

Sommaire

| | |
|---|----|
| I. Introduction | 8 |
| • Parcours médical au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Monsieur R. | 8 |
| • L'institution | 9 |
| • Qui est Monsieur R. ? | 9 |
| • Choix et intérêt du cas | 12 |
| • Méthodologie | 12 |
| II. Présentation des données cliniques observées, vécu de la rencontre et questionnement de la problématique observée | 13 |
| A. Rupture et traumatisme | 13 |
| 1. Réveil du COMA | 13 |
| 2. L'avancée en âge, vulnérabilité, retour en France, premières manifestations somatiques | 14 |
| 3. Rupture familiale : régression au stade oral. | 15 |
| 4. Traumatisme crânien à l'âge de 6 ans. | 16 |
| B. À la recherche d'une homéostasie psychique | 17 |
| 1. L'évitement, pour se protéger | 17 |
| 2. L'insomnie, gardien du rêve | 17 |
| 3. Une régression au stade oral | 18 |
| 4. L'utilisation de mécanismes de défenses primitifs | 19 |
| C. Organisation de départ : tronc commun des états limites | 21 |
| 1. Tronc commun des états limites selon J. Bergeret | 21 |
| 2. Le « Moi » anaclitique, la relation d'objet anaclitique | 22 |
| 3. L'angoisse dépressive du sujet d'organisation état limite | 23 |
| 4. La décompensation psychosomatique | 24 |
| III. Clinique et théorie | 25 |
| A. De l'organisation du caractère psychosomatique à ... | 25 |
| 1. Langage psychique, langage somatique | 25 |
| 2. Difficulté d'accès au processus de traitement psychique des événements | 26 |
| 3. Le Moi-Idéal dans la psychosomatique de l'adulte | 27 |
| 4. La désorganisation progressive | 29 |
| B. ... La clinique du psychosomatique | 31 |
| 1. La névrose de comportement | 31 |
| 2. La dépression essentielle | 32 |
| 3. La pensée opératoire | 33 |

| | |
|--|----|
| 4. De fonction maternelle du thérapeute, à la psychanalyse | 36 |
| IV. Conclusion | 36 |
| Bibliographie | 39 |

I. Introduction

• Parcours médical au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Monsieur R.

Ce travail de recherche relate les éléments cliniques relevés chez Monsieur R. sur une période de trois mois allant de mars 2018 à juin 2018. Monsieur R. est un homme âgé de 58 ans, il est arrivé au CHU en urgence le 25 novembre 2017 suite à un syndrome coronarien aigu pris en charge dans un autre CHU. Le 25 novembre, la coronarographie s'est compliquée d'une dissection de l'artère coronaire droite et de l'aorte, de ce fait il a été transféré en urgence et pris en charge au CHU au sein duquel je réalisais mon second stage de Master 2. Arrivé au CHU, les chirurgiens ont effectué un pontage de l'artère coronaire droite, un pontage de l'artère IVP, et un remplacement du sinus coronaire droit, mais l'intervention s'est compliquée par un choc hémorragique majeur et une défaillance ventriculaire droite nécessitant la pose d'une Extra-Corporelle Membrane Oxygenation (ECMO) servant d'assistance circulatoire pour maintenir le malade en vie. On lui a administré de la dobutamine, noradrénaline et adrénaline. Le patient est resté au Service de Réanimation Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (CTVC) jusqu'au 4 décembre 2017. Ensuite, il a été transféré au service de Réanimation Polyvalente à la suite d'une Pneumonie Acquisée sous Ventilation le 30 décembre et à l'Unité de Soins Intensifs le 2 février 2018 pour effectuer le sevrage ventriculaire sous trachéotomie (posée suite à la neuromyopathie de réanimation). Le 9 février 2018, le patient a présenté une médiastinite avec une hémoculture de staphylocoque (infection rare du médiastin, espace se situant entre le thorax et les deux poumons), il a subi une ouverture sternale le 15 février ainsi qu'un lavage et un drainage. Le 22 février, le patient a été réveillé et extubé dans la matinée, Monsieur R. était capable de décoller les coudes et les chevilles nettement du lit, il a ensuite été transféré en Réanimation Polyvalente pour la suite de la prise en charge. Quatre jours plus tard, il a été transféré dans le service de Chirurgie Thoracique et Cardiologie Vasculaire, la seule demande qu'il a émise a été d'avoir une chambre individuelle et de rencontrer le psychologue.

Les antécédents médicaux du patient auxquels nous avons pu avoir accès sont les suivants : tabagisme actif ; Hyper Tension Artérielle (HTA) ; exogénose chronique ; apnée du sommeil ; dyslipidémie (anomalie quantité et qualité des lipides) ; cardiopathie ischémique et pose de stent en 2014 ; tuberculose pulmonaire en 2015 ; syndrome dépressif.

Les antécédents chirurgicaux sont les suivants : sleeve gastrectomie (2003) ; cure hernie discale et canal lombaire étroit (2015) ; double pontage coronarien sur la coronaire droite et plastie sinus coronaire droit, le 25 novembre 2017 (réalisés au CHU)

Au sein de ce stage, je me suis positionnée en tant qu'observatrice pendant un mois. Je ressentais la nécessité de me familiariser à la fois avec les différentes pathologies rencontrées, les termes techniques médicaux, le fonctionnement institutionnel et la place qu'occupait le psychologue. Ainsi, j'ai commencé à réaliser des entretiens, seule, à partir du mois de mars. Monsieur R., fut l'un de mes premiers suivis.

• **L'institution**

Le Centre Hospitalier Universitaire, surnommé aussi « l'Hôpital Nord » a ouvert ses portes en janvier 1984. Le nom de Guillaume et René Théophile L. lui a été attribué en l'honneur de l'inventeur du stéthoscope et son oncle Guillaume, médecin-chef, professeur puis directeur de l'école de médecine, il contribua à la formation de son neveu. Ce CHU compte 489 lits et places de court-séjours, médicaux et chirurgicaux, implanté sur 49 hectares, cet établissement a une forme cruciforme, il constitue le second site médico-chirurgical du CHU. Les domaines d'expertises dont il est constitué sont les suivants : Centre de compétences cardiopathies ; Centre de compétences épilepsies rares et sclérose tubéreuse de Bourneville ; Centre de référence de la mucoviscidose adultes ; Soins palliatifs mobiles et fixes.

• **Qui est Monsieur R. ?**

Le 13 mars 2018, le secrétariat contacte le bureau du psychologue pour indiquer la demande de consultation émanant d'un homme âgé de 58 ans sortant de trois mois de COMA « *il ne se sent pas bien, ressent le besoin de discuter sur ce qui s'est passé* ». Je me suis rendue dans le service de CTCV, laissant de côté le dossier médical du patient. Monsieur R. m'a reçu en caleçon, il avait les jambes pliées sur le lit, ses mains n'ont pas quitté ses cheveux de tout l'entretien, il se les caressait et des peaux mortes tombaient sur lui, sa peau était très sèche et son teint gris.

Ses premiers mots ont été les suivants : « Écoutez, j'ai été opéré neuf fois, dont cinq chirurgies à cœur ouvert, j'ai fait trois mois de COMA et je me sens physiquement et psychologiquement faible ». Monsieur R. s'exprimait aisément, il n'avait aucune difficulté d'élocution, ses mots étaient manifestement choisis et directs, il expliquait sa situation de manière

très factuelle. Il était difficile de ressentir de l'émotion dans son discours, si ce n'était, un agacement d'être ici et d'avoir « loupé trois mois de vie » dont il ne se souvenait pas. Je lui ai demandé de revenir sur son histoire de vie. L'entretien a duré plus d'une heure, il m'a été difficile d'y mettre fin, Monsieur R. était volubile. Cliniquement nous aurions pu penser à un état de stress post-traumatique, accompagnée d'une sidération psychique au niveau de l'expression des affects. Monsieur R. s'est focalisé sur son passé, sur la période où il se qualifiait peut-être comme un « héros moderne » lorsqu'il faisait partie de l'armée en tant qu'expatrié import/export en Afrique. Il a longuement été considéré et apprécié dans son travail : « on est des Dieux, on nous veut partout et puis on vieillit et on nous envoie se faire buter ». En 2012, sa hiérarchie aurait cherché à le faire démissionner en le plaçant sur une mission « suicide » en Afrique, Monsieur R. devait relancer une entreprise d'imports/exports en faillite. Il évoqua rapidement les inquiétudes de sa femme quant à ses capacités sexuelles à la suite du coma, puis s'est repris et n'en a jamais reparlé. Il a également évoqué des inquiétudes concernant la succession de son héritage, car son second mariage ayant été réalisé au Bénin n'était pas valide en France. Monsieur R. a précisé qu'il avait beaucoup d'argent de côté, et encore plus depuis qu'il avait remporté le procès contre l'entreprise dans laquelle il était déclaré en invalidité pour lombalgies, ce depuis 2013, « ils voulaient que je sois responsable de l'état de l'entreprise que je devais relancer, ils voulaient mettre tout le monde en dépression, j'ai un collègue qui s'est suicidé, moi j'ai gagné et je gagne plus de 7 000 euros par mois ». Progressivement dans l'entretien, Monsieur R., a tenu à éclairer sa situation matrimoniale. Arrivé en Afrique dans les années 80', il vivait sur le continent avec sa première femme, ils eurent deux enfants le premier en 1982 et le second en 1988. En 1997, sa hiérarchie lui ordonna une mission au Mali, le pays étant en conflit à cette époque, ils avaient décidé d'un commun accord avec sa femme, qu'elle rentrerait en France avec leurs deux enfants. Une fois rentrée en France, sa femme demanda le divorce, et Monsieur R., n'eut plus aucun contact avec sa famille pendant quatre ans : « je me suis mis de côté, j'ai pas cherché à m'imposer, elle était en France, elle avait réussi à monter tout le monde, même mon frère ». Son ex-femme lui aurait fait une réputation, de « lâche », « minable », « alcoolique, » et « homme à femme », auprès de ses proches. Sans aucune relance de notre part, Monsieur R. approuvait ses excès d'alcool et de tabac, il semblait « amusé » de cette période de sa vie « no-limit ». Quelques temps plus tard, il rencontra sa seconde femme au Bénin, ils se marièrent et eurent deux enfants, une fille (2003) et un garçon (2006). Sa seconde femme est âgée de 17 ans de moins que Monsieur R., elle exerçait le mannequinat à Abidjan et tenait une boutique d'accessoires de mode. Aujourd'hui elle travaille comme vendeuse dans une boutique de prêt à porter. Pour Monsieur R. c'est une manière de montrer à la société que ce n'est pas, je cite : « une

