

Introduction

Les individualités que nous sommes se trouvent souvent soumises à un certain nombre d'excitations de nos instincts et de nos pulsions.

Les événements et les situations qui se présentent à nous, plus ou moins importants dans leur apparence, touchent notre affectivité et déclenchent ces excitations qu'il convient de décharger ou d'écouler.

Nos principales possibilités d'écoulement et de décharge résident d'une part dans un travail mental d'élaboration des excitations ressenties, d'autre part dans des comportements moteurs et sensoriels différemment liés ou non au travail mental.

On peut globalement avancer que lorsque les excitations qui se produisent en nous ne se déchargent pas ou ne s'écoulent pas, elles s'accumulent et atteignent tôt ou tard les appareils somatiques de manière pathologique.

Je vais m'intéresser particulièrement à la voie d'écoulement qu'offre, d'une façon différente chacun, la dynamique de notre appareil psychique dans sa tâche permanente d'élaborer nos excitations.

Pour ce faire je traiterai, chaque fois brièvement, des sujets suivants :

- La notion de mentalisation qui se réfère à nos représentations, à nos images psychiques, ainsi qu'à leur dynamisme.
- L'organisation progressive des représentations pendant le développement individuel.
- L'origine des insuffisances fondamentales et des indisponibilités des représentations qui font obstacle au travail psychique.
- Les formes cliniques majeures des mentalisations, c'est-à-dire leur classification sémiologique.
- Les précisions nécessaires à mieux comprendre l'économie individuelle, à propos des comportements et des conflits.

-Les rapports entre les diverses formes de mentalisation et les principaux processus de somatisation.

La mentalisation

La notion de mentalisation a été mise au point dans les années 70-75. La mentalisation s'intéresse à des dimensions de l'appareil mental qui n'avaient pas été, jusque-là, l'objet d'études particulières. Les dimensions en causes concernant la quantité et la qualité des représentations psychiques des individus.

Les représentations psychiques constituent la base de la vie mentale de chacun de nous. Habituellement, le jour par exemple, elles fournissent ce que l'on appelle les fantasmes. La nuit, elles fournissent les éléments des rêves. Les représentations permettent les associations d'idées, les pensées, la réflexion intérieure. Elles sont aussi utilisées constamment dans notre relation directe ou indirecte avec les autres.

Ainsi j'ai, par exemple, entre les mains mon mouchoir. Je me souviens qu'il m'a été donné par un cousin, mort aujourd'hui. Je pense alors à la mort de ce cousin dont les collègues se sont occupés. Je leur suis reconnaissant de leur aide quand il était malade. Je pense aussi à ma famille que je viens de voir en province et j'éprouve une certaine culpabilité de n pas avoir, spécialement, rendu visite à la veuve de ce cousin. Je n'en ai pas eu le temps. J'irai donc le faire l'été prochain.

Cet exemple paraît convenable en ce qu'il propose une perception actuelle qui se prolonge dans une représentation, et que cette représentation se lie, avec des associations d'idées et des réflexions intérieures remplies d'affectivité, à un passé comme à un avenir qui concernent mes relations avec d'autres individus.

Les psychiatres connaissent bien le rôle des représentations, rôle élémentaire avec les hallucinations qui en témoignent directement, rôle plus complexe avec les délires dans lesquels des liaisons internes entre différents

types de représentations de divers âges ont produit une organisation nouvelle du psychisme.

Les médecins apprécient également le rôle des représentations, par exemple lorsqu'un patient leur raconte l'histoire de sa maladie. Cette histoire peut rester sèche, peu représentative, ne tenant compte que des faits pathologiques et de leurs dates; au contraire elle peut être riche lorsque chaque fait pathologique (au besoin avec l'aide du consultant) est relié aux événements affectifs des époques considérées.

La mentalisation traite donc de la quantité et de la qualité des représentations chez un individu donné. Cette notion mise à jour par des psychomaticiens français, psychanalystes d'abord, s'est progressivement dégagée de leur confrontation régulière (investigations et psychothérapie) avec de nombreux malades somatiques de tout genre. Les particularités et les déficiences diverses du fonctionnement mental des sujets, de manière générale ou lors des maladies somatiques, apparaissaient en effet différentes de celles des névrosés étudiés par la psychanalyse.

La mentalisation n'a pas été un objet direct des travaux de FREUD, sans doute dans la mesure où celui-ci s'intéressait spécialement à certaines organisations pathologiques qui fleurissaient à son époque : les névroses mentales. Dans les névroses mentales classiques les représentations psychiques se montrent riches dans leur ensemble. Leur quantité et leur qualité n'éveillent donc pas spécialement d'attention.

