

LA CONSTRUCTION DE LA THÉORIE EN PSYCHOSOMATIQUE

Jacques Press

Presses Universitaires de France | « Revue française de psychosomatique »

2008/2 n° 34 | pages 151 à 168

ISSN 1164-4796

ISBN 9782130569404

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2008-2-page-151.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

JACQUES PRESS

La construction de la théorie en psychosomatique

Comment construisons-nous nos théories, quel rapport entretiennent-elles avec notre pratique ? Qu'est-ce qui fait leur valeur, mais aussi et surtout leurs limites ? Au moment d'aborder ces questions, une évidence s'impose : c'est l'interrelation dialectique existant entre clinique et théorie. Pas de théorie qui ne renvoie à une observation clinique ; mais, à l'inverse, pas de clinique qui ne soit fondée sur une théorie, celle-ci seule lui donnant forme et existence. Le regard est ici déterminant qui, délimitant et découpant la réalité, lui donne forme – et la déforme.

Cette question sous-tend la complexité du rapport qu'entretient Freud avec la science de son temps. Élève de Brücke, issu du grand mouvement scientifique et positiviste de la seconde moitié du XIX^e siècle, il est aussi l'héritier d'une vision romantique de la destinée humaine. De manière liée, alors qu'elles visent à fonder une science nouvelle, ses découvertes conduisent en fait à une subversion de la rationalité scientifique de son temps : troisième vexation infligée à l'orgueil humain, la psychanalyse montre que le moi n'est plus maître en sa demeure (Freud, 1917), et donc que l'observation objective est un leurre. Il s'ensuit qu'il est faux de considérer un objet d'étude comme un matériel inerte que l'observateur essaie de décrypter. Tout observateur est en effet influencé par ce qu'il examine et dont il tente de déceler la structure profonde.

Le cas de Marty n'est pas moins parlant que celui de Freud et met d'une certaine façon en évidence le mouvement inverse. Freud part d'un modèle scientifique positiviste et le déborde. La nosologie psychosomatique, quoique fondée sur la psychanalyse, porte en revanche la marque objectivante de son objet d'étude et de la science *dure* que vise à être la médecine scientifique : cette nosologie propose une classification qui porte l'empreinte du médical. Il en va de même du but thérapeutique : réparer

le « fonctionnement de la première organisation topique, qu'il [le psychosomaticien] considère en elle-même comme le rouage central, détérioré, de la machine mentale » (Marty, 1976, p. 93) des patients somatisants.

Par ailleurs, toute construction théorique s'inscrit dans une tension dialectique entre inscription dans une filiation d'un côté et mouvement parricide de l'autre ; mais aussi entre le confort à rester dans un cadre de pensée donné et capacité à s'en extraire sans perdre ses repères, ce qui suppose des bases narcissiques suffisamment solides. À travers son activité théorisante, l'analyste continue, de manière indirecte, à perlaborer certains aspects de son propre parcours analytique comme de son rapport à ses maîtres et à leur héritage. D'un côté développant avec d'autres moyens les potentialités créatrices que ce parcours a libérées. De l'autre – analyse sans fin –, tentant de mettre en forme ce qui, de ce parcours, fait reste et continue de l'interroger au plus profond de lui-même¹. Il est évident que ce dernier mouvement est marqué du sceau de l'ambiguïté, dans la mesure où se rencontrent en lui potentialités créatrices et rationalisations de nos résistances.

Interroger la construction des théories, c'est donc interroger la dialectique de ce mouvement chez leurs concepteurs. Or cette dialectique, nous ne pouvons à l'évidence pas la percevoir directement, mais seulement à travers l'écho que ces théories suscitent en nous, avec tout ce que cela comporte de subjectivité. Me centrant sur l'édifice théorique de Pierre Marty, c'est cet écho que je vais essayer de faire résonner en prenant pour point de départ les travaux de Thomas Kuhn, l'un des historiens des sciences les plus importants du XX^e siècle.