noire comme les autres, qui sort avec quelqu'un de plus vieux pour son argent vous-voyez ? ». Il considère ce salaire que Madame R. se dégage « d'argent de poche » ; « elle peut l'envoyer à sa famille, à ses soeurs, je ne regarde rien c'est tout pour elle » ; « je lui ai acheté une voiture, une grosse Mercedes qui est à son nom » puis il poursuit « quant elle me voit comme ça, elle se dit que je vais les laisser et mourir, je dois vraiment régler les papiers ». Il se demandait si sa femme ne devait pas arrêter de travailler pour qu'ils puissent profiter pleinement à deux, car si sa vie s'arrêtait cela serait trop tard. Monsieur R. n'a pas eu peur de prononcer le mot « mort » à plusieurs reprises. En raison de l'absence d'affect manifeste, nous nous questionnons sur le sens de ce mot pour Monsieur R. Son discours était assez fluide, ses questionnements manifestaient de sa part une envie de se projeter dans les jours à venir, avec un sentiment de « derniers jours » plus que celui d'un temps perdu à rattraper, que nous aurions pu lier au temps du coma. En fin d'entretien, il a évoqué le retour de son fils aîné vers son père, lui avouant qu'il n'avait jamais cru totalement le discours de sa mère envers ce dernier. Puis il poursuivit en maintenant un sourire, sur le rôle de son second fils, dans la présentation de ses enfants issus de sa seconde union à leur grand-mère (mère de Monsieur R.). Il fit le lien suivant « finalement c'est toujours mes gars qui ont rétabli la situation pour moi, ils m'ont toujours défendu, c'est ça la famille, on a le sang fort chez nous ». À la fin de ce premier entretien, nous constatons la place des hommes, et notamment de l'aîné, dans la famille de Monsieur R., cette position semblait être traditionnellement imposée par la famille. Une position que l'on devait remplir et se transmettre de père en fils, dont Monsieur R. semblait fier. Tentant de mettre fin à l'entretien, nous avons souhaité revenir sur le moment présent et les sentiments actuels et sensations corporelles vécues, à savoir comment se sentait-il aujourd'hui. Monsieur R., a associé cette question à un événement marquant pour lui. La semaine précédant l'entretien, Monsieur R., et son frère étaient descendus à la cafétéria. Ce trajet fut le premier trajet en dehors des services du CHU depuis son accident cardio-vasculaire, « je me suis retrouvé dans le monde des vivants, c'est ça que je veux aujourd'hui ». Monsieur R. se situait donc dans l'attente d'un rétablissement physique afin de poursuivre sa prise en charge dans un service de convalescence. L'entretien prenant fin, Monsieur R., a rapidement évoqué des hallucinations perturbantes lors de son réveil, dans le service réanimation... Des hallucinations en lien avec son histoire de vie, ainsi nous avons fixé un rendez-vous la semaine suivante, afin d'approfondir ensemble la période faisant « trou » au sein de son psychisme, mais habitée par quelques souvenirs d'hallucinations.

• Choix et intérêt du cas

Nous nous sommes interrogés sur le fonctionnement psychique de Monsieur R., quels mécanismes de défenses mettait-t-il en avant ? Pourquoi Monsieur R. avait essentiellement parlé du passé en Afrique et jamais évoqué ses dernières années en France. Quel sens cela avait-il pour lui de chercher à mettre en avant sa place de « tout-puissant » au sein de son entreprise, du procès gagné, du salaire conséquent. Comment pouvait-il organiser et envisager sa mort sans angoisse manifeste dans le discours qu'il adressait. Les deux hallucinations évoquées seulement à la fin de l'entretien nous questionnaient également, qu'est-ce qu'elles permettaient de comprendre de Monsieur R. ? De plus, il ne manifestait aucune culpabilité d'avoir peut-être « laissé ses fils » pour faire sa vie en Afrique. Il se positionnait en tant que patriarche de sa famille, au sein de laquelle il allait rapidement devoir reprendre le contrôle. Mais comment pouvait-il nier cette situation que son corps lui infligeait depuis quelques années déjà ? Notamment depuis son retour en France, sa mise en invalidité et le décès de son père ? En quoi ces seconds traumatismes désorganisateur allaient-ils réveiller les angoisses archaïques et faire décompenser notre patient par la voie psychosomatique ?

• Méthodologie

Nous avons rencontré Monsieur R. à six reprises durant 3 mois. Les 3 premiers entretiens ont eu lieu à une semaine d'intervalle à la suite de son réveil de coma et ses multiples chirurgies. Puis, nous nous sommes revus à chaque fois que Monsieur R., revenait au CHU pour des **examens**, ou des complications en lien avec sa pathologie cardiaque. Le suivi était difficile, car les quinze premières minutes étaient investies de manières médicales, Monsieur R., avait le besoin d'expliquer corporellement et scientifiquement ce qui se passait dans son corps. Au fur et mesure son espoir de guérison s'affaissait, ses défenses archaïques se renforçaient et se manifestaient. Nous nous rendions dans les **différents** services, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, réanimation polyvalente, unité de soins intensifs...

Nous avons ainsi dressé le profil personnel/médical de Monsieur R., et son anamnèse. À présent, il s'agit de présenter le matériel clinique recueilli tout au long du suivi psychologique. Ainsi, s'interroger sur les éléments relevés qui viennent questionner la théorie.

II. Présentation des données cliniques observées, vécu de la rencontre et questionnement de la problématique observée

La présentation du matériel clinique, suit la chronologie des interventions au près de Monsieur R. Les événements ne suivent donc pas une logique temporelle mais une logique liée aux dévoilements lors des entretiens. Le premier entretien s'est réalisé à la demande de Monsieur R., à la suite de son réveil du coma et de sa sortie des soins intensifs de réanimations. Le second entretien a eu lieu la semaine suivante en réanimation polyvalente, le troisième entretien a eu lieu le 27/03 en CTCV précédant l'entrée en convalescence, là où Monsieur R. est resté jusqu'au 9/04, date de notre 4ème rencontre. Le 23/05, le patient est revenu au CHU pour un pontage bouché et une infection du myocarde, nous nous sommes rencontrés une cinquième fois. Une opération a été réalisée le 29/05, nous nous sommes revus dans le service de réanimation CTCV (le lendemain de son extubation, monsieur R. n'était pas en mesure de parler). Notre dernier entretien a eu lieu le 13 juin 2018. Le suivi a été repris par la tutrice référente du stage.

A. Rupture et traumatisme

Nous allons évoquer ensemble les différentes ruptures vécues par Monsieur R., tout au long de son parcours de vie. L'ordre suit l'ordre dont Monsieur R. nous a fait part des événements.

1. Réveil du COMA

Le premier vécu de « rupture » évoqué par Monsieur R. a été ses trois mois de coma « oubliés », « disparus de lui », auxquels il n'avait plus accès. Les seuls souvenirs de ce moment « d'absence » étaient des hallucinations, des sensations corporelles inscrites en mémoire ainsi qu'une photographie rapportée par sa femme. Monsieur R. pensait avoir reçu la visite de son ex-femme. Elle serait venue au CHU car elle avait appris qu'il ne restait que quelques heures à vivre à Monsieur R. Lors d'une visite de son fils aîné, il l'interrogea sur la réalité des faits, tentant d'obtenir confirmation, pour Monsieur R. la réalité n'était plus qu'un mélange entre hallucinations et souvenirs. Il se sentait entre deux mondes. Dans son hallucination, son ex-femme était

représentée en triple, très grande et ne parlait pas. La seconde hallucination dont il nous fit part était un dîner de famille pour son anniversaire, toute sa famille avait fait l'effort de se réunir en son honneur. Cet épisode pouvait facilement faire écho au repas que Monsieur R. avait organisé pour son père, la veille de son décès. Cependant, Monsieur R. évoquait ces deux scènes de manière distinctes. La troisième hallucination fut davantage vécue de manière corporelle, il s'agissait d'une hallucination de persécution, avec la sensation qu'on allait venir le tuer. Monsieur R., a ressenti de la peur, une envie de partir, d'arracher les tuyaux qui le maintenaient en vie dans une incapacité de se battre, le laissant dans une extrême impuissance. À ce moment là, il ressentit l'envie de partir, et supplia la mort de venir à lui dans ses pensées les plus profondes. Fait qu'il avouera à sa mère puis qu'il déposera lors de notre quatrième entretien, à son retour de convalescence, comme un aveux.

2. L'avancée en âge, vulnérabilité, retour en France, premières manifestations somatiques

La seconde rupture évoquée par Monsieur R. fut son retour en France avec sa famille, à la suite de sa mise en invalidité. Cette mise de côté, a été pour Monsieur R., une trahison de la part de sa hiérarchie, une réelle blessure narcissique, réveillant des traumatismes antérieurs. Il s'est senti « poussé » ; « mis à la porte » en raison de son avancée en âge. Il fallait selon lui « laisser place aux petits nouveaux, aux carriéristes ». Les dernières années de travail de monsieur R. étaient pour lui des années où il tenait essentiellement sur les nerfs, il était responsable de 300 personnes en moyenne, gérait leurs missions et objectifs « on est des dieux, on vous veut partout, et puis on vieillit et on nous envoie se faire butter ». Il nommera sa dernière mission : « mission suicide » face à laquelle, il ne pouvait selon lui qu'échouer. Comment accepter ce sentiment d'injustice, cette vulnérabilité naissante en lien avec son avancée en âge, cette faille narcissique renforcée par la conduite de l'environnement extérieur devenant néfaste à son équilibre, car abandonnique. Monsieur R. n'a pas lâché et a réussi à maintenir un certain équilibre à la fois physique et psychique, jusqu'à ce que son corps « le lâche » en 2013. À son retour en France, Monsieur R. était pris d'insomnie, il a été suivi pour un syndrome dépressif. En 2014, il a déclaré sa première crise cardiaque, suivie d'une tuberculose, et suite au décès de son père, il a repris une consommation d'alcool et de tabac de manière excessive, qu'il avait réussi à mettre de côté en quittant l'Afrique.