Cependant, sans les découvertes et les élaborations de FREUD qui concernent le fonctionnement mental et ses lieux et, à partir de 1915, la mise en évidence de la première topique qui situe le « préconscient » où se manifestent justement les représentations, la notion de mentalisation ne serait sans doute pas apparue.

L'organisation progressive des représentations

Les représentations consistent en une évocation de perceptions premières qui se sont inscrites et qui laissent des traces mnésiques. L'inscription des perceptions et leur évocation ultérieure sont la plupart du temps, accompagnées de tonalités affectives agréables ou désagréables.

Le « préconscient » indique le lieu des représentations et des liaisons entre elles de ces représentations.

La psychanalyse considère les représentations de choses et les représentations de mots.

Les représentations de choses rappellent des réalités vécues d'ordre sensorio-perceptif. Elles donnent lieu à des associations sensorielles et perceptives, ainsi qu'à des associations de comportements (faire les choses dans un certain ordre, par exemple). Elles peuvent être liées à des affects mais ne se prêtent pas, seules, à des associations d'idées, ne se montrant guère mobilisables par l'appareil psychique.

Les représentations de mots se produisent à partir de la perception du langage des autres, depuis le plus élémentaire jusqu'au plus compliqué. D'abord d'ordre sensoriel, les représentations de mots sont encore des représentations de choses. Elles quittent progressivement ce statut de représentations de choses pendant le développement individuel.

Elles naissent des communications avec la mère, puis elles maintiennent et organisent les communications avec les autres individus, permettant progressivement les communications avec soi-même : les réflexions intérieures. Les représentations de mots constituent la base essentielle des associations d'idées.

Dans la règle, les représentations de mots se lient aux représentations de choses pour former le système préconscient.

Par exemple une poupée qui est d'abord sentie comme une chose visible et palpable par le nourrisson, prend progressivement la valeur affective d'un

« enfant » et plus tard, chez l'adolescent et chez l'adulte, le sens métaphorique d'une « femme sexuée ». L'ensemble est inscrit dans le préconscient.

Il faut savoir qu'à l'inverse, lors de désorganisations éventuelles du préconscient et de manière pathologique, les représentations de mots peuvent se réduire à des représentations de choses en perdant la plupart des composantes affectives, symboliques et métaphoriques qu'elles avaient acquises pendant le développement.

Le mot « poupée » peut alors n'évoquer » chez le sujet en cause que le seul « jeu d'enfant ».

Les rêves nocturnes, en général, traduisent bien, au moins la qualité des représentations chez un individu donné, en un moment donné. Parfois, ces rêves consistent seulement en des représentations de choses quotidiennes, sans écart avec la réalité des actes accomplis ou à accomplir. Ils ne donnent guère lieu à des associations d'idées. D'autres fois, même à partir d'images simples, ils sont susceptibles d'ouvrir la voie à de multiples associations d'idées chargées d'affects et de symboles, se prêtant alors, au-delà de leur contenu manifeste, à la découverte de leur contenu latent, de leur signification réelle.

J'ai parlé, à plusieurs reprises déjà, de la quantité et de la qualité des représentations psychiques du système préconscient.

Leur quantité est en rapport avec l'accumulation des couches de représentations pendant les différents temps du développement individuel, ceux de la petite enfance et de l'enfance, d'abord. Nous en avons vu l'exemple avec l'accumulation des sens du mot « poupée ». Leur qualité préconsciente réside à la fois :

-Dans la disponibilité de leur évocation.

-Dans la disponibilité, lors de leur évocation, de leur liaison à d'autres représentations de la même époque (les diverses conditions familiales de l'enfance dans lesquelles s'opérait le jeu avec la poupée, par exemple) ou

d'époques différentes (les trois valeurs successives du mot « poupée », par exemple), l'ensemble fournissent les plus riches associations.

-Dans la permanence des disponibilités précédentes, cette permanence pouvant se trouver provisoirement interrompue ou gravement compromise par des évitements ou des répressions de représentations cependant acquises, par la désorganisation du système préconscient aussi.

