

A propos de psychosomatique

Jean BERGES¹

Intervention faite en Juin 1997 au séminaire de H. GUILYARDI à la Salpêtrière

Comment aborder, en somme, le peu de choses utiles que j'ai à vous dire ?

Peut être de façon un peu inattendue qui serait la suivante : Quand l'enfant vient de naître, il est confronté à une contrainte au sujet de laquelle on ne lui demande pas son avis, à savoir qu'il faut qu'il respire et pour cela, comme vous le savez, il a dans le cerveau intermédiaire un mécanisme qui se met en marche quand le CO₂ atteint un certain niveau : il respire malgré lui, sinon il meurt.

D'autre part, il se trouve dans un monde où ça parle. Autrement dit, cette contrainte de la langue, de la parole, c'est une des premières. Il va falloir qu'il s'y fasse. Par ailleurs, il est dans un état d'immaturité telle que sa mère remplit pour lui toutes les fonctions, c'est à dire qu'il est en dialyse complète : la sustentation, les déplacements, la nourriture, la chaleur, etc. : c'est la mère qui tient toutes les fonctions et ces fonctions ont pour théâtre le corps. C'est à dire ce que, jusqu'en 1980, J. De Ajuriaguerra appelait l'équipement neurobiologique de base, en rapport en particulier avec la pathologie, articulée à l'embryologie, à ses aléas, aux facteurs génétiques et à l'environnement. Cette structure du côté du SNC est aussi inscrite dans son autonomie physiologique, sa biochimie et elle commande les fonctions qui ont ceci de particulier qu'elles fonctionnent d'une certaine façon ou pas du tout : elles sont sous ce que les analystes appellent la loi phallique, c'est à dire une loi qui fait que mon cœur, par exemple, ne peut fonctionner que d'une certaine manière. Ainsi entre la mère et les fonctions liées à l'équipement, il y a comme un accord ou un désaccord dont l'exemple le plus connu est celui des rythmes propres de l'enfant (sommeil, appétit, etc.) et des rythmes imposés de l'extérieur : le docteur a dit qu'il fallait prendre le biberon toutes les 4 heures, c'est précisément le moment où l'enfant voulait dormir ; il va mettre une heure et demie pour prendre sa nourriture, il s'endort ...

Cette histoire d'harmonie ou de désharmonie entre la mère et l'enfant suppose donc un accord nécessaire. La mère se charge ainsi de toutes les fonctions ; et que fait

l'enfant dès la 8^{ème} heure de vie ? Il se met à fonctionner pour son propre compte. Il va par son fonctionnement petit à petit dépasser, déborder les fonctions de la mère. Exemple : on met un bébé vers la 12^{ème} heure dans un berceau, on émet un son à fréquence régulière dans l'angle opposé de la pièce : il tourne la tête vers la source sonore. Si l'on arrête celle-ci, il ouvre les yeux et va diriger son regard vers cette source sonore qui vient de s'éteindre.

Cette anticipation visuo-auditive est la démonstration qu'il est capable d'anticiper par un canal ce qui vient d'être manquant à l'autre.

Cette démonstration de son fonctionnement est plus ou moins bien acceptée par la mère.

Ce sur quoi je pense insister, c'est que face au fonctionnement de son enfant et aux fonctions de celui-ci, en regardant son corps ou en écoutant les bruits de ce corps, en palpant sa consistance, la mère va se trouver dans la situation de faire valoir son savoir sur les fonctions et le fonctionnement du corps.

Elle va regarder l'enfant et dire : « Ah ! La grand-mère a laissé la fenêtre ouverte, tu as froid ? Voilà qu'il a froid ! Pauvre petit ! » Et de le couvrir. Ainsi la mère porte-t-elle une interrogation, elle prend le parti de faire à son enfant le crédit d'en connaître un bout lui aussi, d'en connaître sur le froid.