3. Rupture familiale : régression au stade oral.

La troisième rupture abordée par Monsieur R. lors des entretiens, consistait en la séparation brutale d'avec sa famille (1997-2001). Monsieur R., associait toujours son ex-femme à des représentations négatives, « c'était une plante verte » ; « elle n'était pas méchante, mais elle se posait avec un livre dans un coin et c'était réglé » ; « elle était bien contente de rien avoir à faire à la maison ». Monsieur R. s'attribuait le départ de son ex-femme : « je l'ai poussée à me quitter avec mon comportement ». Il se décrivait comme quelqu'un de « fêtard », qui avait tendance à abuser « des bonnes choses de la vie ». Il ne manifestait aucun sentiment de honte ou de culpabilité à l'égard de sa conduite et de ce qu'avait pu ressentir son ex-femme et leurs garçons. Selon Monsieur R. son rôle de chef de famille était accompli. En 1997, suite à une intervention au Mali, et le retour en France de sa famille, Monsieur R. s'est retrouvé sans nouvelle de leur part durant quatre années. Seul son fils aîné avait décidé de reprendre contact avec son père en 2001, suivi de son second fils. On peut s'interroger sur les ressentis émotionnels de monsieur R. Pourquoi n'avait t-il pas cherché à communiquer avec sa famille ? À contacter ses garçons, sa famille ? Pourquoi avait t-il laissé les choses se dérouler ainsi ? Pour Monsieur R., seul, son père ne lui avait pas tourné le dos et n'avait pas écouté son ex- femme. Pourtant, à aucun moment Monsieur R., nous fit part d'une action de la part de son père ayant pu prendre sa défense, toutefois nous sentions à quel point cet homme avait une place de patriarche dans les représentations de Monsieur R. Ce positionnement interroge la réalisation de son complexe d'Oedipe, il nous semble installé, voire fixé à l'idéalisation primitive de l'image paternelle. Suite à cette période « d'abandon » ; « de vide » ; « de perte », Monsieur R. avait adopté une conduite auto-destructrice, abusant de mauvaises consommations : alimentaires, alcool, tabac, drogue, il ajoutait à cette liste « l'excès de femmes ». Nous pouvons penser à une régression au stade oral, visant une incorporation de l'objet afin de se sentir possesseur et retrouver un sentiment de toute puissance. Avec sa seconde famille, ils rentraient en France tous les ans et secrètement le père de Monsieur venait leur rendre visite, cette action de la part de son père peut être perçue symboliquement comme une réelle manifestation du lien entre Monsieur R. et son père ce qui expliquerait de ce fait l'idéalisation paternelle. Sa mère ne souhaitait pas les rencontrer, ni même en entendre parler. Monsieur R. garde en tête le discours qu'elle lui avait tenu lorsqu'il l'avait appelée pour lui annoncer la naissance de sa fille : « ce mélange de semences aurait mieux fait d'atterrir dans la poubelle ». Ce moment là, avait marqué une rupture dans sa relation d'avec sa mère. Monsieur R., avait décidé de la renier de sa vie. Cependant, nous constatons dans son

discours **une** difficulté d'accès à l'ambivalence marquée par une mère tantôt « bonne », tantôt « mauvaise ».

4. Traumatisme crânien à l'âge de 6 ans.

Lors du 4ème entretien, Monsieur R. fit un lien entre l'hospitalisation au sein du CHU et une hospitalisation vécue lorsqu'il était enfant, « J'aurais dû mourir à 6 ans, j'ai eu une fracture du crâne avec très peu de chance de survivre. J'étais entre la vie et la mort. Ma mère m'a surprotégé après ça, elle me lâchait plus, jusqu'à la naissance de mon frère. J'étais un vrai rebelle moi, un casse cou, à 16 ans, je suis parti faire l'armée, elle m'en a toujours voulu d'être parti, elle m'en veut encore ». Monsieur R., faisait très peu d'association **d'idées**, il nous semblait intéressant d'étudier davantage cette dernière. Aujourd'hui on lui donnait 75% de chance de survivre à une nouvelle intervention à coeur ouvert, cela faisait écho à ce moment de sa vie où on le disait « entre la vie et la mort » combat auquel il avait survécu. On peut percevoir également la position de cette mère entre le « trop d'amour » et le « trop peu » qu'elle délivre à son enfant. Une mère qui supposons-nous n'aurait pas permis à monsieur R. de développer sa propre individualité, de développer un objet interne assez sécuritaire. Monsieur R., avait des **difficultés** à accéder à l'ambivalence dans l'expression de ses sentiments, de ses relations. Tantôt il avait envie de prendre soin d'elle et nous parlait d'elle de manière positive, il appréciait ses appels quotidiens, tantôt il l'imaginait décéder sans verser aucune larme, centré sur des problématiques administratives. De quelle manière a pu être dépassé le conflit **œdipien** de ce jeune enfant de six ans hospitalisé et **surprotégé**, au-dessus duquel régnait une « épée Damocles », renvoyée par son environnement. Selon Monsieur R., sa plus grande angoisse serait de vivre avec le sentiment d'avoir ses jours de comptés, « je n'ai pas peur de la mort pour être honnête, tant que je ne me réveille pas, si je meurs sur la table ça me va. Mais si on me dit dans six mois vous allez avoir un cancer des os, là ça serait vraiment différent, ça me ferait vraiment chier d'avoir mes jours de comptés ».

Dans un second temps, nous allons nourrir notre réflexion à travers des éléments cliniques retenus lors des entretiens en nous intéressant aux mécanismes de **défense** utilisés par monsieur R, tout au long de sa vie et notamment lors de ces événements « traumatiques », agissant comme éléments perturbateurs. Par quels moyens Monsieur R. parvenait-il de manière plus ou moins solide à maintenir une certaine homéostasie aussi temporaire soit-elle ?

B. À la recherche d'une homéostasie psychique

1. L'évitement, pour se protéger

Fils de militaire, pour Monsieur R. la solution lui ayant permis de « fuir » cette mère envahissante a été d'avoir pu intégrer l'armée dès son plus jeune âge, fait dont il soupçonne sa mère de lui en avoir beaucoup voulu, encore ce jour. Son frère avait suivi ce chemin, et son fils aîné s'était également engagé dans l'armée marine de France. Monsieur R., avait accepté le poste sur le continent Africain car il offrait un salaire important et des conditions de vie « luxueuses ». Sa famille ne manquait de rien et cela semblait être le principal. Au sein du récit de vie de Monsieur R., nous relevons différentes situations où il avait décidé de prendre la fuite face aux difficultés de la réalité. Par exemple, lorsqu'il évoquait le départ de sa première femme, accompagnée de ses deux fils, il justifiait les faits en s'appropriant la cause du départ « je l'ai poussée à me quitter » par sa conduite « irresponsable ». Sa conduite et ses réactions ne permettaient aucun échange verbal, tout était « dit » de manière indirecte, jusqu'à donner lieu à une demande de divorce. Face à cette demande, on retrouve l'évitement ou déni de la situation. Monsieur R., n'a pas cherché à rétablir de contact avec ses proches. Il a décidé de continuer sa vie en Afrique. Puis, cela a été au tour de sa sphère professionnel de rompre avec lui, en essayant de le mettre à la porte. Monsieur R. a été forcé de quitter le terrain déclenchant une invalidité au travail et un syndrome dépressif. Son corps qui tentait de le rappeler à l'ordre en provoquant des accès d'insomnies, de migraines, de nausées, des douleurs lombaires insoutenables, mais Monsieur R. n'avait jamais consulté. C'est seulement, une fois arrivé en France que toute son organisation psychosomatique l'abandonna, face à une réalité à laquelle il ne pouvait faire face.

2. L'insomnie, gardien du rêve

Monsieur R. se décrivait comme quelqu'un d'hyper-angoissé depuis toujours, « dès que j'ai mal quelque part, j'ai un cancer » ; « quand j'étais petit ma mère me retrouvait à l'autre bout du lit en sueur quand je dormais ». Son sommeil n'a jamais été équilibré, en Afrique il dormait très peu, à heures décalées (l'après midi, après le repas) « je faisais la bringue tous les soirs, on fumait, on buvait, on sortait ». Dormir 4/5 heures par nuit lui était suffisant. Il faisait également de la dyspnée du sommeil. À la clinique, il dormait très peu... les hallucinations de réanimation revenaient régulièrement hanter son esprit ainsi que les images souvenirs de son réveil de coma, « on est comme du bétail, aucune humanité, on nous range là en file, on nous parle pas... », il compare la

conduite des soignants de réanimation aux soignants d'établissements pour personnes âgées dépendantes aperçus dans des documentaires télévisés « jamais, j'irai en maison de retraite, je préfère mourir, comme ma mère, jamais je pourrais la laisser là-dedans ». Après son réveil, Monsieur R. était souvent en proie à des crises de migraines et des insomnies. Selon la clinique de Pierre Marty (1980), la crise migraineuse apparaît au moment où il s'agit d'interrompre défensivement la chaîne associative à l'instant où celle-ci pourrait réveiller le conflit latent de façon dangereuse pour le « Moi ». Ainsi la migraine troublerait donc l'accession au conscient de pensées belliqueuses, de la même façon que le réveil arrête ou supprime l'élaboration onirique au moment où celle-ci risque de devenir gênant, on dit que « le sommeil demeure le gardien du rêve ».

3. Une régression au stade oral

Lors que Monsieur R. est arrivé en Afrique, son statut économique et social faisait de lui et de sa famille des expatriés « riches », ils pouvaient s'offrir tout ce dont ils rêvaient d'un point de vue matériel. Période, où les excès, les sur-consommations ont commencé à s'installer. Déjà consommateur d'alcool et de tabac, ses consommations ne rencontraient plus aucune limite. Monsieur R., peut-on dire, détournait toutes frustrations. Lorsque sa famille est rentrée en France, on peut penser que Monsieur R. a manifesté une régression au stade oral au sens Freudien, il se servait de l'alcool, du tabac, de l'alimentation, du sexe dans le but de retrouver un sentiment de toute-puissance perdu, combler un vide interne, allant jusqu'à la nécessité d'une pose de « sleeve gastrique » et déclenchant une exogénose chronique. Ces deux faits médicaux nous ont été dévoilés lors de son retour de convalescence. Selon Bergeret (2012), le but pulsionnel au stade oral est double. On y trouve la stimulation agréable de la zone érogène buccale (un plaisir auto-érotique pour contrer les frustrations). Lorsque le petit enfant n'a pas encore la conscience d'un monde extérieur différencié de lui, on parle d'un état « anobjectal », d'indifférenciation du Moi/non-Moi. L'enfant porte à sa bouche tout ce qui l'intéresse et le plaisir d'avoir, se confond avec le plaisir d'être. Le stade oral tardif apparaît entre 6 et 12 mois selon Freud, ou stade sadique-oral où prédominent les pulsions « cannibaliques » marqué par l'apparition des dents, la morsure, le mordillement des objets (seins maternels d'abord). A cette époque que l'enfant réponde à une frustration en mordant pour prendre sa revanche ou exprimer une pulsion agressive en soi le résultat est le même : l'incorporation toujours en jeu, est devenue sadique, « destructrice » l'objet incorporé est vécu comme attaqué, mutilé, rejeté. La période du sevrage est indissociable du maternage dont Lacan a souligné la dimension culturelle. Le sevrage est souvent « traumatisme » au sens courant et restrictif dans le sens où il est vécu comme une conséquence de l'agression, comme une punition

« talionique » sur le mode de la frustration. Cette image du sevrage laisse une trace permanente dans le psychisme humain de la relation primordiale à laquelle il vient mettre fin. Finalement dans une conduite excessive, il n'y a ni sevrage, ni limite, ni frustration. Monsieur R. retrouve un état de toute-puissance, où il incorpore les objets, se les approprie dans le but de répondre manifestement à une ou plusieurs frustrations accumulées et non traitées psychiquement.

