

Le 18 Janvier 2019 à propos de l'inconscient somatique en psychosomatique Intégrative

Cher Jean-Benjamin,

Aurais-tu la gentillesse de donner ton avis sur une question qui a été soulevée lors de la réunion du club biblio de lundi dernier ?

Il s'agirait de préciser le rapport entre les notions d'inconscient somatique et d'inconscient psychique : ces deux entités sont-elles identiques, différentes, corrélées ou pas, etc. ?

Les membres du groupe ont eu des appréciations divergentes

Réponse :

La question posée est à l'origine de la création de la discipline que j'ai appelée « Psychosomatique Intégrative ». J'indiquerai plus bas les textes et les pensées de référence qui ne m'ont été connues qu'après que j'ai commencé ma formation à l'institut de psychanalyse. J'ai, très tôt, été attiré par la pensée de Sigmund Freud et j'ai été fasciné par la Psychanalyse. À l'âge de 15 ans, comme je l'ai écrit dans ma conclusion de mon dernier ouvrage, j'ai lu « L'introduction à la Psychanalyse » de Freud je pense que c'est cet ouvrage que j'ai repris tout au cours de ma vie jusqu'à ma psychanalyse et ma formation analytique. J'ai donc été confronté très tôt et plus tard dans les années 60 à l'inconscient psychique découvert par Freud. Il est évident que c'est la plus importante découverte depuis Hippocrate. Je ne reviendrai pas sur l'inconscient freudien psychique que vous connaissez et que vous pouvez relire dans Freud.

Après 10 ans de formation psychanalytique, ma vocation médicale qui avait été mise entre parenthèses au cours des 20 années précédant ma psychanalyse, a resurgi. Je m'en suis expliqué dans mon ouvrage « quand le corps prend la relève,... » paru en 1999 chez Odile Jacob. J'ai donc rejoint dès 1984 Pierre Marty à l'institut de psychosomatique pour compléter ma formation psychanalytique en y ajoutant la dimension psychosomatique. J'ai toujours étudié avec beaucoup d'attention les ouvrages et les leçons de mes maîtres, car j'ai été fidèle à la culture de mes ancêtres obéissants rigoureusement aux maîtres. À la mort de Pierre Marty, alors que j'étais le président de l'institut, j'ai été brutalement écarté par mes collègues psychanalystes de l'IPSO, et la SPP, elle-même, m'a fermé ses portes. En réalité ce qui était en question c'était mon approche scientifique que j'ai développée et exposée dans le numéro trois de notre revue.

Que s'est-il passé ? Grâce à l'aide du chef du service de psychiatrie de la Pitié-Salpêtrière, j'ai pu créer une consultation de psychosomatique localisée dans le service d'endocrinologie, et ouverte, à tous les services de l'hôpital. La confrontation progressive avec les pathologies m'a convaincu que le corps existait dès la vie intra-utérine en dehors de la psyché qui, elle, met de nombreuses années pour se développer chez un être humain jusqu'à la névrose infantile. J'ai

commencé à me tourner d'abord vers Sigmund Freud qui, avec les névroses actuelles, nous enseignait qu'il était possible d'avoir des symptômes somatiques non reliés au système psychique, non sexualisés. Il s'agissait d'une première approche que j'ai prise en considération en interrogeant aussi l'approche de Pierre Marty pour expliquer les somatisations. Je ne veux pas revenir sur ce point que j'ai développé dans une note que vous connaissez à présent. J'ai compris progressivement que le désir profond de Freud de faire survivre la psychanalyse et de la diffuser à l'échelle de la planète avait en France complètement figé la pensée. Les psychanalystes de la société de psychanalyse de Paris avaient transformé l'approche scientifique de Freud en une approche idéologique : le message freudien ne devait absolument pas être changé, ni transformé, il devait rester intact et tous les psychanalystes devaient s'y conformer. Cette approche idéologique rigide freine toute observation et tout développement scientifique comme vous pouvez le constater en lisant aussi bien la revue française de psychanalyse que la revue française de psychosomatique.

L'idéologie repose sur des croyances, mais ce n'est pas une science.

