés d'organe du cœur et sur les patientes cancer du sein. J'ai terminé l'année dernière une étude sur le Covid long. Voilà pour le fondement scientifique de cette nouvelle discipline.

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 pré-objectales (Bon et mauvais Objet) ; avec l'apparition du sourire au troisième mois, les traces mnémoniques sont établies ce qui implique que les parties constitutives 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

primaires et processus secondaires ; « 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 pré-adolescence 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.

Résumé : dans cet article, l'auteur expose la nouvelle discipline qu'il a créée au cours des 40 dernières années dont l'objectif principal est de mieux soigner les patientes et les patients souffrant de maladies plus ou moins graves. Cette nouvelle approche a été développée dans le cadre de la consultation de psychosomatique du groupe hospitalier la Pitié-Salpêtrière et dans l'enseignement à la Faculté de Médecine. Pour établir des bases scientifiques à cette discipline permettant des études épidémiologiques, une méthode a été développée combinant des variables qualitatives (psychiques) et des variables quantitatives (biologiques).

Mots clés : psychosomatique intégrative, non-névrosés, théorie des systèmes, nouveau paradigme : l'être humain est une unité psychosomatique.