Insuffisances et indisponibilités des représentations

Les insuffisances foncières des représentations trouvent leur origine au départ même du développement du sujet. Elles proviennent :

- A- Soit d'une insuffisance congénitale ou accidentelle des fonctions sensorio-motrices de l'enfant, fonctions qui constituent les bases perceptives des représentations. Difficultés visuelles ou auditives ou motrices, par exemple.
- B- Soit de déficiences fonctionnelles de la mère, du même ordre que les précédentes. On conçoit qu'une mère plus ou moins sourde ou aveugle, par exemple, ne puisse assurer une communication classique avec son nourrisson ou son petit enfant.
- C- Soit, et c'est le cas de loin le plus fréquent, d'un excès, d'une carence ou d'une dysharmonie des accompagnements affectifs de la mère vis-à-vis de l'enfant. On trouve ici les multiples problèmes posés par les mères somatiquement malades et par les mères déprimées ou excitées ou dirigistes ou indifférentes, ainsi que les problèmes posés par les familles nombreuses dans lesquelles la mère ne peut exercer totalement, pour chacun, sa difficile fonction.

Dans tous ces cas, à différents niveaux de l'organisation progressive du nourrisson, puis du petit enfant (sensoriels, moteurs, affectifs, verbaux) et

finalement dans le secteur de l'organisation des représentations, s'instituent des manques ou des insuffisances d'acquisitions de représentations de mots liés à des valeurs affectives et symboliques.

Ces manques ou insuffisances ne se réparent guère spontanément par la suite. Ils s'avèrent aussi très difficiles à réparer au cours d'éventuelles psychothérapies spécialisées.

On doit noter que ces déféctuosités sont absolument différentes de celles que présentent les oligophrènes. Des superstructures mentales en effet, parfois ouvertement riches, intellectuelles par exemple, peuvent exister ici.

Les indisponibilités des représentations acquises.

Elles sont le fait d'évitements ou de répressions des représentations psychiques, phénomènes parfois difficiles à distinguer les uns des autres, ou le fait encore de désorganisations mentales.

Elles participent habituellement de trois origines :

A- Il peut s'agir de tonalités affectives particulièrement violentes et désagréables qui sont liées aux perceptions d'une époque, au moins, de la petite enfance et de l'enfance, et qui ont frappé les représentations correspondant à ces perceptions.

Non seulement les représentations impliquées sont alors évitées (il ne faut pas y penser) ou réprimées par la suite, mais les évitements et les répressions s'étendent en tache d'huile à tout un réseau d'autres représentations liées affectivement aux précédentes.

Dans ce cas, les mécanismes de refoulement (du préconscient à l'inconscient) ne paraissent pas en cause puisque le réseau des représentations impliquées ne donne pas lieu à ce qu'on appelle des rejetons de l'inconscient aux aspects multiples, puisqu'aussi tout le réseau de ces représentations peut réapparaître dans son intégralité en certaines occasions..., pour disparaître à nouveau par la suite.

B- Il peut s'agir également de conflits qui opposent les représentations contenant une lourde charge, instinctuelle ou pulsionnelle, à des formations psychiques plus ou moins précoces, de l'ordre des idéaux, ayant effet de censures. L'apparition, dans le système préconscient et à la conscience, des représentations directement ou indirectement érotiques et agressives se trouve alors repoussée, puis les représentations réprimées et modifiées dans leur nature, dans les conditions que Catherine Parat a décrites et que je résume :

-Dans un premier temps, l'ensemble des représentations et des affects qui y sont liés ne se montrent plus.

-Dans un deuxième temps, différemment éloigné du précédent selon les cas, les représentations peuvent réapparaître dans leur forme descriptive élémentaire, mais démunies alors des valeurs affectives qui les accompagnaient à l'origine, c'est-à-dire sans possibilités de participer aux associations d'idées de la vie psychique.

Il faut savoir qu'à la répression des représentations mentales s'associe régulièrement la répression des comportements qui possèdent des charges identiques instinctuelles ou pulsionnelles, d'ordre érotique et agressif.

C- Il peut s'agir enfin de désorganisations mentales, dont le schéma est le suivant : on sait qu'un excès d'excitations tend toujours à désorganiser l'appareil fonctionnel qui le reçoit. Cet excès d'excitations frappe ici l'appareil mental, souvent au niveau le plus évolué qu'il a atteint, celui que l'on considère comme l'organisation oedipienne du stade génital.

Au mieux, dans ces conditions, s'effectue une régression (je reviendrai sur cette notion, à propos de la mentalisation et des processus de somatisation) à des systèmes de vie antérieurement marqués dans l'évolution du sujet, systèmes dits de fixations, qui donnent ici lieu à la formation d'une symptomatologie mentale, névrotique (d'ordre oral ou anal, stades pré-génitaux du développement

individuel, par exemple), l'organisation psychique restant globalement maintenue dans son fonctionnement.