Sans jamais remettre en question la théorie de Freud, ni la théorie de Pierre Marty, j'ai compris qu'avec des concepts psychanalytiques, il était impossible d'expliquer ce qui se passe dans le corps humain, que nous nous trouvions confrontés à une limite épistémologique. La médecine seule peut expliquer les mécanismes des fonctions et des organes somatiques. Il me fallait donc trouver une autre explication aux somatisations. Je dois vous dire que cette aventure scientifique n'a été possible uniquement, parce que mes ancêtres très proches étaient des nomades, et qu'il est impossible de demander à un nomade de ne pas aller plus loin : il refusera toujours. **C'est ce que j'ai fait moi-même en surmontant mes obstacles surmoïques.**

C'est ainsi que grâce aux médecins du service dans lequel je travaillais, grâce à la Médecine, j'ai proposé le nouveau paradigme : « l'être humain est une unité psychosomatique ». Ainsi je tournais le dos aux clivages corps – esprit et j'orientais la psychosomatique intégrative dans une nouvelle dimension scientifique. Vous devez comprendre que si l'être humain est une unité psychosomatique, **alors cette unité est composée d'un inconscient somatique et d'un inconscient psychique** il suffit de réfléchir quelques instants à la grossesse humaine et au développement fœtal pour comprendre que l'être humain est d'abord un corps somatique bien avant que le système psychique ne commence à s'édifier et à se développer lors de la maturation humaine. En faisant appel aux recherches de neurosciences, j'ai pu construire ce modèle mettant en présence un quantum d'excitations élevées qui ne peut être élaboré par le système psychique et qui se transmet par l'intermédiaire du système nerveux central aux fonctions et organes somatiques. Ce modèle, pour le moment est le seul existant permettant de comprendre et d'expliquer les somatisations. Il n'est pas possible d'expliquer les somatisations à partir du psychisme humain comme l'ont tenté de nombreux psychanalystes et psychosomaticiens. Ces psychanalystes et ces psychosomaticiens ont été prisonniers du modèle freudien dont il ne voulait pas s'éloigner. Ils appartenaient à la première génération et comme vous le savez la problématique œdipienne était à l'œuvre. Personne ne voulait contrarier le père de la psychanalyse, ni s'opposer à lui. Je dois vous dire en plaisantant qu'il n'en est pas de même des petits-enfants puisque mon grand-père avait le même âge que

Freud. Je n'ai jamais eu de problème oedipien avec mon grand-père. Je pense qu'il en a été de même pour les psychanalystes de la première génération qui, lorsqu'ils ont voulu énoncer des théories complémentaires de celle de Freud ou en opposition avec lui, ont été brutalement exclu de l'association de psychanalyse.

À l'institut de psychanalyse il y avait beaucoup d'interdits, y compris des interdits de lecture et c'est mon esprit de nomade qui m'a permis dès la première année de pratique de psychanalyse (1973) de commencer à lire en dehors de Freud : Groddeck, Ferenczi, Mélanie Klein, Winnicott, Bion, Daniel Stern, René Arpad Spitz, etc. surtout les analystes qui s'interrogeaient sur les débuts somatiques de la vie humaine. Ils ont préféré parler de la relations de l'esprit et du corps et il n'y a que Jung qui a osé parler d'inconscient somatique. En rédigeant le livre de Neuropsychanalyse, j'ai dans le dernier chapitre développé un modèle reprenant celui de Freud et le complétant par toutes les découvertes de neurosciences pour en faire un nouveau modèle que j'ai appelé Métapsychosomatique. C'est ce modèle qui est sous-jacent à tout mon enseignement et à mon approche clinique et thérapeutique des patients et des patientes somatiques. Je vous invite à relire le dernier chapitre de cet ouvrage **où il ressort très clairement que l'unité psychosomatique est composée d'un inconscient somatique et d'un inconscient psychique**. Je dois dire ici en conclusion que Sigmund Freud a tenu à développer la Psychanalyse sur le terrain de la psychologie mais sans jamais fermer la porte à la recherche puisqu'il déclarait que le développement de nouvelles recherches pouvait ouvrir la voie à la Psychanalyse en critiquant et en développant ce modèle. Ses successeurs des sociétés psychanalytiques contemporaines n'ont pas suivi cette interrogation scientifique de Freud et c'est tout à fait regrettable pour le développement de la psychanalyse.