Paradigme et modèle

Kuhn a mis en évidence une séquence caractéristique de l'histoire de la connaissance (Kuhn, 1970 [1983]). À un moment donné de cette histoire, écrit Kuhn, un certain nombre d'acquis se cristallisent en un paradigme à valeur explicative de faits dont on peinait jusqu'alors à rendre compte. Ce paradigme a valeur de référence pour la période qui suit, il est exploité dans ses différentes potentialités². Simultanément

1. Cette coïncidence dans la quête animant les mouvements de recherche théorique et clinique ne doit bien sûr rien au hasard, elle constitue la face cachée d'une médaille dont l'avvers revêt la forme de l'écart théorico-pratique cher à J.-L. Donnet (Donnet, 1995).

apparaissent petit à petit ses limites : d'autres faits sont mis en évidence, qui entrent mal ou incomplètement dans le cadre établi par ce paradigme. Il en résulte une tension, essentielle (c'est d'ailleurs le titre de l'un de ses livres : *The Essential Tension*), entre le paradigme précédemment établi et les découvertes nouvelles. Cette tension aboutit à un paroxysme : le paradigme en question prend l'eau. Alors émerge, grâce au génie d'un homme ou d'un groupe d'hommes, un nouveau paradigme, qui, revêtant une valeur explicative supérieure et permettant d'intégrer les découvertes récentes, va remplacer le premier.

Ce nouveau paradigme constitue une révolution scientifique. Il va à son tour être exploité, ses limites vont apparaître tôt ou tard, de nouveaux faits vont le remettre en question, et le cycle se poursuit. Les grandes découvertes scientifiques correspondent à l'invention de tels paradigmes : Galilée et Copernic, Newton, Einstein, dans le domaine des sciences physiques, Darwin en anthropologie, sont des créateurs de paradigmes. Dans un autre registre, Freud, inventant la psychanalyse, fonde lui aussi un nouveau paradigme.

Mais, pour autant, il ne me paraît pas exact de dire que Freud a créé un modèle. Un modèle vise à rendre compte de manière exhaustive et systématique d'un certain nombre de données. Or, Freud, à travers la *Traumdeutung* d'abord, puis à travers les transformations et les ajouts qu'il a fait subir à sa théorie, ne s'est jamais préoccupé de construire un modèle totalisant et explicatif du psychisme humain. Au contraire, il n'a pas hésité à bouleverser profondément ses théories quand cela lui paraissait nécessaire : introduction du narcissisme en 1914, de la pulsion de mort en 1920, de la deuxième topique en 1923, du clivage du moi en 1927, sans compter les modifications de sa théorie du rêve, du masochisme, de l'angoisse, du traumatisme et j'en passe. C'est aussi ce qui donne aux écrits freudiens leur côté ouvert, génératif, en attente de

2. Par la suite, Kuhn (Kuhn, 1977 [1990], p. 237-284) a distingué différents aspects constitutifs du paradigme. Il y a d'abord ce qu'il nomme « matrice disciplinaire » et qui constitue l'essence de la nouveauté théorique formulée par son ou ses inventeurs. Il y a ensuite la formulation symbolique que son auteur lui a donnée (p. ex. $E = mc^2$ pour Einstein, $F = ma$ pour Newton). À cela s'ajoutent la valeur « métaphysique » que revêt l'adhésion du groupe au nouveau paradigme ainsi que les « valeurs » qu'elle constitue pour ce groupe. Enfin, le nouveau paradigme prend la forme d'« exemple », qui sera traduit dans les manuels d'enseignement et assurera la pérennité du paradigme pour le groupe. Kuhn accorde une importance particulière à ce dernier aspect dans le fonctionnement et la transmission de la science dite « normale », c'est-à-dire en dehors des périodes révolutionnaires. Bien que son développement puisse par endroits se recouper avec la distinction que j'établis plus loin entre paradigme et modèle, il en est néanmoins distinct.

nouveaux développements. Il me paraît donc important de distinguer soigneusement ce qui relève du paradigme et ce qui relève du modèle.