4. L'utilisation de mécanismes de défenses primitifs

Nous pouvons repérer différents mécanismes de défenses primaires au sein du fonctionnement de Monsieur R. nous laissant penser à la rencontre de possibles difficultés lors de son développement psycho-affectif. Nous allons évoquer des éléments cliniques, témoignant des défenses primitives utilisées par Monsieur R.

Monsieur R., utilise le clivage de l'objet ce mécanisme est décrit par M. Klein (1967) , elle le considère comme le plus primitif envers l'angoisse, l'objet, visé par les pulsions érotiques et destructives est scindé en un « bon » et un « mauvais » objet qui auront alors des destins, relativement indépendants dans le jeu des introjections et projections. Le clivage de l'objet est particulièrement à l'oeuvre dans la positions schizo-paranoïde où il porte sur des objets partiels. Il se retrouve dans la position dépressive où il porte alors sur l'objet total. Ces deux positions sont accessibles et retravaillées par l'adulte. En effet, à plusieurs reprises nous pouvons constater un clivage de l'objet chez Monsieur R. marqué par l'ambivalence de ses sentiments : « présence simultanée dans la relation à un même objet, de tendances, d'attitudes, de sentiments opposés, par excellence l'amour et la haine » (Laplanche et Pontalis, 2017 p.19) ne semble pas acquise, de ce fait il utilise le clivage au sein de ses relations, l'objet est soit « bon » soit « mauvais ». Nous le constatons notamment dans la relation avec sa mère définie précédemment, tantôt apparaissant comme une mère dont il faut prendre soin, tantôt reniée de la vie de Monsieur R.

L'idéalisation primitive est également présente dans le discours de Monsieur R., le rôle défensif de l'idéalisation a été souligné par de nombreux auteurs, notamment Mélanie Klein. Pour cet auteur, l'idéalisation de l'objet serait essentiellement une défense contre les pulsions destructrices. En ce sens, l'idéalisation primitive serait corrélative d'un clivage poussé à l'extrême entre un « bon » objet idéalisé, pourvu de toutes les qualités et un « mauvais » objet dont les traits de persécution sont également porté aux paroxysme. Au sein du récit de Monsieur R., nous retrouvons davantage d'éléments cliniques laissant penser à une idéalisation de l'imgo paternel « il ne m'a jamais tourné le dos, il savait » ; « je suis comme mon père, solide, c'est dans le sang » ; « il avait un bon hygiène de vie lui, il court tous les jours, il fume pas enfin il courrait encore à la fin ... ». En quoi ce père,

qui semblait pourtant absent du quotidien de Monsieur R. était-il représenté comme une personne exemplaire, sans faille, dont il semblait fier et auquel il souhaitait se substituer « c'est à moi maintenant, je vais reprendre ma place de maître de la maison, de patriarche, de mari, je vais m'occuper de tout ça en rentrant ». De plus notons, l'introjection lors de la seconde hallucination rapportée par Monsieur R., du repas famille organisé en son honneur, comme lui l'avait fait pour son père quelques années avant. L'identification projective est également présente au sein de la clinique de Monsieur R., elle consiste à projeter des éléments de « Soi » dans l'autre pour s'y reconnaître, mécanisme de défense devenant pathologique lorsqu'il consiste à prendre possession de cet objet dans une tentative de contrôle et d'annihilation de cet objet dont les caractéristiques propres sont alors niées. Elle devient pathologique lorsqu'elle n'est plus transitoire mais un moyen de dénier la réalité. On peut relier ce mécanisme de défense avec la relation entretenue entre Monsieur R. et son ex-femme, tendant à projeter un contenu mental perturbant sur l'autre (en l'occurrence son ex-femme), pour en prendre possession ou la dégrader, « elle était bien contente de n'avoir rien à faire à la maison » ; « elle n'était pas méchante, mais ne servait à rien ». Comment interpréter ces messages de son inconscient laissant son ex-femme apparaître dans ses hallucinations de réanimations à la fois immense et triplée. Monsieur R. tenait un récit très factuel et actuel, les entretiens démarraient généralement, et de manière défensive avec un « bilan médical » de son état physique. Il parlait très peu de ses ressentis et de ses émotions. Toutefois il lui arrivait de dire qu'il était inquiet, seulement pour les autres : ses enfants, sa femme, ses proches. Il voulait prévoir en quelques sortes son décès, et faire en sorte que les affaires juridiques soient en ordre. Lors de notre première rencontre, il donnait le sentiment d'attendre une « méthode » pour « comment faire lorsqu'on se réveille d'un coma de trois mois ? ». En allant plus loin dans la réflexion, nous pourrions penser que Monsieur R., cherchait inconsciemment « de quoi ai-je droit de parler et penser ? » en référence aux travaux de Pierre Marty que nous allons évoquer ultérieurement. Au sein de son récit, les associations d'idées étaient pauvres et peu nombreuses, il semblait à distance de tout ce qu'il avait vécu. Les événements étaient dénués d'affect, sauf quelques accès de colère envers le corps médical suite à sa première intervention « ces connards, si j'en suis là c'est de leur faute... » et lorsqu'il transmet le discours de sa mère sur la naissance de sa fille. Nous pouvions avoir l'impression de vivre de manière plus intense que Monsieur R. lui-même l'événement, il suscitait de l'émotion chez l'autre. Était-ce un moyen d'identification projective sur le thérapeute, en tentant de se débarrasser de ces affects insoutenables et les faire apparaître chez l'autre ? Toutefois, lors du dernier entretien, dont il savait être le dernier, Monsieur R., nous semblait davantage conscient d'un possible lien entre son mode de vie passé et son état de santé actuel :

« j'en paie les conséquences » ; « j'avais une vie sans limite », sans évoquer pour autant un sentiment de culpabilité ou de honte. Toutefois ces constats restent considérables et marquent l'avancée du suivi thérapeutique, notant l'expression d'une introspection de la part de Monsieur R. L'accès à la culpabilité exprime une tension entre le « Moi » et le « Surmoi » à partir de la transgression effective ou fantasmée d'un interdit, la honte signe plutôt une situation de tension entre le « Moi » et « l'Idéal du Moi ». En ce sens, nous comprenons en quoi l'accès à ces deux affects semblent difficile pour Monsieur R., dont le « Surmoi » n'est pas établi et l'Idéal du Moi semble régner.

Ces mécanismes de défense laissent à penser un aménagement de type « limite » au sein de la personnalité Monsieur R. établi à travers l'utilisation de défenses moins élaborés, moins efficaces et moins coûteuses en contre-investissement que le refoulement, que l'on retrouve dans les organisations névrotiques.

C. Organisation de départ : tronc commun des états limites

Le « Moi » de Monsieur R. aurait dépassé sans de trop grande frustration ni de trop importantes fixations le moment où les relations précoces d'avec sa mère auraient pu opérer une pré-organisation de type psychotique. Ce « Moi » aurait donc suivi un chemin vers l'Oedipe sans trop de dommages, quand subitement, au moment du début de l'Oedipe, la situation triangulaire et génitale n'aurait pu être abordée dans des conditions normales.

1. Tronc commun des états limites selon J. Bergeret

Le « Moi » de Monsieur R., aurait donc continué son chemin vers l'Oedipe, et au moment d'accéder à la triangulation et aux relations d'objets génitales, un fait de réalité aurait été ressenti par Monsieur R. comme une frustration très vive, un risque de perte d'objet nommé « le traumatisme psychique précoce » (J. Bergeret, 2012, p. 138). Monsieur R., aurait été confronté à une situation Oedipienne à laquelle il n'était pas préparé (trop brutalement, trop massivement, trop précocement), on peut penser au vu de l'histoire de vie de Monsieur R., à une mère trop présente, qui aurait totalement empêché la mise en place d'une tierce personne (le père) et aurait désinvesti son fils lors de l'arrivée de son second enfant. Monsieur R., se serait ainsi retrouvé devant la

nécessité de faire appel à des mécanismes de défenses archaïques plus couteux pour son « Moi » tel que : le déni, le clivage, l'identification projective, l'idéalisation primitive... (ndlr : vus précédemment). Ce premier traumatisme, serait ainsi perçu comme le premier désorganisateur, avec pour effet immédiat de stopper l'évolution libidinale du sujet. Ce blocage évolutif de la maturité affective du « Moi » au moment où celle-ci n'est pas différenciée sexuellement constitue « le tronc commun » des états limites, une situation « aménagée » mais non fixée ; une organisation au statut provisoire (même si ce type d'aménagement peut se prolonger longtemps sans connaître de modifications).

Le but étant de demeurer à égal distance des deux grandes structures : névrotique et psychotique. La relation d'objet demeure sur la dépendance « anaclitique » à l'égard de l'autre ; le danger immédiat contre lequel tous les sujets états limites lutte, est avant tout la dépression.

2. Le « Moi » anaclitique, la relation d'objet anaclitique

Le noyau même du « Moi » n'est pas touché par cette défense, il se déforme et opère sur deux registres différents. Le registre adaptatif qui vise une adaptation à la réalité extérieure et l'autre sur un registre anaclitique dès qu'une menace de perte d'objet apparaît, dans le but d'éviter les menaces d'éclatement. Ainsi le sujet est dépendant des variations de la réalité extérieure et de la position des objets à son égard. Ces états se contentent d'être « aménagés », ils manifestent un immense besoin d'affection, se montrent séduisant, leur lutte contre la dépression les obligent à une incessante activité. Le « Moi » de l'état limite conserve dans ses fixations un regard encore tourné vers l'ancienne indistinction somatopsychique (P. Marty, M. de M'Uzan, C. David, 1963) pouvant faire partiellement retour à un moment particulièrement angoissant à ce mode archaïque d'expression, en utilisant alors la voie psychosomatique, le langage corporel. Dans la relation propre à l'état-limite, l'interlocuteur ne représente pas encore un parent œdipien, car son travail d'élaboration n'est pas encore assez avancé pour le permettre. Ainsi les frustrations se situant plus tardivement que chez le psychotique, dépendent à la fois de la mère et du père en tant que « grands » objets et non « sexués » insiste Jean Bergeret. L'objet est placé tour à tour comme l'objet grand/petit et persécuteur/persécuté. Dans la clinique, nous pouvons observer ce passage de persécuteur/persécuté à plusieurs reprises, à la fois dans la relation d'avec sa mère, à la fois bienveillante, maternante puis une mère persécutrice ; avec les médecins, tout-puissant, puis objet

d'agression, de critiques ; avec son père à la fois grand, dans son idéalisation de l'imgo paternel et petit face à une mère dure.