Je vous conseille de lire attentivement l'article de Michèle Bertrand ci-dessous, qui vous introduira aux interrogations de Sandor Ferenczi, que j'ai développé moi-même dans mon approche théorique et je vous invite à lire ma note pédagogique sur le masochisme que je terminerai dans les jours qui viennent. Vous comprendrez si vous lisez la note que je vous ai envoyée lors du diplôme universitaire de psychosomatique intégrative que je fais référence à deux noyaux : le premier noyau est celui du Moi – Objet reposant sur le courant narcissique qui permet une première intrication pulsionnelle : pulsion sexuelle et pulsions agressives, qui permettront lorsque l'objet est internalisé (deuxième noyau), d'intriquer les pulsions pour les projeter à l'extérieur de l'être humain. Dans le premier cas nous sommes en présence du masochisme érogène primaire et dans le deuxième cas du masochisme objectal. Lorsque pour nos patients le masochisme objectal n'existe pas, du fait de carences premières, alors nous nous trouvons au niveau du premier noyau qui, s'il subit des traumatismes importants, va se désorganiser (désintrication pulsionnelle) avec mise en jeu du pronostic vital. Toute disparition du noyau Moi – objet, conduit à la mort des êtres humains.

Voilà pour l'inconscient somatique pour celles et ceux qui douteraient de son existence !

- **Corps et psyché chez Ferenczi**
- **Michèle Bertrand**
- Dans **Revue française de psychosomatique 2012/2 (n° 42)**, pages 63 à 71

1 **F**erenczi s'est intéressé très tôt à l'origine psychique de symptômes somatiques.

Après avoir suivi la voie ouverte par Freud sur la conversion hystérique, il a étendu la recherche psychanalytique en suivant des voies beaucoup moins explorées par la psychanalyse. Il montre qu'à l'origine de troubles somatiques peuvent se trouver impliqués une organisation narcissique, des tendances autodestructrices, et enfin des traumatismes primaires.

Du symptôme hystérique au symptôme narcissique

2 Dans un texte de 1915, « Anomalies psychogènes de la phonation », Ferenczi présente deux cas de patients dotés chacun de deux registres de voix, l'un aigu, l'autre plus grave.

3 Le premier cas est celui d'un jeune homme de 24 ans assez perturbé dont les identifications féminines sont patentées. Son larynx ne présentait aucune anomalie, pas plus que de (prétendus) troubles de l'innervation. Rien à voir non plus avec les « couacs » d'un adolescent en pleine mue :

4

Très vite, j'ai remarqué que le malade n'utilisait sa voix de baryton que lorsqu'il était sérieusement et objectivement absorbé par un sujet ; mais dès qu'il voulait, dans le transfert, me montrer inconsciemment de la coquetterie, ou me plaire, c'est-à-dire quand l'effet de ses paroles le préoccupait plus que leur contenu, il se mettait à parler de sa voix féminine.

5 Il s'agit d'ailleurs d'une voix de fausset, plutôt que d'une voix féminine.

6 L'autre patient est un jeune homme de 17 ans amené par sa mère, pour se plaindre d'une voix insupportable que les laryngologues attribuaient à la nervosité. Seul à seul, le garçon reconnut qu'il était peu sûr de sa puissance sexuelle. Ce patient avait aussi deux voix. L'une était une basse profonde, qui s'accordait avec son cartilage thyroïdien bien développé, l'autre une voix de fausset enrouée, dont il usait ordinairement. L'entretien permit à Ferenczi de découvrir dans le propos du jeune patient une famille où le père était effacé, inférieur intellectuellement, et où le vrai chef était la mère. Le patient était sensible à l'attrait des femmes, mais ses désirs s'accompagnaient de représentations hypocondriaques qui le paralysaient. Ferenczi fait l'hypothèse d'une fixation incestueuse à la mère. Or cette dernière avait frappé d'interdit la voix de basse de son fils, elle lui disait : je ne peux pas supporter cette voix, tu dois en perdre l'habitude ! Ainsi, le patient ne conservait sa féminité et le registre vocal correspondant que par amour et soumission à sa mère.