Au plus mal, les systèmes de vie antérieurs du sujet n'ayant pas été suffisamment marqués, aucune symptomatologie mentale ne s'instaure et l'appareil mental lui-même se désorganise (on comprend alors qu'une organisation névrotique mentale puisse constituer un système de défense vis-à-vis de l'éventualité d'une désorganisation plus vaste). Les premiers repères de cette désorganisation, toujours difficiles à mettre en évidence parce que négatifs et révélant le manque, sont constitués :

-D'une dépression au sens propre de baisse de la pression, de baisse du tonus vital, dite essentielle en raison de l'absence de symptômes positifs (absence de symptômes mentaux en particulier).

-D'une disparition de la valeur fonctionnelle du préconscient. On ne rencontre plus les représentations de mots antérieures susceptibles de participer aux associations d'idées de la vie mentale habituelle du sujet.

Ainsi, par ces divers processus d'évitements, de répressions et de désorganisations mentales, apparaît l'indisponibilité de l'appareil psychique à élaborer les excitations qui, elles, ne manquent pas de se produire et de s'accumuler (l'inconscient reçoit, mais n'émet plus). Malgré les acquis antérieurs du préconscient (et malgré l'espérance plus grande que peuvent apporter dans ces cas les psychothérapies), on se retrouve alors dans le même état de précarité fonctionnelle du psychisme que celui des insuffisances foncières de mentalisation signalées au début de ce paragraphe.

Formes cliniques majeures des mentalisations

Dans la clinique des malades somatiques, selon les individus et pour certains d'entre eux selon les moments, des différences marquées apparaissent quant à la quantité comme quant à la qualité des représentations.

A- Parfois les représentations semblent absentes

Parfois elles se montrent réduites dans leur quantité (de nombreuses perceptions qui ont sans doute existé à plusieurs époques n'ont pas donné lieu à des représentations) et dans leur qualité (en reprenant notre exemple, le mot « poupée », n'a jamais évoqué autre chose que le jeu d'enfant).

Les sujets ainsi limités dans leur aptitude à penser n'ont d'autres recours (et seulement quand ils en ont la possibilité) que l'action dans les comportements pour exprimer les diverses excitations exogènes et endogène que la vie leur procure.

C'est ainsi qu'ont pu être définis les « névrosés de comportement » et, à un moindre degré de pauvreté quantitative et qualitative des représentations, les « névrosés mal mentalisés ».

Nous reconnaissons dans ces groupes les sujets présentant des insuffisances de développement du préconscient ainsi que les sujets atteints de désorganisation du préconscient. Le diagnostic différentiel entre les deux formules pathogéniques est parfois difficile à établir lors d'une première consultation.

B- Je dois dire quelques mots maintenant sur les bonnes mentalisations.

Elles apparaissent clairement lorsque les individus ont en permanence à leur disposition une grande quantité de représentations psychiques liées entre elles (sujettes à associations d'idées) et enrichies pendant le développement de multiples valeurs affectives et symboliques.

C'est le cas des « névrosés mentaux » classiques mis en évidence par Freud ainsi que le cas des « névrosés bien mentalisés » dont la symptomatologie, moins organisée et moins soutenue que dans les névroses mentales, plus fragile

aussi, se montre polymorphe, en associant aux symptômes mentaux (obsessionnels ou d'ordre anal ou phobiques ou d'ordre oral), davantage que dans les névroses mentales, des traits de caractères et des traits de comportement.

C- Entre l'ensemble formé par les « névrosés mal mentalisés » d'une part, et celui formé par les « névrosés bien mentalisés » d'autre part, figure un troisième groupe d'individus qui, par son importance numérique, mérite la plus grande attention. C'est le groupe formé par ceux que nous appelons les « névrosés à mentalisation incertaine ».

Tantôt « bien mentalisés », les individus paraissent riches de représentations et de pensées. Tantôt « mal mentalisés », leurs représentations et leurs pensées présentent une pauvreté désolante. Les variations de la quantité comme de la qualité de leurs représentations est parfois frappante.

Nous reconnaissons dans ce groupe les sujets soumis, pendant des temps plus ou moins longs, à des indisponibilités des représentations acquises, par évitements ou répressions de ces représentations.

L'incertitude portant sur la mentalisation provient aussi bien de la variation qualitative et quantitative des représentations du sujet qu'observe directement le consultant pendant son investigation, que de son sentiment de telles variations, qui peuvent être extrêmes, pendant la vie antérieure du sujet (périodes de dépression essentielle ou de répressions signalées des représentations et des comportements).

Précisions à propos des comportements et des conflits

Pour faciliter la compréhension de mon exposé, je vais revenir un moment, de manière plus précise, sur deux aspects de notre vie précédemment évoqués que constituent, chacun de leur côté, les comportements et les conflits.