3. L'angoisse dépressive du sujet d'organisation état limite

L'angoisse principale chez l'état limite est une angoisse de perte d'objet, car sans l'objet, l'anaclitique tombe dans la « dépression », s'il redoute les dangers de l'intrusion dans la trop grande proximité, il ne peut se résoudre à demeurer seul ; c'est pourquoi il recherche le groupe pour s'y sentir rassuré, comme l'armée pour Monsieur R., et le sentiment d'appartenir à une si grande organisation, « une communauté de frères ». Le Surmoi de l'état limite demeure encore imparfait, ainsi c'est l'Idéal du Moi (le substitue du Moi-Idéal) qui se comporte en pôle organisateur de la personnalité. À la période du début de l'Œdipe on assiste à une congélation de l'évolution libidinale sur les positions de la partie la plus élaborée (fixations pré-génitales). Tous les sujets organisés à partir du tronc commun des états-limites, n'en sont pas au même degré d'acquis oedipien, tout dépend de l'impact du traumatisme, de l'intensité de l'affect, du degré de maturité au moment du traumatismes (et des moyens dont disposaient le « Moi » pour y faire face). Ainsi l'idéal du Moi, bien plus archaïque que le Surmoi rend les sujets incomplets, fragiles, et imparfaits dans leur organisation. On retrouve des ambitions héroïques, démesurées pour conserver la présence de l'objet. Cet apport théorique se lie aux ambitions démesurées et héroïques dont nous faisait part Monsieur R., tout d'abord son poste à l'armée dont il ne pouvait envisager la perte malgré les alertes données par son corps « je vivais sur les nerfs » ; lors des suivis, il rapportait que le kinésithérapeute avait bien dû voir qu'il allait devoir le ralentir, un sujet qui cherchait toujours à obtenir plus de lui même sans se rendre compte de ses limites et des risques encourus ; lors du dernier entretien Monsieur R., exprimait sa volonté de partir en voyage au Costa Rica avec sa femme, de faire du cheval au Portugal avec son frère, « dès sa sortie de la clinique ». Monsieur R., ne pouvait manifestement pas intégrer la période de convalescence qui lui semblait nécessaire à une récupération tant physique que psychique. Chez les sujets dont le Surmoi n'est pas assez bien structuré, du fait de difficultés à réaliser leur œdipe, se trouve une intolérance aux contradictions ou incertitudes. À travers cette faiblesse du Moi, la représentation mentale, l'expression verbale en passe par l'action. Le sujet va réussir à communiquer sous la nécessité de l'action, plus facile que l'expression, la verbalisation, l'élaboration de fantasmes, d'idées.

4. La décompensation psychosomatique

Nous supposons une décompensation par la voie psychosomatique chez Monsieur R. déclenchée non pas par un second traumatisme psychique désorganisateur mais plusieurs micro-traumatismes rapprochés dont la somme des effets correspond à un traumatisme unique, agissant progressivement au sein de son psychisme. À cela nous associons à la fois son traumatisme crânien à l'âge de six ans suivi par le désinvestissement brutal de la mère et l'absence du père puis son départ pour l'armée, donnant lieu au retour de sa première femme et ses enfants en France, l'absence de nouvelle de ces derniers et sa famille lui tournant le dos, enfin sa pré-retraite souhaitée par ses supérieurs, donnant lieu à sa mise en invalidité, son retour en France, et le décès de son père. Pierre Marty parle d'une désorganisation progressive de l'équilibre psychosomatique du sujet. Ces traumatismes peuvent être causés par une cause extérieure, comme un deuil, un mariage, un/des bouleversement(s) sociaux, un/des accident(s) affectifs/corporels. Ils réveillent le vécu intime d'une ancienne frustration narcissique pré-dépressive correspondant au premier traumatisme désorganisateur « précoce » évité jusque-là. Devant un tel excès de surcharge pulsionnelle engendrée par la situation traumatique, l'aménagement provisoire de Monsieur R., s'est trouvé bouleversé et ses défenses sont devenues progressivement impuissantes, ainsi l'angoisse s'écoulait librement sur le registre conscient, sans aucun traitement. C'est à cet instant de vie que le sujet « limite » se doit de trouver un système de défense efficace afin d'éviter la mort, soit par suicide, soit par passage à l'acte ou à la suite d'un quelconque collapsus favorisé par une faiblesse organique localisée sur un organe. Monsieur R. pouvait utiliser différentes voies pour traiter la surcharge pulsionnelle, en passant par la voie névrotique, la voie psychotique ou la voie psychosomatique.

Ainsi en suivant la clinique de Monsieur R., sujet pour les qui les manifestations mentales se trouvent désinvesties, autonomisées, au profit d'un mode de régression à la fois somatique et psychique, nous nous sommes intéresser aux traitements pulsionnels par la voie somatique. Cette réflexion, nous a conduit au questionnement suivant : ***Chez un sujet d'organisation « limite », de quelles manières les événements marquants peuvent-ils engendrer une désorganisation progressive, accédant à une décompensation psychosomatique ?***

III. Clinique et théorie

A. De l'organisation du caractère psychosomatique à ...

1. Langage psychique, langage somatique

L'économie psychosomatique correspond chez les états limites à un mode de transformation de la libido objectale en libido narcissique, toutefois la régression somatique étant plus poussée, transforme le langage psychique en langage somatique. Ce qui marque le caractère psychosomatique c'est le mode de fonctionnement mécanisé de la pensée, la rationalisation des comportements, le peu d'impact des affects, la grande habileté des sujets à se montrer comme ne vivant pas d'émotions tout en créant chez l'autre de véritables émotions, « l'auditeur voit devant lui le narrateur en action d'une histoire dramatique vécue sans drame pour le sujet lui même » (J. Bergeret, 2012, p.225). Le psychologue se sent impliqué, comme s'il était sujet lui même de l'événement rapporté. Sentiment que nous avons ressenti dès le premier entretien avec Monsieur R., dû à sa capacité de mise à distance des événements vécus, ce qui a engendré rapidement une identification allant du psychologue au patient et non l'inverse. Le sujet « caractère psychosomatique » fait preuve d'un mode d'adaptation très solide à la réalité, souvent considéré comme « sage et équilibré », il n'attache pas beaucoup d'importance aux problèmes d'ordre affectif, ce qui peut laisser penser à un état de sidération post-traumatique. Ce sont des sujets ayant peu de fantasmes, des rêves peu élaborés, leur expression verbale est desséchée avec un langage employé essentiellement dans le sens fonctionnel, l'expression est pragmatique, instrumentale. La pulsion de mort n'est pas liée, elle reste à l'intérieur du sujet, le masochisme érogène primaire/secondaire est défaillant et ne remplit pas sa fonction, qui s'exprime par la menace d'une certaine désorganisation du Moi. Selon J. Bergeret (2012), Michel Fain et Pierre Marty (1964) se réfèrent tout deux à la seconde phase du stade anal de Karl Abraham pour concevoir un érotisme lié à la rétention de l'objet à l'intérieur du corps et ne pouvant trouver sa pleine expression. Ainsi, le sujet passe de la pulsion à l'instinct, par un processus de « dépulsiionnalisation » car le degré d'intrication pulsionnelle n'est pas maintenu. Il s'agit d'une transformation en instinct composée d'une haute tension et destructivité augmentée marquant l'aspect essentiel de la somatisation (B. Rosenberg, 1998). Si l'unité et l'organisation du Moi s'affaiblissent et se relâchent alors cela produit des effets

en aval et en amont. En aval, le Moi ressent le danger de perdre son organisation, mobilise la libido objectale en un retour narcissique et ainsi affaiblit le masochisme objectal prédisposant le sujet à la dépression essentielle. Le « Moi » se sent en danger, car un ancien traumatisme a prédisposé le sujet à une difficulté voire une incapacité à répondre à de nouveaux traumatismes. Le sujet dispose de deux options face à un événement désorganisateur, soit il se sert de la régression pour renforcer son narcissisme et entamer un processus de réorganisation, soit le mouvement défensif échoue et marque une désorganisation continue ainsi qu'une régression narcissique défailante ouvrant à la voie de la somatisation. Monsieur R., aurait possiblement tenté une régression dans le but de renforcer son narcissisme et d'entamer une réorganisation, mais face à l'échec de ce mouvement défensif suite aux nouveaux événements désorganisateurs, l'usage de la voie psychosomatique s'est progressivement ouverte.

2. Difficulté d'accès au processus de traitement psychique des événements

Le « Moi » doit assurer un rôle de protecteur contre les excitations qui selon les cas transforme la libido ou au contraire renforce les instincts de mort (M. Fain, 1963). De manière générale, avant que le « Moi » de l'enfant remplisse cette fonction pare-excitant c'est la mère ou son substitut qui l'assure. Cette fonction conditionne ainsi le développement intérieur de l'enfant, ayant un rôle considérable sur la fonction et la qualité du pré-conscient du sujet (Nicolaidis, 2003, p.114). Le pare-excitation offert par la mère doit permettre un bon équilibre. Grâce aux investissements et désinvestissements pour laisser s'instaurer : un auto-érotisme ; l'hallucination du désir et la représentation paternelle. Leurs rêves sont composés de la banalité du quotidien, et non d'événements chargés d'une haute teneur d'excitation. Selon la théorie Freudienne, au début du fonctionnement psychique, l'enfant est dans un état d'hallucination de la satisfaction qui présuppose un inconscient structuré. Pierre Marty, propose deux notions en deçà de la formation du « Ça », tout d'abord « la mosaïque primaire » et « l'inconscient parcellaire ». Ces deux concepts se lient par la suite aux deux topiques Freudiennes et décideront si le représentant de la pulsion connaîtra un destin névrotique ou psychotique selon les possibilités de mentalisation. Si le champ antérieur à l'hallucination de la satisfaction est mal géré du fait d'un accompagnement maternel affectif défailant, l'organisation mentale du sujet s'avère temporairement ou habituellement déficiente, avec le risque d'apparition de somatisation. Lorsque le sujet n'a pas accès au refoulement alors il y aura prévalence des mécanismes de défense définis précédemment : clivage, rejet, projection, déni,

renversement. Lorsque le « Moi » du sujet ne parvient pas à concilier les exigences du sujet, alors il se voit régresser à des fixations prégénitales, orales, anales, pouvant s'avérer pathologiques chez l'adulte. L'entrée en jeu du père est une expérience déterminante pour l'avenir mental de l'enfant. Si la « censure de l'amante » selon le modèle de M. Fain et D. Brainschweig, arrive trop tôt ou trop tard, celle-ci risque de se représenter comme une scène traumatique se répétant avec toutes les caractéristiques de perception et de non-représentation. Ce fonctionnement explique la pauvreté onirique de Monsieur R., adoptant un mode de pensée opératoire, « l'inconscient reçoit, mais il n'émet pas », on constate une difficulté d'émission des affects gelés ou de perceptions suffisamment investies, le Préconscient semble déstabilisé et accomplit mal son travail de base à savoir les liaisons représentations-affects/représentations-représentées. Selon P. Marty, l'une des raisons tendant à limiter le « Moi » pourrait provenir du fonctionnement du pré-conscient « plaque tournante de l'économie psychosomatique » (1990, p.39), ainsi le déplacement de la pulsion serait renforcé par la force perceptive de la pulsion, ce qui donne des déplacements utopiques et démesurés, comme le « Moi-Idéal », pôle autour duquel s'organise le caractère psychosomatique.