7 Ces deux observations restent dans le registre de l'hystérie. Mais peu après (1917) Ferenczi découvre les travaux de Groddeck. Il rend compte de façon à la fois élogieuse et critique [1][1] Sándor Ferenczi, « La psychanalyse des états organiques »,... de l'ouvrage *Die psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden*. Dans cet ouvrage, l'auteur pense pouvoir démontrer l'origine psychique d'un certain nombre de maladies organiques, ce que confirme le fait qu'elles sont sensiblement améliorées par un travail psychanalytique. Il s'agit, entre autres, de tumeurs, d'affections pulmonaires ou thyroïdiennes. Or ces affections n'ont rien à voir avec les symptômes hystériques déjà bien repérés, ni avec la symbolique sexuelle : ce qui ouvre la voie à une autre interprétation des symptômes somatiques.

8 **À cette époque, Ferenczi conduit ses réflexions dans la logique de la première topique et du principe de plaisir-déplaisir. L'organisme n'est pas seulement une machine fonctionnelle, il connaît la jouissance et la douleur. L'organisme est aussi dominé par le principe de plaisir. C'est ce qui ressort, par exemple, de son article de 1917 : « Effet vivifiant et effet curatif du "bon air" et de "l'air frais" » [2][2] Ibid., p. 304-307.. Il déclare :**

9 **Il faut créer, à côté de la biologie fondée sur le principe d'utilité, une physiologie qui tiendrait compte de l'humeur psychique, une *Lust-Physiologie* pour compléter l'actuelle *Nutz-Physiologie* (consacrée aux symptômes hystériques).**

10 Cependant, et c'est là son originalité, il a saisi également l'importance du narcissisme dans les symptômes corporels.

11 Il publie en 1921 un très intéressant article sur les tics [3][3] Sándor Ferenczi, « Réflexions psychanalytiques sur les tics »,.... C'est le cas d'un jeune homme qui présente des contractions fréquentes de la face et du cou. Ces tics s'accompagnent de stéréotypies gestuelles (lissage des vêtements, arrangement des manchettes, et toutes sortes de mouvements qui manifestent une préoccupation liée à son propre corps).

12 Ferenczi ne distingue pas fondamentalement les gestes stéréotypés des tics proprement dits, en dépit du caractère inconscient et involontaire de ces derniers. Ils ont en commun d'être des symptômes narcissiques. Le jeune homme dont il est question devait souffrir d'une hyperesthésie prononcée, il était incapable de supporter une excitation physique sans manifester une réaction de défense : le tic représente cette réaction de défense contre une excitation provoquée par un stimulus interne ou externe.

13 Cette hypothèse est développée par la distinction entre deux sources différentes du symptôme narcissique. Le tic se produit :

1. lorsque la personne au narcissisme fragilisé est exposée à la vue des autres. Le moindre regard, le moindre sentiment de malaise peuvent le provoquer,
2. lorsqu'il y a eu lésion corporelle à la suite d'un accident ou d'une maladie. **En ce cas, c'est ce que Ferenczi désigne par « narcissisme de maladie ».**

Ainsi,

14 « l'hypersensibilité des tiqueurs, leur incapacité à supporter une excitation sans réaction de défense, pourraient constituer le motif de leurs manifestations motrices, donc des stéréotypies et des tics eux-mêmes ; alors que l'hyperesthésie, qui peut être localisée ou généralisée, ne serait que l'expression du narcissisme, de l'attachement profond de la libido au sujet lui-même, au corps propre ou à une partie de celui-ci, soit : de la stase de la libido d'organe. En ce sens, l'opinion de

Freud quant à la nature organique des tics se trouvait justifiée, même si l'on devait laisser pendante pour l'instant la question de savoir si la libido était liée à l'organe lui-même ou à son représentant psychique » [4][4]Ibid., p. 88..

15 La différence établie par Ferenczi entre hypersensibilité et hyperesthésie suscite quelques remarques. Dans les deux circonstances citées, le narcissisme est impliqué, mais il l'est de façon différente. **Dans le premier cas, ce qui est en jeu c'est l'image du corps propre. Dans le second cas, il s'agit de l'intégrité du corps : toute lésion, même limitée, pouvant s'exprimer par un tic.** Les tics surgissent très souvent, ajoute Ferenczi, à la suite (et à la place) de maladies : par exemple, un tic de la paupière à la suite d'une blépharite, des tics du nez après un catarrhe. C'est pour lui un déplacement traumatique de la libido, et les manifestations motrices du tic peuvent être considérées comme des réactions de défense contre l'excitation des parties du corps lésées. Cependant Ferenczi met l'accent sur le caractère psychique du tic, et sur le fait que c'est l'hypersensibilité narcissique du tiqueur qui est à l'origine de son symptôme.