Essayons de préciser la nature de la différence entre l'un et l'autre. Le paradigme est une intuition théorique générale permettant de rendre intelligible – et souvent de faire voir pour la première fois – des pans du réel qui ne l'étaient pas auparavant ; il les organise, mais ne les systématise pas. Le modèle, lui, vise à rendre compte de certains faits, mais aussi à les systématiser en un tout cohérent. C'est cette volonté de systématisation qui distingue le modèle du paradigme. Un modèle peut exprimer aussi un nouveau paradigme, mais ce n'est pas obligatoire. À l'inverse, un nouveau paradigme peut ou peut ne pas prendre la forme d'un modèle. Il est bien évident qu'un modèle sera d'autant plus intéressant qu'il tente de mettre en forme un nouveau paradigme.

Comment s'inscrivent les travaux des psychosomaticiens de l'École de Paris, de Pierre Marty en particulier, dans cette optique ? Les choses sont loin d'être simples. D'un côté, Marty prend appui sur le paradigme psychanalytique : inconscient, sexualité infantile, et ses aléas, œdipe sont bien au cœur de sa théorisation, comme le sont les notions centrales de son système théorique. Mais ces notions sont en même temps profondément subverties : le préconscient martyien est plus proche du pensoir bionien que du préconscient freudien ; les systèmes de fixation - régression, étendus au soma, se voient attribuer des fonctions homéostatiques qu'ils n'ont pas du tout chez Freud.

Or, ce qui rend ce travail de subversion nécessaire, c'est précisément que Marty cherche à mettre en forme son intuition fondamentale et que celle-ci constitue un paradigme nouveau. Pour le dire en une phrase, le paradigme psychosomatique définit la relation inverse que Marty établit entre ce qu'il nomme « qualité du fonctionnement mental » et risque de somatisation. La maladie somatique apparaît en quelque sorte en lieu et place du fonctionnement psychique abrasé.

Enfin, contrairement à Freud, Marty crée un modèle qui tente de donner une forme systématisée à cette intuition. On le sait, ce modèle présente trois caractéristiques essentielles. C'est un modèle vitaliste, hiérarchique et évolutionniste, et finalement moniste (Smadja, 1995).

Évolutionniste et vitaliste : l'évolution apparaît animée par les forces de vie qui gouvernent une organisation psychosomatique de complexité croissante, marqué par des paliers de fixation / régression pour aboutir à la pointe évolutive que constitue l'œdipe. L'accent mis sur l'évolution va de pair avec la notion de programme évolutif que l'être humain, si tout va bien, serait amené à remplir. Au centre de ce programme : le

préconscient, plaque tournante de l'économie psychosomatique, et la qualité de son fonctionnement, à laquelle Marty accorde une place essentielle.

L'expression la plus manifeste du paradigme à l'intérieur du modèle réside dans l'assomption d'un monisme psychosomatique intégral : alors qu'ils sont phénoménologiquement très différents, les mécanismes sous-tendant le fonctionnement psychique et le fonctionnement somatique sont fondamentalement les mêmes. Ce monisme psychosomatique est doublé d'un monisme pulsionnel : les « instincts de mort » n'ont pas d'existence indépendante, ils ne font que marquer la défaillance, provisoire ou durable, des instincts de vie. Par ailleurs, les mouvements psychiques comme somatiques sont des mouvements d'organisation et de désorganisation, cette dernière se manifestant au niveau mental par la dépression essentielle et la pensée opératoire. Ce sont la qualité et la force des systèmes de fixation - régression, formant la base de ce qu'on pourrait appeler un narcissisme de vie psychosomatique, qui détermineront la poursuite ou l'arrêt du mouvement de désorganisation. Le point de vue dominant est donc celui d'un génétisme élargi.