3. Le Moi-Idéal dans la psychosomatique de l'adulte

« Le Moi-Idéal témoigne d'une insuffisance évolutive partielle de l'appareil mental, il représente la démesure, sa présence peut être fondamentale ou apparaître seulement lors de désorganisations ou régressions psychiques » (P. Marty, 1990, p.47). Sur le plan mental, la première topique est mal assurée dans la névrose de comportement. Au niveau de la seconde topique, le « Surmoi » œdipien ne se trouve pas suffisamment constitué voire pas du tout. L'inconscient ne s'enrichit pas au fur et à mesure du développement de l'enfant, ainsi le symbolisme et le langage verbalisation sont réduits à leur plus bas niveau d'expression. De ce fait comme le témoigne Monsieur R., l'absence d'élaboration mentale à partir de l'inconscient et le manque de consistance des retours vers l'inconscient diminuent considérablement l'intérêt du sujet pour son passé comme l'aptitude à se projeter dans l'avenir, les intérêts dominants sont dans l'ici et maintenant et racontés de manière factuelle, marqué par le fonctionnement de la pensée opératoire. La création du Moi-Idéal serait ainsi un passage obligatoire au sein du développement du « Moi » et manifestement une réelle fixation pour Monsieur R. Selon P. Marty et M. Fain (1954) « l'adaptation motrice à l'objet tire l'essentielle de ses racines au stade anal », les exigences du Moi-Idéal seraient liées à l'acte moteur, ainsi tout ce qui viendrait toucher l'enfant dans son sentiment d'expansion illimitée, lié à l'activité

corporelle serait une blessure narcissique tendant à montrer au sujet sa vulnérabilité. N'est pas ce que l'on retrouve dans l'histoire de vie de Monsieur R. ? Suite à son avancée en âge, son corps et son environnement à la fois familial et social, le renvoient à la baisse de ses capacités physiques impactant indirectement son psychisme. La diminution de ses capacités physiques lors de ses dernières interventions en Afrique ne semble pas avoir été pensée par Monsieur R., jusqu'à ce que ces dernières se manifestent sous une forme aiguë de douleurs lombaires nécessitant sa mise en invalidité. Le fait que sa hiérarchie lui suggère de quitter son poste et de rentrer en France représente également une blessure narcissique pour Monsieur R., indirectement ses supérieurs lui communiquait qu'il n'était plus l'homme qu'il avait été, qu'il devait céder sa place de lui-même. Mais partir de soi-même signifiait pour Monsieur R., en comprendre les raisons et s'avouer plus faible. Comment Monsieur R., qui avait réussi à mener une vie sans de trop grandes frustrations et de limites pouvait-il accepter ces remarques et intégrer l'enjeu de son propre vieillissement ? Sa vulnérabilité s'imposait à lui, se manifestant aux yeux de tous. Au CHU, Monsieur R., ne pouvait plus faire semblant, son corps était devenu un moyen d'expression qu'il ne pouvait pas faire « taire ». Nous comprenions davantage le sens de son discours du premier entretien, Monsieur R., avait eu besoin de se montrer comme quelqu'un de « fort » ; « solide » ; « important » ; « dieu ». Pour pouvoir instaurer une relation de confiance, il nous semblait important de considérer avant tout Monsieur R., comme la personne qu'il était, avant cette période de coma pour progressivement considérer avec lui, la personne qu'il était à ce jour. À son retour de convalescence, Monsieur R., était fier de nous informer des dires du kinésithérapeute : « il a bien vu qu'il allait devoir me calmer, j'ai envie d'avancer, d'aller en rééducation sans passer par cette foutue case », montrer qu'il était toujours cet homme « casse-cou » qui en demandait toujours plus à son corps. Cliniquement, nous nous demandions dans quelle mesure Monsieur R., allait-il se rendre compte du temps qu'il allait « accepter » prendre, pour que son corps puisse récupérer de ses complications cardiaques. Plus le temps avançait, plus son espoir de guérison s'affaissait laissant apparaître des mécanismes de défense archaïques. Dans un but de réassurance, il avait tendance à se comparer aux malades qui avaient perdu l'usage d'un membre inférieur, soit par un accident ou une amputation « j'ai de la chance quand même, moi ça ne se voit pas, c'est pas comme ceux qui ont une jambe en moins, j'imagine pas pour eux ce que ça doit être » et dans ses moments les plus sombres, il se comparait à ceux qui avaient subi une crise cardiaque et qui s'en sortaient très bien aujourd'hui. Monsieur R., cherchait à rentrer dans une « case », sans vouloir réfléchir de manière plus approfondie à sa situation, à la spécificité de son être, à son parcours de vie et aux moments difficiles qu'il avait pu vivre. Avant de retourner en convalescence, Monsieur R., eu le souhait d'exprimer une demande à

ses proches : « je vais faire en sorte que tout le monde comprenne, qu'il ne faut pas me parler de cette période, je veux oublier, je veux pas en parler, je vais reprendre ma place de maître de la maison ». On voit alors à quel point il était insupportable pour Monsieur R. d'échanger sur cette situation avec ses proches. Dans les yeux d'un homme qui voulait apparaître comme une personne infallible, il nous semblait trop difficile d'accepter le regard que posait sur lui son environnement, son entourage et certains professionnels de santé, lui rappelant sans cesse les trois mois de coma et la possible rencontre avec la mort. Cependant de manière paradoxale, Monsieur R., souhaitait à certains moments anticiper son décès et gérer les questions « pratiques » que pourrait rencontrer sa femme. Son entourage devait se montrer présent et de manière continue pour lui assurer une certaine stabilité. Leurs venues étaient ritualisées et rassuraient Monsieur R., même s'il ne pouvait l'évoquer de manière explicite, son comportement en témoignait..

4. La désorganisation progressive

Présentée pour la première fois en 1966, « aux seconds mouvements pathologiques, donc, isolés, parcellaires, continues et souvent définitifs, je donne provisoirement le nom de désorganisation progressive par opposition aux désorganisations générales mais limitées dans le temps et toujours riches d'un potentiel libidinal réorganisateur que constituent les régressions » (P. Marty, 1990, p.31) La désorganisation est dite « progressive » quand elle ne rencontre pas de palier régressif d'une densité suffisante pour l'interrompre. Elle peut être considérée comme un état de stress post-traumatique résultant d'une multiplicité d'événements désorganisateur dont un grand nombre peuvent être envisagés sous l'angle de la perte objectale pure, du deuil non-élaboré, venant altérer l'organisation mentale. Dans ces conditions, nous pouvons faire un lien avec les événements de vie vécus par Monsieur R., les différentes ruptures auxquelles il a dû faire face, laissant s'installer progressivement la désorganisation. L'impact des situations serait ainsi devenu traumatique et désorganisateur, car il ne disposait pas d'une organisation mentale avec des capacités suffisantes de régression et de solides points de fixation, ni d'une organisation suffisante concernant la seconde période du stade anal. Ainsi la désorganisation s'est poursuivie jusqu'à la pathologie somatique, marquée par une ou plusieurs phases de « dépression essentielle », associée à un mode de « pensée opératoire » que nous allons définir par la suite. Selon P. Marty, les organisations mentales suffisantes (névroses et psychoses) peuvent mettre le sujet à l'abri de maladies somatiques graves, une bonne mentalisation même pathologique protège le soma. Le processus de désorganisation se

fait de manière contre-évolutive, du plus évolué vers le plus archaïque pour n'être arrêté que par des mécanismes de défense régressifs. Ainsi la « dépression essentielle » accompagnée de la pensée opératoire peut se poursuivre jusqu'à la maladie psychosomatique. Cette désorganisation somatique marque le prolongement des désorganisations mentales du sujet, et son incapacité à traiter mentalement les événements vécus psychiquement. L'insuffisance de l'organisation mentale du sujet peut se relever de deux ordres, soit de l'hérédité, soit de la croissance. En l'absence de données héréditaires concernant Monsieur R., nous avons pensé l'origine de ce type de névrose dans une déficience permanente ou passagère, précoce, de la fonction maternelle, avec l'exercice du pare-excitation faisant défaut. La précocité de cette carence fonctionnelle semble déterminante dans la profondeur des insuffisances d'organisation des névroses de comportements (P. Marty, 1990). Nous pouvons penser que le premier traumatisme désorganisateur aurait eu lieu avant l'accès à l'Œdipe, il n'y aurait pas eu de dépassement de la menace de castration. Cette expérience négativante aurait ainsi provoqué une « auto-déchirure » du « Moi » du sujet, un clivage auto-narcissique, ce qui aurait transformé brutalement « la relation d'objet devenue impossible, en une relation narcissique » (Ferenczi, 1934). Une partie du Moi du sujet serait devenue omnipotente, omnisciente « je sais tout » et désaffectée tandis qu'une autre partie serait devenue endolorie et destructrice. On constate ces deux parties distinctes chez Monsieur R., tantôt représenté comme l'homme, le mari, le patriarche, le responsable, celui dont on « doit » avoir besoin, tantôt se comportant de manière « irresponsable », sans limite, dans une ambiance désaffectée. Les désorganisations qui révèlent le tableau d'apparentes inorganisations dans les névroses de comportement, peuvent ne pas se présenter immédiatement à la naissance, ni rapidement après elle. La mère, ou son substitut, puis la famille peuvent constituer un entourage qui, s'il n'est pas organisateur, peut se montrer stabilisateur et régulateur de l'homéostasie, ainsi la pathologie des névroses de comportement peut apparaître à l'occasion d'un autre traumatisme, ou jamais si les circonstances extérieures se montrent favorables au sujet. En effet, grâce à un environnement faste, les névrosés de comportement peuvent vivre longtemps sans difficultés. Toutefois, les désorganisations de névroses de comportement peuvent atteindre rapidement la sphère somatique, à travers des épisodes de « dépression essentielle ». On peut considérer que Monsieur R., jouissait d'une certaine homéostasie grâce aux positions qu'il occupait à la fois au sein de sa famille, et dans son travail, dirigeant d'une grande équipe, il était reconnu. Pour Monsieur R., sa place semblait « centrale ». Les manifestations somatiques se sont révélées à la suite de l'effondrement de cet environnement et des fonctions professionnelles qu'il ne pouvait plus occuper, suivis par un retour

en France, et de près par le décès de son père (2014), moment où Monsieur R., s'est retourné vers l'alcool et le tabac, dans une consommation excessive.