16 À cela s'ajoute une remarque importante : le tic est un traitement de l'excitation, mais sur le mode de la décharge, et non pas de la liaison qui fait appel aux processus secondaires et au travail de la pensée. Si l'on suit la distinction breuerienne entre activités psychiques de décharge et activités psychiques de liaison, **le tic est, sans aucun doute, une activité de décharge, soit un mode primaire de traitement de l'excitation.** Les tiqueurs manifestent donc une *capacité réduite de liaison*. Or la liaison implique les processus secondaires, l'activité de pensée. **On est donc fondé à associer au symptôme organique d'origine narcissique un défaut des capacités de liaison par la pensée.**

17 Toutes ces considérations amènent Ferenczi à distinguer radicalement les symptômes narcissiques des symptômes hystériques, et à inventer le terme d'*hystérie du moi* pour désigner les premiers, ce qui n'est pas très heureux : cette dénomination montre la prégnance du modèle hystérique, et indique en même temps la nouveauté de l'approche des symptômes narcissiques. **Cependant, Ferenczi montre bien les différences entre ces derniers et les symptômes hystériques. Dans l'hystérie proprement dite, le pathogène refoulé appartient aux traces mnésiques relatives aux objets d'amour. Par suite du lien associatif entre système mnésique de choses et système mnésique du moi (du corps), la conversion hystérique utilise le corps comme moyen d'expression – c'est le saut du psychique dans le somatique. Dans le cas du tic, par contre, le souvenir traumatique du moi se met spontanément en avant chaque fois que l'occasion s'en présente. Ainsi dans l'hystérie, l'amour objectal prend par conversion la forme d'un auto-érotisme ; dans la problématique narcissique, c'est le contraire : « les tics sont des autoérotismes qui ont dans une certaine mesure adopté des qualités génitales ».**

Maladies organiques, névroses d'organe et pulsion de mort

18 Ferenczi estime que certaines maladies organiques ont une origine psychique. Dans un article de 1926, « Les névroses d'organe et leur traitement », Ferenczi déclare que nombre de maladies courantes sont d'origine psychique, mais se manifestent par un dysfonctionnement d'un ou plusieurs organes. C'est ce qu'il désigne par « névroses d'organe ». Sous ce terme, il entend des affections comme la neurasthénie, dont les symptômes sont plutôt psychiques (angoisse, dépression, fatigue...). Mais, de façon originale, il évoque aussi des troubles plus spécifiquement somatiques, comme l'asthme, la migraine, les troubles gastriques ou les arythmies cardiaques : une voie qui sera plus tard explorée par les psychosomaticiens.

19 L'une de ces affections somatiques va particulièrement retenir son attention. Il s'agit de l'épilepsie, notamment de l'épilepsie fonctionnelle, c'est-à-dire d'une maladie qui intervient en l'absence de lésions intracrâniennes, de l'absorption de substances toxiques ou de chocs électriques. La succession des phases cloniques (convulsions et contractures) et de phases au cours desquelles la respiration est stertoreuse, les dents serrées, les membres rigides, évoque pour lui toute une gamme de régressions, allant de la situation de toute-puissance infantile où l'expression de déplaisir s'exprime par les mouvements incoordonnés du nourrisson, à la situation de toute-puissance intra-utérine, qui est retrait du monde extérieur, régression à une forme d'existence autistique où le clivage douloureux entre le moi et le monde extérieur est mis entre parenthèses.

20 Il y a aussi dans les symptômes épileptiques une sorte de retournement contre la personne propre, que Ferenczi voit moins comme un sadisme que comme une pulsion de mort, sans que le mot soit prononcé. Mais l'article est de 1921, et le contexte est assez clair. Ferenczi n'exclut pas la régression au-delà de la situation intra-utérine, jusqu'à l'état de non-vie, par étouffement. Le monde animal offre des exemples de morcellement ou d'autotomie, qui permet à l'organisme de se mettre à l'abri d'une souffrance intolérable.