Ces systèmes s'étendent du somatique au psychique et rendent compte du fait qu'il existe deux types forts différents de somatisation. Maladies régressives d'une part, spontanément réversibles la plupart du temps et limitées dans le temps, permettant, à l'intérieur même de la crise, une réorganisation somato-psychique. Désorganisations contre-évolutives de l'autre, où, les paliers de fixation - régression ayant fait défaut, tant au niveau somatique qu'au niveau psychique, la désorganisation, commencée dans le psychisme, se poursuit dans le soma et aboutit à des maladies graves telles que cancers et maladies auto-immunes. La dépression essentielle, et son corollaire, la vie opératoire, sont les marqueurs de la désorganisation dans la vie psychique.

Il vaut enfin la peine de relever que Marty a développé son modèle en se démarquant de la psychanalyse. Un exemple significatif est la façon dont il substitue à la notion de libido, trop restrictive selon lui, celle d'excitation. « Cette réticence [au concept de libido], écrit-il, tient au fait que le concept, qui s'adapte parfaitement à la psychanalyse, se montre défaillant dans la perspective psychosomatique plus large, particulièrement en raison de certaines implications d'ordre énergétique. » Implications dont il signale en note qu'elles « sont de deux ordres : l'une concerne la représentation d'une simple énergie accordée aux instincts de vie, sans discrimination évolutive des organisations auxquelles cette énergie se réfère ; l'autre concerne l'indépendance énergétique accordée

aux instincts de mort, qui permet de concevoir des alliages et des alliances entre la libido et les pulsions de mort » (Marty, 1976, p. 123-124). Et un peu plus bas : « La qualité des instincts de vie nous paraît varier selon le niveau évolutif concerné (...) On ne saurait pas plus trouver une mesure énergétique commune aux mouvements de la physique et de la chimie, à ceux des plantes, des animaux, des hommes, qu'on ne saurait d'ailleurs rejeter l'idée d'une ligne évolutive commune à ces mouvements » (*ibid.*, p. 124).

Ce passage exprime une intuition géniale, corrélative du paradigme : elle postule des mouvements de qualification et de déqualification pulsionnelle. Elle connaîtra une riche postérité théorico-clinique : mouvements de délibidinalisation, mécanismes autocalmants (Smadja, 2001 ; Szwec, 1998). L'autre « implication » de ce passage, pour parler comme Marty, touche de manière plus spécifique au modèle. La psychosomatique a pour lui un rapport d'inclusion à la psychanalyse. La psychanalyse ne recouvre pour Marty qu'une petite partie des phénomènes observés en psychosomatique.

Ses élèves et successeurs, en particulier C. Smadja, se sont au contraire efforcés, dans leur effort théorique, de resituer le champ psychosomatique à l'intérieur de la doctrine freudienne en l'intégrant dans les travaux freudiens d'après 1920 (Smadja, 2001). Cet auteur rend donc compte du paradigme dans un modèle théorique distinct, et pour une part opposé, à celui de Marty, dans la mesure précisément où Smadja raisonne en termes « d'alliage et d'alliance entre libido et pulsions de mort », cette pulsion de mort dont Marty rejetait l'existence en tant que facteur autonome¹. Pour Smadja, c'est la désintrinsication pulsionnelle qui, en dernière analyse, est responsable de la désorganisation mentale, puis somatique. Cet exemple nous fait toucher du doigt la distance séparant paradigme de modélisation. En un mot : les travaux de Smadja sont imprégnés du paradigme, mais il en rend compte à travers une modélisation différente de celle de Marty, une modélisation forgée à partir de la dernière théorie des pulsions freudiennes.

1. Comme le fait aussi, dans une optique différente, l'un des autres pères fondateurs de l'École psychosomatique, M. de M'Uzan.