Les comportements

J'ai signalé que lorsque les représentations mentales étaient réduites, les sujets n'avaient guère de possibilités d'élaborer psychiquement les excitations dont ils étaient l'objet et ne trouvaient d'autre voie, pour exprimer, pour décharger celles-ci, que l'action dans les comportements (s'ils le pouvaient). Les manifestations de comportement ne correspondent pas, pour autant, à l'absence d'une vie mentale.

Les comportements, plus ou moins accompagnés d'affects, qui reposent sur l'activité sensorio-motrice, constituent en effet un immense domaine dans lequel chacun de nous puise sa part, selon la nature et selon les circonstances.

Ils peuvent certes se produire sans que des représentations de mots les sous-entendent (activités érotiques ou agressives directes, crises hystériques, activités opérationnelles ou opératoires, par exemple). Cependant, dans la majorité des cas, de nombreuses représentations mentales et de nombreuses associations mentales et de nombreuses associations d'idées les précèdent ou les accompagnent (activités réfléchies, par exemple). Dans un autre style, certains comportements sont susceptibles de décharger d'abord une partie des excitations pulsionnelles auxquelles nous avons à faire face (réactions de caractère plus ou moins bruyantes, exercices physiques – ne serait-ce que de marcher -, recours partiel à quelque toxique – boire un verre ou fumer – qui diminue un temps les excitations). Ces activités laissent éventuellement la place à une élaboration mentale plus sereine.

Les comportements peuvent encore dériver les excitations sexuelles et agressives vers des sublimations (artistiques, artisanales, sociales, sportives, par exemple).

Il convient néanmoins de souligner que les comportements, qui utilisent l'activité sensorio-motrice, risquent de se trouver compromis dans leur rôle d'expression des excitations lorsque l'activité sensorio-motrice se trouve elle-même freinée ou barrée par des insuffisances physiques, des accidents, des

maladies. Les sujets soumis à des limitations ou à des incapacités d'expressions sensorio-motrices ne peuvent guère ou ne peuvent plus, alors, utiliser la voie des comportements.

Les conflits

Pour les psychanalystes, les conflits sont intrapsychiques. Ils consistent en l'opposition d'exigences ou de tendances contradictoires, à l'intérieur même de notre appareil mental inconscient, préconscient et conscient. Ils postulent donc d'une bonne mentalisation, celle des « névrosés mentaux » et des « névrosés bien mentalisés ».

Ces conflits se constituent pendant la petite enfance et l'enfance, à l'occasion de l'évolution de la sexualité. Pour l'essentiel, s'opposent d'une part nos pulsions érotiques et agressives dans leurs diverses configurations (orale, anale et génitale par exemple) et, par ailleurs, un certain nombre de formations mentales plus ou moins répressives des pulsions précédentes : estime de soi, conscience morale, idéaux, interdits (Idéaux du Moi, et Surmoi en particulier). De tels conflits intra-psychiques reposent ainsi sur les représentations préconscientes de tendances très diverses et sur les affects qui y sont liés.

Les représentations des pulsions peuvent fréquemment (naturellement pourrais-je dire) se trouver refoulées, renvoyées du préconscient vers l'inconscient, je l'ai évoqué. Les refoulements rendent moins conscients les conflits mais provoquent, par contre-coup, l'organisation interne des névroses mentales, également évoquées, qui laissent apparaître leurs symptômes parmi lesquels figurent au premier plan des angoisses dites « signaux d'alarme ».

Les rêves, avec les associations d'idées et les interprétations auxquelles ils donnent éventuellement lieu dans les psychanalyses et les psychothérapies, révèlent souvent les différents termes des conflits (excitations pulsionnelles et interdits) et permettent de mettre progressivement à jour l'histoire infantile des

sujets en laissant apparaître les complexes qui ont résulté (castration, oedipe, par exemple).

Sans qu'il soit question de secours psychothérapeutique et de manière spontanée donc, les conflits psychiques plus ou moins latents s'éveillent et s'animent régulièrement à l'occasion d'événements nouveaux qui suscitent des excitations (érotiques et agressives pour l'essentiel). Ils s'éveillent plus activement encore à l'occasion de pertes douloureuses : perte d'un être cher, perte d'une fonction physique ou professionnelle, par exemple.