21 L'hypothèse métapsychologique qui correspondrait à ce mode de réaction serait celle d'un retrait de l'investissement libidinal de l'organisme propre, qui est alors traité comme une chose étrangère au moi, c'est-à-dire hostile. Un très grand chagrin ou une très forte douleur physique peuvent renforcer l'aspiration à une quiétude absolue, c'est-à-dire la quiétude de la mort [5][5] Sándor Ferenczi, « À propos de la crise épileptique »,....

22 Ferenczi revient plus tard, dans « L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort », [6][6] Sándor Ferenczi, « L'enfant mal accueilli et sa pulsion de...sur les symptômes organiques dans lesquels, pour lui, les forces de déliaison et la pulsion de mort sont au premier plan. Il évoque le cas de patients d'un hôpital militaire dont il était le médecin-chef pendant la guerre. :

23

C'est l'analyse de certains troubles circulatoires et respiratoires, d'origine nerveuse, en particulier *l'asthme bronchique*, mais aussi de cas d'inappétence totale et d'amaigrissement anatomiquement inexplicables, qui m'a permis d'examiner plus à fond la genèse des tendances d'autodestruction inconscientes [7][7] Ibid., p. 77..

24 Pour Ferenczi, tous ces symptômes vont avec l'organisation psychique de patients qui doivent constamment lutter contre des tendances suicidaires. Allant plus loin, il fait l'hypothèse pour deux de ces patients qu'ils ont été à leur naissance des enfants « mal accueillis », non pas volontairement, mais par suite de circonstances familiales défavorables : l'un était le dixième enfant d'une mère surchargée de travail (nous savons aujourd'hui que c'est de lui-même que parle Ferenczi en déguisant à peine la situation), l'autre parce que le père était atteint d'une maladie mortelle, dont il devait décéder peu après.

25 Tous ces indices confirment que ces enfants ont bien remarqué les signes conscients et inconscients d'aversion ou d'impatience de la mère, et que leur volonté de vivre s'en est trouvée brisée [8][8] Ibid., p. 78..

26 Des occasions relativement minimes, au cours de la vie ultérieure, suffisent alors pour susciter en eux une forme d'auto-agression, voire d'autodestruction. Pour Ferenczi, on a

tort de croire qu'au début de la vie, les pulsions de vie sont les plus fortes. Au début de la vie, intra-utérine et extra-utérine, les organes et leurs fonctions s'épanouissent rapidement, mais seulement dans des conditions favorables de protection de l'embryon et de l'enfant. L'enfant est beaucoup plus près du non-être que l'adulte, et peut facilement glisser à nouveau dans ce non-être, s'il ne fait pas suffisamment l'expérience d'une « prodigieuse dépense d'amour, de tendresse et de soins » de la part des parents.

Traumatisme et autoclivage narcissique

27 Ferenczi consacre les dernières années de sa vie à des recherches avec des patients limites, voire psychotiques. Ses recherches sont théoriques et cliniques, mais aussi thérapeutiques ; et là ses expériences furent controversées : il s'agit des modalités d'aménagement de l'analyse et de « l'élasticité de la technique analytique ».

28 Dans les cures avec des patients difficiles, les manifestations somatiques ne sont pas rares : convulsions, trances, états quasi comateux, reviviscences traumatiques accompagnées de symptômes respiratoires ou cardiaques bruyants. Ferenczi développe des thèses originales sur les traumatismes psychiques et leurs symptômes.

29 Les traumatismes dont il est question ont peu de rapport avec ceux qu'abordaient Freud et Breuer dans les *Études sur l'hystérie*, et qui impliquaient une organisation œdipienne, l'accès aux processus secondaires et à la pensée, et un mode privilégié de défense : le refoulement. Les traumatismes dont il décrit les manifestations sont des traumatismes primaires. Que faut-il entendre par là ? Le trauma primaire se caractérise par la régression, et par le recours à des modes spécifiques de défense. Par exemple, au lieu de refoulement, on assiste à la fragmentation et au clivage. Les traces mnésiques deviennent inaccessibles à la pensée, les acquis secondaires sont défailants, la souffrance psychique s'exprime en symptômes non névrotiques.