Tandis que la mère, qui, dans les mêmes circonstances, se contente de poser une laine sur ses épaules, sans rien dire, est simplement la fonction, elle ne fonctionne pas, elle n'accompagne d'aucune interrogation son savoir, elle interroge par son savoir simplement la fonction et elle apporte une réponse qui dénie à l'enfant d'être quelque sujet que ce soit dans le fonctionnement de sa fonction.

Selon qu'il s'agit de l'aspect extérieur, de ce qui est visible par la mère ou de ce qui est « à l'intérieur », invisible, la position de la mère va être différente : ce qui va avoir affaire avec l'extérieur et qui est dans le champ de son regard aura un statut d'objet. Exemple : l'enfant émet ses selles qui sont d'une couleur inhabituelle. Si le

¹ Jean BERGES. Psychanalyste. Paris.

corps de l'enfant est un prolongement de celui de la mère, ces selles sont les selles de la mère : elle annule, elle exclue le fonctionnement intestinal de l'enfant parce qu'elle est chargée, elle, de la fonction et l'objet qui représente partiellement cette fonction se trouve par elle confisqué.

Il ne s'agit pas ici de stade anal car à ce stade la mère attend que l'enfant lui fasse un cadeau de cet objet, à la bonne heure et au bon endroit ; au contraire, à cette vue, elle confisque la fonction. Elle annule le fonctionnement de l'enfant, elle ne le parle pas. Elle n'a rien à symboliser de cet objet qui est en quelque sorte un objet maternel qui circule entre elle et son enfant, objet « comme un ». Pas de retour, donc pas d'anticipation du fonctionnement de l'enfant, aucune preuve de ce fonctionnement : en somme, l'enfant est débouté de sa capacité à fonctionner.

Prenons comme exemple la respiration : il est banal qu'une mère ayant placé le bébé au bout du couloir parce que le mari ne supporte pas les pleurs nocturnes, se réveille au milieu de la nuit en s'inquiétant « il ne respire plus » ! ». Elle se lève, le réveille ; la mère fait ou ne fait pas crédit à l'enfant de pouvoir la déborder de son rôle qui serait de tenir toutes les fonctions – ici respiratoire. D'un côté l'enfant naît et ça parle, de l'autre la mère est aux prises avec ses fonctions : si elle n'en tient aucune, l'enfant meurt. Si elle les tient très mal, il faut faire un placement. Pour que la position de la mère vis-à-vis du corps en train de fonctionner et vis-à-vis du corps en train de fonctionner et vis-à-vis des productions de ces fonctions et des objets qui les représentent soit positive, il faut qu'elle puisse se laisser déborder par le fonctionnement de l'enfant. Or le médecin lui aussi épilogue sur les fonctions et leurs objets : le pouls dans la mesure où les artères battent, les urines dans leur couleur, leur odeur, les selles, la langue, etc.). ce champ de l'inspection, de la clinique qui est donné à voir, la mère comme le médecin le tient. Or ce n'est pas du côté de la vue ou du palper que se situe pour la psychanalyse le fonctionnement, c'est du côté des mots qui s'accrochent à ces fonctionnements ou ces fonctions.

Le corps ne tient pas d'être une image aux contours sans faille, le corps tient de ce qu'il y a des mots sur le corps en ce moment même : le contact avec la chaise plus ou moins dure, en ce qui me concerne. Et plus je vous parle et plus je vous regarde, moins je sens quelque chose.

Cette question de la mère, qui tient dans son champ visuel le corps de l'enfant qui fonctionne, est un point essentiel : dans le corps malade, cela ne revient pas au même si cette maladie est donnée à voir ou si elle est donnée à être reconnue sur des symptômes : car la mère reconnaît, ou devine, au même titre que le médecin. Quand il ne peut reconnaître ou deviner, le médecin s'adresse à des appareils qui fabriquent des images :

imaginaire supplémentaire qui vient s'accoler à l'imaginaire du corps.