Que se passe-t-il alors chez les sujets bien mentalisés? La plupart du temps apparaissent, avec une dépression qui sera donc symptomatique, une recrudescence des symptômes mentaux habituels, une augmentation de la quantité et de l'acuité des angoisses, éventuellement la venue de manifestations psychiques inédites. En fait, excitations et représentations nouvelles vont rejoindre la masse de l'activité conflictuelle psychique existante qui les englobe et les assimile dans un temps plus ou moins long, avec plus ou moins de peine.

Si quelques symptômes somatiques apparaissent alors, ils demeurent dans l'ordre des pathologies spontanément réversibles, souvent habituelles au sujet.

Mais lorsque manquent les représentations (« névrosés de comportement, névrosés mal mentalisés »), les problèmes se présentent d'une toute autre manière dans la mesure où, pour reprendre mes exemples précédents, les excitations érotiques et agressives ou la perte d'un être cher ne peuvent ni être figurées par des représentations, ni rejoindre une masse d'activité psychique, ici inexistante ou presque.

Qu'en est-il alors de la suite des événements?

Quand il s'agit d'excitations érotiques ou agressives banales, celles-ci peuvent donner lieu à des expressions directes ou rapides, par des comportements sexuels ou de violences corporelles qui épuisent les excitations.

Cependant, pour en avoir antérieurement éprouvé les risques, le sujet peut aussi s'abstenir. Des interdits parentaux ou sociaux (interdits non élaborés

personnellement, à peine intériorisés) sont également susceptibles de le faire reculer devant l'action. Il utilise alors au mieux, s'il le peut, les systèmes de comportements dont il a l'habitude et que nous avons évoqués : activités physiques ou sublimées, par exemple.

Quand il s'agit plus gravement de la perte d'un être cher, compagnon plus ou moins coutumier, celle-ci reste une perte relationnelle « sèche » (sans les possibilités du « travail de deuil », travail psychique qui vient progressivement, chez d'autres, compenser la perte et la douleur)... jusqu'à ce qu'une nouvelle relation d'un type voisin de la précédente vienne éventuellement pourvoir à celle-ci. Il en est à peu près de même lors de la perte d'une fonction professionnelle ou d'une fonction physique (lorsque cette dernière ne vient pas barrer les expressions de comportement).

Par rapport aux possibilités d'écoulement des excitations grâce à l'élaboration psychique des sujets bien mentalisés, nous venons d'entrevoir, chez les sujets mal mentalisés, la fragilité et la précarité des moyens de défense, face aux mêmes excitations que la vie apporte.

En l'absence de fonctionnement du système préconscient, les excitations non exprimées et non déchargées persistent et s'accumulent. De toute manière une dépression essentielle s'installe. Les excitations risquent, par ailleurs, de poursuivre leur chemin destructeur dans une désorganisation progressive des appareils somatiques.

Mentalisation et processus de somatisation

On peut estimer, d'une manière générale, que :

-Lorsque les excitations pulsionnelles se montrent d'importance moyenne et ne s'accumulent pas trop chez un sujet dont, par ailleurs, la mentalisation est

bonne, on a la chance de n'assister qu'à la venue d'affections somatiques la plupart du temps spontanément réversibles.

-Lorsque les excitations instinctuelles et pulsionnelles se montrent importantes et s'accumulent chez un sujet dont, par ailleurs, la mentalisation est mauvaise, on a le risque d'assister à la venue d'affections somatiques évolutives et graves.

Je vais examiner de plus près les propositions précédentes qui, dans une certaine mesure, opposent la notion de régression à celle de désorganisation progressive, notions auxquelles j'ai déjà fait allusion.

Au cours du développement individuel, pendant la vie intra-utérine, la première enfance de l'enfance, certaines fonctions d'ordre somatique fondamental, d'ordre somatique relationnel (à la mère surtout, concernant par exemple l'alimentation ou l'excrétion), psychiques enfin, se trouvent l'objet de marquages particuliers qu'on appelle fixations. De tels marquages proviennent de difficultés de divers ordres qui, en leur temps, ont retardé la participation des fonctions impliquées à l'évolution plus générale des sujets.

Les fixations fonctionnelles (qui se révéleront par la suite sous la forme de régressions) possèdent une double valeur :

-Une valeur négative parce que les fonctions fixées, en apparence plus fragiles que les autres, seront davantage l'objet de pathologies ultérieures (somatiques fondamentales, somatiques relationnelles, mentales).

-Une valeur positive parce que, réservoirs d'énergie vitale, elles seront pourvues d'une faculté de résistance plus grande que les autres devant les mouvements de désorganisation de l'individu auxquels elles mettront un terme.

Les régressions, qui représentent ainsi le retour partiel d'un sujet à des fixations fonctionnelles antérieures, bien qu'elles se révèlent sous des formes plus ou moins pathologiques, protègent en fait l'économie vitale générale de ce sujet.