30 Dans « Analyse d'enfants avec des adultes », Ferenczi évoque le clivage de la personne « en une partie sensible, brutalement détruite, et une autre qui sait tout, mais ne sent rien, en quelque sorte [\[9\]](#)[\[9\]](#) Sándor Ferenczi, « Analyse d'enfants avec des adultes »,... ». Le rêve du nourrisson savant illustre le dédoublement produit par l'autoclivage narcissique : le patient se comporte comme si en lui une personne secourable venait dans l'urgence prendre soin d'une partie blessée en grand danger :

31

Tout se passe vraiment comme si, sous la pression d'un danger imminent, un fragment de nous-mêmes se clivait sous forme d'instance autoperceptrice voulant se venir en aide, et ceci peut-être dès la première, voire la toute première enfance. Car nous savons tous que les enfants qui ont beaucoup souffert, moralement et physiquement, acquièrent les traits de l'âge et de la sagesse. Ils ont aussi tendance à entourer maternellement les autres ; manifestement ils étendent ainsi à d'autres les connaissances, péniblement acquises dans le traitement, de leur propre souffrance, ils deviennent bons et secourables. Tous ne poussent pas si loin la maîtrise de leur propre douleur, certains restent fixés à l'auto-observation et à l'hypocondrie [\[10\]](#)[\[10\]](#) Ibid., p. 107..

32 La « sagesse » dont font preuve les nourrissons savants que sont les patients est donc le symptôme d'une douleur psychique ignorée, tenus à distance par la fragmentation de la personnalité. Selon Ferenczi, le traumatisme peut avoir comme issues : le délire, la propension à la spéculation philosophique et l'issue somatique.

33 Dans ces conditions, si les traces mnésiques du traumatisme sont rendues, par le clivage, inaccessibles au travail de pensée et à la conscience, comment une guérison sera-t-elle possible ?

34 Nous avons quelques indications dans les notes posthumes (*Psychanalyse t. 4*), et surtout dans le *Journal clinique*. **Ferenczi est très sensible aux manifestations somatiques de ses patients, notamment aux impressions sensorielles, sensations de froid, sensations kinésiques, sensations cœnesthésiques variées qui viennent à se produire dans le décours des séances.** Elles constituent autant d'indicateurs qui lui permettent de naviguer à vue et d'éviter une reviviscence traumatique qui serait clastique et mettrait en danger le travail psychothérapeutique et le patient lui-même. Il avance ainsi l'idée d'une reviviscence accompagnée dans la cure d'un traumatisme dont l'issue serait différente.

35 Ce traumatisme serait-il une réactualisation des traumatismes anciens, dont la trace mnésique a été mise hors de portée par le clivage, et qui, grâce au travail analytique, seraient à nouveau présents, avec la possibilité d'une issue différente ? Cela semble être le but visé par Ferenczi, du moins à certains moments.

36 Je ferai pour ma part l'hypothèse [11][11] Cf. mon rapport au CPLF : « Construire un passé, inventer un... que, si la trace mnésique est inaccessible, en revanche une expérience vécue *différente mais analogue* (un possible) peut dans le cadre des séances trouver une issue dans l'élaboration psychique et le travail de la pensée. Cette issue aura son importance plus tard dans la réorganisation psychique du patient.

Notes

- [1]

Sándor Ferenczi, « La psychanalyse des états organiques », *Psychanalyse t. 2*, 1982, Paris, Payot, p. 299-300.

- [2]

Ibid., p. 304-307.

- [3]

Sándor Ferenczi, « Réflexions psychanalytiques sur les tics », *Psychanalyse t. 3*, Paris, Payot, p. 85-112.

- [4]

Ibid., p. 88.

- [5]

Sándor Ferenczi, « À propos de la crise épileptique », *Psychanalyse t. 3* (1974), Paris, Payot, (1982), p. 147-148.

- [6]
Sándor Ferenczi, « L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort », *Psychanalyse t. 4* (1929), Paris, Payot, (1982), p. 76-81.
- [7]
Ibid., p. 77.
- [8]
Ibid., p. 78.
- [9]
Sándor Ferenczi, « Analyse d'enfants avec des adultes », *Psychanalyse t. 4* (1931), Paris, Payot (1982), p. 106.
- [10]
Ibid., p. 107.
- [11]
Cf. mon rapport au CPLF : « Construire un passé, inventer un possible », *Revue française de psychanalyse*, 2008, n° 5, p. 1357-1417.