Le psychanalyste suppose qu'à partir du moment où le corps et ses fonctions pourraient être parlés, c'est à dire symbolisés, il y aurait là une ouverture pour dépasser ce en quoi le corps est tout du côté de l'imaginaire, qu'il est bel et bien du côté du langage.

Du côté de la psychanalyse, il s'agit du signifiant, c'est-à-dire un mot qui est là pour rendre présent le sujet de l'inconscient du patient pour un autre signifiant qu'on lui propose ou qui vient émerger à travers ce qui est dit : Exemple : une dame a une cystite. Que lui dit son médecin ? « Vous avez du sang dans les urines ». Elle arrive chez elle en disant : « J'ai du sang dans les urines », son mari fait un infarctus. Peut-on dire qu'il y a du sang dans les urines quand on remarque quelques hématies dans un culot urinaire ? On peut n'y voir aucun inconvénient. Mais, pour cette dame et ce malheureux homme, les hématies et le sang n'ont pas du tout la même signification : voilà la différence entre un mot qui a à faire avec un signe et un mot qui a à faire avec un signifiant. Dans un cas, c'est un signe, c'est-à-dire qu'il veut dire quelque chose pour le docteur, tandis que le signifiant, pour l'Inconscient du mari de cette femme, a déterminé qu'il s'est trouvé représenté lui-même par une femme qui saignait, relativement à une maladie qui restait à définir puisque le mot de cette cystite n'avait pas été prononcé et qu'elle-même se plaignait des reins.

Autre exemple : une dame est venue me voir pendant des années, c'était la femme d'un boucher d'une ville de province. J'ai mis extrêmement longtemps à comprendre de quoi il retournait, étonné que j'étais de ce que lorsqu'elle arrivait à la séance elle était couverte de boutons, dont on ne voyait plus trace quand elle me quittait. Jusqu'au jour où elle a pu dire que ce dont au fond elle se plaignait, c'est que son mari « faisait ça comme un oiseau ». J'étais tout à l'interrogation de savoir si il y laissait ou non des plumes. En réalité, il y avait là une façon de parler d'un fantasme de bestialité bien banal. Mais étant donné la profession sanguinaire du mari, l'angoisse prenait une coloration particulière. Lorsque j'ai prononcé que tout cela lui donnait la chair de poule, elle a pu enfin avancer dans son angoisse et les symptômes dermatologiques ne se sont plus manifestés ; ceci parce que ce qui avait été entendu de l'oiseau avait été dit de la poule.

Il s'agit donc d'écouter, et chacun connaît les difficultés des médecins à écouter ; ils n'ont pas de difficulté à regarder, à palper, à intervenir, à parler. Cette écoute qui leur est assertive « j'écoute pour avoir des preuves, ou pour m'assurer dans mon diagnostic ou j'écoute pour avoir quelques suppléments sur l'idée que je me suis déjà faite » ; c'est bien d'écouter en écoutant qu'il s'agit. Ce point est essentiel, en particulier lors de la première consultation, car il s'agit d'une demande qui a à voir

avec le corps : celui-ci n'est pas seulement une image que je pourrais visualiser ou me représenter comme dans le rêve, certes, le corps est figurable ; mais celui auquel à faire le somaticien est un corps dans la mesure aussi où l'on parle de lui à travers ses fonctions et son fonctionnement. On ne parle pas de lui en tant qu'il serait cohérent ou non, solide ou non, constituant ou non une unité, on parle de lui en mettant des mots sur telle fonction ou tel fonctionnement, sur tel lieu. Or, vous le savez bien, la caractéristique des patients « psychosomatiques » est qu'ils n'ont rien à dire. Ils viennent avec leur dossier et énoncent « vous êtes le nⁱème que je viens consulter, voilà le dossier épais. Tout est dedans ». Il ne leur vient pas à l'idée que l'on peut mettre des mots sur le fonctionnement, que les objets de celui-ci sont autre chose que le produit d'une fonction : confiscation au bénéfice d'une fonction qui est extérieure à lui-même.