S'il peut s'installer des régressions en n'importe quel moment (elles sont parfois inattendues) et en n'importe quel lieu (sur n'importe quel système

fonctionnel), les mouvements régressifs s'enchaînent, à l'habitude, selon le schéma suivant :

- Excitations excessives au niveau psycho-affectif.
- Légère désorganisation mentale dont témoigne une dépression plus ou moins colorée des symptômes de la régression psychique.
- Régression psychique (augmentation du taux des angoisses, apparition d'autres symptômes mentaux-phobiques par exemple) et venue éventuelle de symptômes caractériels ou de comportement.
- Désorganisation somatique, souvent peu notable cliniquement (elle pourrait sans doute l'être au laboratoire).
- Apparition de l'affection somatique qui met fin au mouvement de désorganisation.

De nombreuses affections somatiques sont susceptibles de répondre à ce type de régressions : asthme, eczémas, gastrites, ulcères, rachialgies, céphalgies, migraines par exemple. Il en est bien d'autres. Toutes ont en commun de se présenter sous des formes cliniques classiques, comme des maladies « à crises », fonctionnellement localisées, non évolutives en elles-mêmes. Elles ne mettent pas en jeu le pronostic vital des sujets.

Les thérapeutiques médicales aident, parfois nécessairement, à la guérison des crises. Les psychothérapies visent, en renforçant les défenses mentales, sinon à l'éradication des affections, du moins à la diminution de l'importance et de la fréquence des crises. La relaxation est quelquefois un adjuvant des psychothérapies.

Les affections somatiques de type régressif surviennent souvent chez des sujets bien mentalisés. Le témoignage de la bonne mentalisation est fourni par la quantité et la qualité habituelles des représentations psychiques chez l'individu, nous l'avons vu. Il est fourni, à l'occasion des processus régressifs de somatisation, par l'aptitude du sujet aux régressions symptomatiques

mentales (caractérielles et de comportement aussi) que je viens d'évoquer, lesquelles précèdent ou accompagnent la somatisation.

Il en est tout autrement avec les processus de désorganisations progressives qui surviennent électivement chez les sujets mal mentalisés dont je rappelle les formes cliniques majeures antérieurement exposées :

-Névroses de comportement.

-Névroses mal mentalisées.

-Désorganisations du préconscient.

-Indisponibilités des représentations par évitements massifs ou répressions durables des représentations.

Les mouvements des désorganisations progressives (dont le sens est globalement inverse de celui du développement individuel) s'enchaînent le plus souvent selon le schéma suivant :

-Excès permanents ou répétés, et finalement accumulation d'excitations au niveau psycho-affectif, sans possibilités d'élaborations mentales, les possibilités d'écoulement ou de décharge de ces excitations dans les comportements se trouvant réduites.

-Désorganisation mentale plus ou moins rapide selon le degré de précarité du fonctionnement antérieur du préconscient chez le sujet. Un appareil psychique peu dense est facilement traversé par le mouvement désorganisateur.

-Dépression essentielle (reprise, souvent, d'un type de dépression de l'enfance, ou reprise plus marquée d'une dépression latente) et parfois vie « opératoire », automatique.

-Absence de régressions psychiques, symptomatiques (la vie mentales est ici réduite à des représentations de choses). Apparition éventuelle d'angoisses diffuses (différentes des angoisses « signaux d'alarmes » sous-tendues de représentations) qui signalent l'état de détresse psychosomatique du sujet.

-Désorganisations somatiques fréquemment notables. Venue, parfois, de rafales de « maladies » diverses atypique dans leur forme comme dans leur évolution

par rapport aux mêmes « maladies » de type régressif. Il convient de porter attention au fait que des « maladies à crises », habituelles chez un individu, peuvent cependant constituer un jour, en raison d'une désorganisation mentale imprévue, le premier symptôme somatique d'une désorganisation progressive. L'existence des prodromes ci-dessus signalés renseigne le médecin.

-Apparition d'une maladie grave, évolutive. Cette apparition peut être plus ou moins lente (temps de latence différents selon la maladie et selon les sujets). Elle peut être fulgurante, sans signaux antérieurs de pathologies somatiques.

Les affections somatiques qui répondent finalement aux désorganisations progressives se rangent, dans leur ensemble, sous les titres des maladies cardiovasculaires, des maladies auto-immunes et des cancers. Évolutives de différentes manières, elles mettent en jeu le pronostic vital des sujets.