Nous allons maintenant de manière plus approfondie aborder les différents concepts définis par Pierre Marty à travers la clinique de Monsieur R. Nous commencerons notre réflexion en définissant la névrose de comportement, la dépression essentielle puis pensée opératoire, enfin nous poursuivrons sur la place du psychologue dans un tel accompagnement à travers la fonction maternelle du thérapeute.

B. ... La clinique du psychosomatique

1. La névrose de comportement

Au vue de la théorie associée aux éléments cliniques recueillis au cours des entretiens, nous pouvons supposer chez Monsieur R., une personnalité « a-structuration » conçue sur la genèse du tronc commun des « états-limites » (J. Bergeret, 2012, p.137). Ce type de personnalité est marquée par l'utilisation de mécanismes de défenses primaires marquant l'impossibilité du dépassement du conflit œdipien et laissant apparaître une organisation autour d'un « Moi-Idéal ». La recherche en psychosomatique nous permet de lier ce type d'organisation et ce mode de fonctionnement aux névroses de comportement définies par Pierre Marty (1976). Les névroses de comportements sont issues de fixations peu solides, on y constate en particulier la faillite de l'organisation anale, elles renvoient à des systèmes archaïques avec peu d'organisation mentale. Le fonctionnement de la première topique est inconsistant quant au « Surmoi », il est non-constitué. La notion de distance à l'objet est réduite à ses dimensions extérieures. En général l'existence des névrosés de comportement est composée d'un nombre plus ou moins grand d'activités diverses, quelquefois d'ailleurs d'intérêt général. Nous pensons à la place qu'occupait Monsieur R., à la fois dans sa profession, mais également à sa position de leader au sein des groupes. Il aimait donner des ordres, organiser les troupes. Le tonus instinctuel vital des névrosés de comportement, est maintenu grâce à leur relation aux objets extérieures, « susceptibles de jouer avec plus ou moins de bonheur, le rôle que la mère avait également joué avec plus ou moins de bonheur » (P. Marty, 1976, p.108). L'histoire de vie de Monsieur R., en est ainsi colorée. Lors d'un développement psychoaffectif « normal », la présence de l'objet doit être effective pour maintenir le tonus des instincts de vie. Monsieur R., a rencontré des objets extérieurs défailants, nous pouvons parler d'une discontinuité

de la présence de l'objet. De ce fait, on constate l'inaptitude pour le sujet à maintenir une relation avec des objets internes, d'où la nécessité de recourir à des objets externes. Toutefois au vu des éléments cliniques de Monsieur R., nous pouvions hésiter avec la névrose de caractère (P. Marty, 1976). Cette névrose se situe entre la névrose mentale et la névrose de comportement, mais à la différence des névroses de comportement, le sujet y dispose d'une capacité d'élaboration par un mouvement intérieur de la plupart des problèmes posés par un traumatisme. En l'absence d'organisation mentale régressive, le sujet « névrosé de comportement » peut être dirigé vers la « dépression essentielle » et « la pensée opératoire ». La « pensée opératoire » semble constituer un plan de stabilisation qui met un frein au mouvement de désorganisation. L'extension des désorganisations est souvent représentée par l'atteinte des fonctions somatiques, précédée par l'atteinte des fonctions mentales. Processus que nous retrouvons également au sein de la clinique de Monsieur R. En effet, avant la défaillance de ses fonctions somatiques, il était aux prises à des conflits psychiques qu'il n'arrivait pas à traiter mentalement. Toutefois, le temps qui couvre les désorganisations à partir du traumatisme initial jusqu'aux atteintes somatiques est variable, il dépend à la fois des possibilités de stabilisations homéostatiques du sujet, qui se fondent à la fois par des réorganisations régressives et, sur des fixations évolutives. Certaines de ses réorganisations régressives s'organisent sur d'anciennes fixations, où la mère jouait un rôle important. D'autres réorganisations régressives (nécessitant souvent une adaptation de l'entourage) sont susceptibles d'éviter un temps, la progression de la désorganisation. L'entourage de Monsieur R., devait être faste, afin de maintenir un équilibre. Quand des systèmes pathologiques mentaux ne peuvent se mettre en place, « la dépression essentielle » et la « vie opératoire » surviennent présentant également un autre aspect pathologique mental. Puis la désorganisation poursuivant, c'est à la pathologie somatique de s'installer. Ainsi nous allons définir de manière plus approfondie, la « dépression essentielle » et la « vie opératoire » avec les éléments cliniques de Monsieur R.

2. La dépression essentielle

« La dépression essentielle fut ainsi promue : « la dépression psychosomatique, qu'à plusieurs reprises j'appelais la dépression sans objet, serait en définitive mieux nommée la dépression essentielle puisqu'elle constitue l'essence même de la dépression à savoir l'abaissement du niveau de tonus libidinal sans contre partie économique positive quelconque », (P. Marty, 1966).

La dépression essentielle marque le point de départ d'une désorganisation pouvant aboutir à la somatisation, et, à la mort. Selon P. Marty, « Les désorganisations progressives commencent en général chez l'adulte, par une phase de dépression qui rend compte de l'absence du tonus des instincts de vie, puis par une désorganisation de l'appareil mental, dont témoigne la pensée opératoire » (1976, p.133). Lors d'une dépression essentielle, le sujet n'a aucun recours, ni extérieur, ni intérieur. Cliniquement le sujet soumet son cas presque comme s'il s'agissait d'un autre, et la situation n'évolue pas au cours de l'entretien, questionnant ainsi le psychologue face à un patient qui ne demande rien car il ne souffre pas. Le motif de la consultation de Monsieur R., réside comme Pierre Marty le définit : d'un incident somatique. Tout se passe pour lui sans émotion. La disparition du tonus libidinal sans compensation économique autre que le morcellement fonctionnel constitue la définition même de l'instinct de mort. Dans le cas de Monsieur R., nous ne trouvons pas de raccrochage libidinal, malgré quelques tentatives marquées d'une recherche d'équilibre à travers différentes consommations néfastes au sujet et une conduite sans limite. Les déprimés essentiels semblent ainsi porter déjà en eux des phénomènes de mort (P. Marty, 1976).

Le départ de sa famille, la rupture avec son travail, son retour en France et enfin le décès de son père ont progressivement conduit Monsieur R., dans un état de « débordement psychique », sans oublier l'impact de son premier traumatisme désorganisateur pour la constitution de son « Moi ». Le Moi n'assume plus ses rôles de liaisons. L'absence de communication avec l'inconscient constitue une véritable rupture avec sa propre histoire. Le factuel et l'actuel ainsi s'imposent tout deux à l'ordre chaque jour. Utilisant ainsi la pensée opératoire, la parole semble conservée pour décrire les événements, médiatiser les relations. Les aspects évolutifs de la « dépression essentielle », entraînent des affections somatiques parfois atypiques avec des perspectives thérapeutiques difficiles et délicates. Dans le cas de Monsieur R., nous pouvons relever le trait atypique de ses complications pathologiques, nécessitant en 3 mois : 9 chirurgies dont 4 à coeur-ouvert, associées à des infections, et laissant au corps médical un sentiment d'impuissance, « je sentais dans ses yeux, qu'il ne savait plus quoi faire, ni comment procéder », ce sentiment pouvait de nouveau mettre Monsieur R., dans un sentiment de « toute-puissance », malgré le fait que son corps était le plus puissant, il posait question au corps médical, son cas faisait cas au sein du CHU.

3. La pensée opératoire

Chez les malades psychosomatiques, la carence de l'activité fantasmatique va de pair avec le développement d'une forme de pensée originale que Pierre Marty et Michel de M'Uzan nomment « la pensée opératoire ». Elle est définie comme une pensée consciente, « sans lien organique avec une activité fantasmatique de niveau appréciable et double/illustre l'action » (P. Marty, 1990, p.27). Le sujet aura tendance à évoquer ses symptômes et troubles comme des faits isolés, ainsi l'investigateur ne représente pour lui qu'une personne à qui il remet ses symptômes et dont il n'attend rien d'autre que la guérison. Cette première définition est en adéquation avec le sentiment ressenti au début des entretiens donnant l'impression de se trouver devant une « relation blanche » celle dont « le malade use constamment, pour ne pas dire exclusivement au cours de son existence » (P. Marty ; M. de M'Uzan, 1994, p. 198). L'investigation a permis de relier certaines apparitions de symptômes à des circonstances anecdotiques sans jamais aller plus loin dans l'introspection. Monsieur R., donnait l'impression d'être à distance de tous les faits vécus, un homme présent mais vide. Cette forme de pensée est liée sélectivement aux « psychosomatoses » terme retenu par Marty et de M'Uzan pour signer les affections où les dispositions de la personnalité qui utilisent comme voie d'issue majeure aux situations conflictuelles la voie somatique (comme les organisations de type limite). La parole servait essentiellement à Monsieur R., à illustrer son action au plus près. Le discours restait au ras de ses gestes, un mode de pensée collé à la matérialité des faits et enlisé dans l'actuel. L'autre est considéré comme identique à soi, et doté du même système de pensée opératoire, de ce fait, en tant que psychologue il semble difficile de pouvoir jouer un rôle réparateur/structurant. Le sujet subit la réalité plutôt qu'il ne la vit. Dans leur article P. Marty et M de M'Uzan illustre la pensée opératoire avec un exemple clinique d'une patiente ayant perdu son père « *Mon père est mort, qu'est ce qu'on fait dans ces cas là* » (1994, p.202), cette citation nous a fait écho au premier entretien réalisé avec Monsieur R. Nous pourrions transposer sa demande ainsi : « *Je me réveille d'un coma de trois mois, qu'est ce qu'on fait dans ces cas là ?* ». Cette situation nouvelle, le laissait démuni, il devait se raccrocher à une formule de comportement imposée et socialisée, que la relation au thérapeute ne lui fournissait pas. Toutefois, la pensée opératoire n'est pas réellement coupée de l'inconscient, on peut dire qu'elle établit son contact avec l'inconscient à son niveau le plus bas, le moins élaboré « elle semble enjamber ou court-circuiter toute l'activité fantasmatique élaboratrice pour s'articuler avec les formes initiales des pulsions, lesquelles peuvent soit effectuer des retours inopinés, soit donner lieu à des somatisations, soit encore s'inscrire sous des apparences rudimentaires dans une prédominance de la tension activité-passivité, si commune chez les malades psychosomatiques » (P. Marty ; M de M'Uzan, 1994, p. 204). Monsieur R. semblait enfermé dans un champ temporel limité où les mots étaient sous-