Le patient n'est pas là en tant que sujet, il est là en tant que complément, en tant qu'attribut. Il n'est pas là en tant que celui qui respire, il est là en tant que trouble respiratoire.

Comment faire entendre au patient de ce style ce à quoi il est sourd de ce qu'il dit, ce qu'il ne dit pas dans ce qu'il raconte ?

Car les patients psychosomatiques ont le plus grand mal à entendre ce qu'ils disent.

Une autre façon d'aborder la même problématique c'est la relaxation thérapeutique. Un dispositif pour permettre au patient de parler d'autre chose que de son symptôme. Comment ? En éprouvant et en se représentant son corps autrement qu'à travers les symptômes, il se fait à lui-même la démonstration dans la séance qu'il peut sentir son corps autrement que dans la douleur, le symptôme : en somme la relaxation, c'est cela.

Il y a beaucoup de sortes de relaxation : à la suite de Schultz et de Jacobson, l'essentiel serait d'obtenir l'état de relaxation et d'en éprouver les diverses phases : que les bras sont lourds, que le plexus solaire devient chaud, que la motricité gastrique diminue, etc. : ce sont là les preuves des effets physiologiques dans la relaxation et Schultz a beaucoup travaillé à ces démonstrations objectives de sa technique. Ce traitement n'est donc pas seulement lié à la suggestion mais à ses effets ; elle est directive et consiste dans un nombre de séances déterminé d'avance. Le patient doit tenir un carnet qui lui permet de rendre compte au thérapeute de la conduite de son entraînement chez lui entre les séances.

Le training autogène, méthode de décontraction autoconcentrative, intéresse l'organisme dans son ensemble et a des effets qualifiés par son auteur d'orgasmique : le fonctionnement des fonctions se trouve modifié au niveau même des structures neurophysiologiques.

C'est une visée assez voisine de celle de Jacobson, qui considère qu'il est possible de mettre dans un état de repos le cerveau en obtenant la détente des diverses projections du cortex sur la périphérie et les zones réceptives, par la relaxation des afférences sensibles et sensorielles.

Par contre, en ce qui concerne les visées de la relaxation thérapeutique, il me semble que ce n'est pas tellement d'obtenir la relaxation, qui est important, mais c'est la prise en compte de ce qui se passe pendant que le patient essaie de l'obtenir, de ce qu'il va éprouver dans la distance entre son projet – par exemple de décontracter son bras droit – projet soutenu par le thérapeute – et ce qui se passe dans son bras droit, ce qu'il en éprouve. Projet dont le plus souvent l'expérience de la séance démontre l'échec ou l'insatisfaction : mais il n'y a pas seulement contradiction ou approximation entre ce que propose le thérapeute et l'expérience, il y a aussi ce que l'on peut appeler des observations : mon bras, que je pense le long du corps comme je l'ai, placé au début de la séance, est localisé dans mon dos, par exemple, et même en voie de se séparer de mon corps ; étonnement qui va jusqu'au besoin de vérifier la position en ouvrant les yeux. Et l'on conçoit que le toucher du thérapeute, les mobilisations, la nomination des segments touchés ou mobilisés concourent à établir une articulation tout à fait spécifique entre l'image, l'éprouvé, et les mots accrochés à mon corps.

L'abord du corps dans la relaxation se fait autrement que par le symptôme, mais aussi autrement que par un découpage topographique, créant un objet découpé qui choisit sans cesse entre les mains des soignants.

La relaxation tente d'éviter au patient de découper une partie de son corps et d'en faire un ex-voto à la médecine : morceau de corps affiché sur le négatoscope ou le cliché, imprimé sur la fiche d'examen de laboratoire. La relaxation vise à faire accéder ce fragment découpé au Symbolique. Dès lors ces parties, ou ces fonctions, sont accrochées au corps par les signifiants fournis par le thérapeute. ■