Les thérapeutiques médico-chirurgicales s'avèrent indispensables ici.

Les psychothérapies sont destinées à rétablir le meilleur fonctionnement mental possible pour le sujet et, dans les cas de défaillances profondes de la mentalisation, à établir le meilleur fonctionnement économique possible (mental et de comportement). Aux meilleurs niveaux de ces fonctionnements correspond en effet, selon l'expérience, le meilleur niveau des défenses biologiques individuelles.

Dans les cas de cancers, où les psychothérapies visent, comme ailleurs, à freiner les évolutions de la maladie, voire à y mettre un terme, la destruction des foyers tumoraux, quels qu'ils soient, s'impose en permanence.

Les psychothérapies ont toujours intérêt à s'instituer le plus tôt possible pour accompagner, aider, faciliter éventuellement les thérapeutiques médico-chirurgicales et, dans certains cas, se substituer finalement à elles.

Dans tous les contextes pathologiques où elle s'institue, qu'il s'agisse d'affections habituellement réversibles ou surtout d'affections évolutives, les psychothérapies – afin d'offrir aux patients le maximum d'efficacité avec le minimum de risques – doivent être effectuées par des psychanalystes ayant reçu

une longue formation psychosomatique théorique, clinique et pratique. Cette formation correspond à celles qui est dispensée au Centre d'Enseignement et de Recherche (C.E.R.P.) de l'Institut de Psychosomatique (I.P.S.O) et mise en application à l'Hôpital de la poterne des Peupliers (H.P.P.) avec les psychothérapies d'adultes et d'enfants (Unité Léon KREISLER).

Conclusion

L'étude des imbrications du fonctionnement mental et du fonctionnement somatique, tout au cours de l'évolution individuelle, constitue l'objet même de la recherche psychosomatique. Nous avons aperçu quelques données des problèmes posés. Les données en cause ne sont pas entièrement révélées, loin de là. Nous travaillons à les découvrir plus largement, à les préciser aussi.

La psychosomatique représente l'un des aspects important de la médecine actuelle. Elle est clinique, pratique, théorique. Sa pratique réside dans les psychothérapies des malades somatiques, nous en avons parlé, ainsi que dans la prévention des maladies somatiques dont nous n'avons pu faire état.

D'autres aspects important de la médecine constituent les secteurs d'études de médecins généraux et spécialisés. Des fundamentalistes s'intéressent, heureusement aussi, aux questions que posent la génétique, la neuro-biologie, par exemple. Tous s'occupent, comme nous, des malades et de leurs maladies. Nous nous en réjouissons et collaborons volontiers avec eu pour confronter et, finalement, accorder sans doute nos points de vue.

Références bibliographiques

Debray R. (1983), L'équzlibre psychosomatique. Organisation des diabétiques, Paris, Dunod

Fain M. et Marty P. (1986), Intervention sur le rapport de C. Le GUEN. Le refoulement, III Revue française de Psychanalyse, 50, n° 1, (spécial), p. 476-479

Jasmin CI. et coll. (1990), Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case control study, in Annals Oncol, n° 1

Loriod J. et Marty P. (1985), Fonctionnement mental et fonctionnement psychosomatique, in Corps et histoire, Paris, Les Belles-Lettres, p. 143-204

Marty P., M'Uzan M. de et David Ch. (1963), L'investigation psychosomatique, Paris, Presses Universitaires de France, 264 p.

Marty P., (1976), Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, t.1, Paris, Payot, 274 p. Marty P., (1980), Les mouvements individuels de vie et de mort. L'Ordre psychosomatique, t. 2, Paris, Payot

Marty P., (1983), Des processus de somatisation, in M. Fain et Ch. Dejours, Corps malade et corps érotique, Paris, Masson, 1984, p. 101-115

Marty P., (1984), A propos des rêves chez les malades somatiques, in Revue française de Psychanalyse, 48, n° 5, p. 1143-1164

Marty P., (1988), Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte, in Psychothérapies, Genève, 8, n° 4, p. 177-182

Marty P., (1990), La psychosomatique de l'adulte, Paris, Presses Universitaires de France, «Que sais-je? », 128 p.

M'Uzan G. de (1981), Relaxation et psychanalyse, in Revue française de Psychanalyse, XLV, n° 2, p. 379-390

Nicolaïdis N. (1984), La représentation, Paris, Ed. Dunod.

Parat C., La Répression, in Revue française de Psychosomatique, n° 1, Presses Universitaires de France (à paraître 1991)

Perron R. (1988), Histoire de la psychanalyse, Paris, Presses Universitaires de France, «Que sais-je? », 128 p.