investis. Ce mode de pensée a pu être également imposé par une pression extérieure « professionnelle », le contraignant à recourir à ce mode de pensée, épuisé par l'adaptation aux tâches demandées et surtout l'impossibilité de la tâche. Monsieur R., n'aurait disposé d'aucune possibilité d'expression libératrice et personnelle. Ainsi, des manifestations corporelles auraient permis d'exprimer le conflit. La thérapie permettait la mise en avant de frustrations causées par sa manière de vivre et dont nous pouvions supposer un caractère « traumatique » d'une forme de pensée qui lui était imposée par l'extérieur. De plus, la carence de sa vie onirique le rendait particulièrement sensible à l'insomnie. Lors des deux derniers échanges avec Monsieur R., il fit un retour sur son arrivée en France et les difficultés rencontrées qu'il avait souhaité mettre de côté, « j'aurais dû me faire accompagner à cette période là, c'était trop dur de passer du tout au rien ». Monsieur R., arrivait à verbaliser certains sentiments « je me faisais chier » ; « on ne pouvait rien raconter, tout le monde pensait qu'on mentait de toute façon ». Il associait le retour en France d'un collègue/ami d'Afrique comme l'élément clef de sa sortie de dépression, et le décès de son père comme celui qui l'avait fait retomber dans une conduite « dangereuse ». Pour Monsieur R., cet ami d'Afrique avec qui il avait partagé plusieurs années de travail connaissait son histoire, ils partageaient les mêmes sentiments associés à leur retour en France : « lui savait, lui comprenait », la relation avec cet ami reposait sur un mode de fonctionnement anaclitique. Selon Monsieur R., ils étaient « mêmes » à la fois physiquement (musclés et ils avaient tous deux été en obésité morbide) et mentalement : « il est pas fâché avec l'alcool, on s'amuse bien », « il vient chez moi, et on ment à nos femmes, elles travaillent, on se boit un petit coup et il file » ; « on parle de nos années en Afrique, de tout ce qu'on a vu et vécu, on peut parler des heures » ; « lui, il sait ». Monsieur R., utilisait à plusieurs reprises cette expression « lui, il sait » pour parler des personnes dont il semblait fier à savoir, son père, ses fils issus de sa première union, son ami, sa femme. Discuter avec quelqu'un qui ne connaissait pas l'Afrique semblait « inutile » pour Monsieur R., nous pensons que le fait que nous ayons des connaissances sur l'Afrique, la culture, la langue avait créé un biais positif dans la mise en place du lien thérapeutique.

En effet, la pensée opératoire, liée à la dépression essentielle, constitue une étape de relative chronicité, un aménagement fragile, un état peut-on dire d'instabilité qui s'installe au cours d'une désorganisation progressive lente, « elle est émaillée d'incidents ou d'accidents somatiques » (P. Marty, 1976, p.199), comme l'a connu Monsieur R.

4. De fonction maternelle du thérapeute, à la psychanalyse

Revenons dans cette dernière partie sur la place du psychologue et ses modes d'accompagnement face à un patient appartenant à la clinique psychosomatique. Winnicot énonce un principe de base « *L'analyste réfléchit ce que le patient lui a communiqué et devra se contenter de rendre au patient, ce que le patient lui a apporté car il y a un réel danger à vouloir le mener à un stade qu'il n'a pas encore atteint en tant que personne totale* » (1968, p.77). Dans l'accompagnement thérapeutique des sujets somatiques ayant recours à « la pensée opératoire », le psychologue/l'analyste doit osciller entre deux positions selon les besoins du patients et son fonctionnement mental du moment, à savoir : la fonction maternelle et la fonction d'analyste. L'aménagement de la relation doit être progressif entre le psychologue et son patient notamment lorsque celui ci dispose d'un fonctionnement opératoire. En effet, le risque est de confronter le sujet au fonctionnement psychique inachevé, à une blessure narcissique provoquée par la confrontation à un fonctionnement psychique achevé dont il ne dispose pas. Ainsi P. Marty (1980) compare la fonction maternelle qui s'adresse aux nourrissons, à la fonction maternelle du thérapeute. Le silence doit être évité afin de ne pas répéter une situation traumatique désorganisante. Le psychologue se doit alors d'accompagner le patient sur un mode maternel, avec des qualités d'identification narcissique, tout en respectant les défenses du « Moi » insuffisantes de son patient. Il utilise le langage, pour renforcer le lien narcissique avec son patient, venant ainsi témoigner de sa vitalité (fonction maternelle, non morte), qui vient protéger et étayer le sujet. Dans « *L'investigation psychosomatique* » (1963, p.158) Pierre Marty avait théorisé ce que Winnicot avait décrit comme la fonction du « holding » de l'analyse : « *Devant la difficulté à formuler la relation transférentielle, on cherche l'existence d'une activité fantasmatique consciente, très prudemment. L'investigateur en effet soutient presque constamment le malade car son activité de représentation paraît très limitée. La blessure narcissique que pourrait au malade la constatation de ce manque, de par avec l'absence de recours défensif verbal risquerait de provoquer une nouvelle crise angineuse. Les seules défenses dont témoignent finalement le patient consistent en des activités de comportement* ».

IV. Conclusion

Nous terminerons ce travail en citant Catherine Parat, citation qui évoque selon nous l'essence fondamentale d'un psychologue clinicien auprès de patients psychosomatiques, mais pas

que, « Ce travail exige particulièrement de savoir et de comprendre ce que l'on fait, ou on ne fait pas, et pourquoi » (1995, p.243). Avec le recul nécessaire à cet accompagnement, nous avons effectué un travail thérapeutique délicat au près de Monsieur R., en effet après avoir déterminé sa personnalité clinique, de type état-limite, associé à la névrose de comportement, nous devons veiller de manière méticuleuse à respecter son rythme de penser et ne pas interpréter le matériel clinique. De par un travail entrecoupé d'hospitalisation, de période de sortie et de retour, nous pouvions ressentir un sentiment d'inutilité, même si les entretiens étaient fournis par Monsieur R. d'un discours factuel, et actuel et qui rappelons-nous doublait ses actions. De plus, les reformulations ne faisaient ni écho, ni fonction de rebond, et intervenir de manière analytique aurait fortement mis en péril toute mise en place possible d'un lien thérapeutique. Dès que Monsieur R., était hospitalisé nous maintenions les entretiens à raison d'une fois par semaine, aussi lorsqu'il n'avait plus accès à la parole. Nous nous rendions dans les différents services pour marquer la continuité de l'objet, et assurer une certaine « fonction maternelle » du thérapeute. En effet, face à un sujet d'organisation limite, nous devons nous prémunir de ne pas recréer sur un mode de répétition, un traumatisme précoce vécu par le sujet à savoir un désinvestissement brutal et/ou abandonnique. Monsieur R., se servait de la voie somatique pour exprimer les conflits psychiques auxquels il était confronté. De nature fonceur, et « casse-cou » nous pouvons supposer que son avancée en âge et la chute de son tonus corporelle mais aussi psychique, avaient accéléré la désorganisation progressive latente installée depuis quelques années au sein de son organisation mentale. Nous supposons plusieurs phases de dépressions essentielles en lien avec son mode de vie opératoire pour tenter de maintenir un certain équilibre et se tenir le plus à distance possible de la décompensation somatique. Cependant la perte de son père, n'a pu être travaillée psychologiquement agissant comme l'élément déclencheur de l'abaissement de son propre système immunitaire, touchant ainsi son organe vital, le coeur. Les limites rencontrées lors de cet accompagnement firent nos propres limites en tant que psychologue, face à un patient qui ne demandait pas réellement d'aide, et qui n'exprimait que très peu d'affect utilisant la pensée opératoire, nous pouvions rapidement nous laisser envahir par un sentiment d'impuissance face un travail clinique difficile à mettre en place. Toutefois, après avoir analysé ces limites, notre position, notre rôle dans l'accompagnement étaient manifestement de devoir en passer par la fonction maternelle du thérapeute pour se diriger progressivement vers un travail plus analytique. Cette avancée clinique dans l'accompagnement se ressentait davantage lors de périodes d'absence de notre part, marquées par une reprise suite à un retour géographique de Monsieur R., en effet il semblait plus à même d'effectuer des allers/retours sur son histoire de vie et des liens

commençaient à faire sens. Toutefois est-ce l'absence du psychologue qui suscitait chez le patient l'accès à une amorce de mentalisation des événements, ou, ces prémices d'élaborations survenaient lors de périodes de convalescences plus certaines ?

Bibliographie

- Bergeret J. (1996), *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, 2013
- Bergeret J. (2012), *Psychologie pathologique*, Paris, Elsevier Masson
- Fain M. (1994), « La névrose de comportement selon Pierre Marty », in *Revue Française de Psychosomatique*, 6, pp. 151-158
- Freud S. (1938), *Abrégé de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1940
- Jaeger P. (2015), « Winnicott et l'école psychosomatique de maris, convergences ? », in *Revue Française de Psychosomatique*, 47, pp. 13-36
- Klein M. (1947), *Essais de psychanalyse (1921-1945)*, tr. fr. Paris, Payot, 1968
- Ksensée A. (2004), « Dépression essentielle et narcissisme », in *Revue Française de Psychanalyse*, vol68/4, pp. 1283-1296
- Laplanche J. et Pontalis J.-B. (1967), *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Paris, P.U.F., 2007
- Marty P. et de M'Uzan M. (1963), « La pensée opératoire », in *Revue Française de Psychosomatique*, 6, pp. 197-207
- Marty P. (1968), « La dépression essentielle », in *Revue Française de Psychosomatique*, pp. 209-214
- Marty P. (1976), *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Petite Bibliothèque Payot
- Marty P. (1980), *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot
- Marty P. (1990), *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, P.U.F., 2011
- Marty P. et Nicolaïdis N. (1996), *Psychosomatique - pensée vivante*, Bordeaux-Le-Boucart, L'esprit du temps
- Nicolaïdis N. (2003), *Angoisse, Dépression, Dépression essentielle*, Paris, CAMIF
- Szweg G. (1999), « La fonction maternelle du thérapeute, la mère morte, l'amante » in *Revue Française de Psychosomatique*, 16, pp. 7-18
- Winnicott D.-W. (1956), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, 2006