*Deux outils conceptuels importants : « modèle imaginaire »
et « fiction théorique »*

Une question se pose alors : quel est le statut théorique de ces diverses modélisations ? Marty en effet, comme Freud d'ailleurs, a toujours défendu la scientificité de sa démarche. Poussant même les choses un pas plus loin, il a tenté de mettre sur pied des outils de vérification scientifique, avec la grille diagnostique qu'il a mise au point à l'IPSO d'une part, à travers la recherche sur le cancer du sein mené en collaboration avec P. Jasmin de l'autre. On sait les résultats, intéressants mais néanmoins fort mitigés et discutés par la communauté scientifique, de cette démarche.

Un scientifique vous ferait à coup sûr la remarque suivante : une chose est de constater que nombre de patients somatisants ont un fonctionnement opératoire, autre chose d'affirmer un lien de causalité entre ce fonctionnement et la survenue d'une somatisation. Il faut avouer que la méthodologie nécessaire à prouver le lien de causalité entre fonctionnement opératoire et risque de somatisation paraît d'une complexité et d'une lourdeur qui en rendent l'application problématique. Si l'on voulait se conformer aux critères scientifiques, il faudrait une étude prospective en double aveugle sur un échantillonnage ne présentant pas de biais de sélection. Il faudrait suivre cette population sur de nombreuses années et vérifier si les somatisations surviennent plus souvent chez les opératoires que chez les autres. Même si cela se confirmait, il faudrait aussi tenir compte d'autres facteurs pouvant influencer la survenue ou non de somatisations. Je pense par exemple à ce que Marty, puis Fain, ont nommé les « conditions fastes », à savoir les conditions extérieures permettant à un patient, tout opératoire qu'il soit, de maintenir son équilibre psychosomatique intact.

On voit que de telles études sont quasiment irréalisables et que nous en sommes réduits à la remarque que faisait déjà Freud dans son article sur le fétichisme (Freud, 1927). Nous devons nous contenter d'expliquer *comment* les choses se produisent, sans pouvoir dire souvent *pourquoi* elles se produisent.

Mais, au-delà de ce problème de faisabilité, je vois à cette manière de faire une objection plus fondamentale. Qu'il s'agisse de la découverte freudienne ou de celle de Marty, nous ne pouvons recourir de manière simple à des systèmes de validation empruntés aux sciences dites dures. Un recours de ce type ne peut qu'avoir un effet appauvrissant, dans la mesure où il néglige la complexité en jeu dans le fait qu'aussi bien la

psychosomatique que la psychanalyse mettent en jeu et en scène deux objets vivants, chacun influant sur l'autre. La tentation est d'autant plus grande en psychosomatique, du fait que nous semblons disposer de l'indice mesurable que constitue l'évolution de la maladie. Mais il y a là un piège qui consiste à passer du monisme psychosomatique théorique, seule position théorique défendable à mon sens, à sa vérification concrète en sautant toutes les étapes intermédiaires. En d'autres termes, la difficulté consisterait à maintenir vivant le point de vue moniste tout en respectant l'écart entre les niveaux de fonctionnement du somatique au psychique, écart que le recours à la vérification de type scientifique objectivant donne l'illusion de combler alors qu'il ne fait que le nier.

Avec cette question de notre rapport au modèle scientifique, nous abordons un chantier que les psychanalystes connaissent bien. C'est donc de leur côté que je vais me tourner. Deux voies de recherche intéressantes se dégagent en effet.

D'une part du côté des sciences fondamentales. Qu'on pense à l'intérêt renouvelé qu'ont porté ces quinze dernières années les psychanalystes aux modèles issus de la physique moderne (Pragier et Faure-Pragier, 2007 ; Quinodoz, 1997 ; Galatzer-Levy, 2004 ; Canestri, 2004). Comme il se doit, une question ne cesse de parcourir ces travaux : de quel ordre est notre recours au modèle scientifique convoqué ? Les positions oscillent entre un recours purement métaphorique et, à l'autre extrême, une tentative d'application sans distance du modèle physique envisagé. Le point de vue qui m'intéresse le plus ici est celui qu'a défendu J. Canestri avec la notion de modèle imaginaire.

« Si nous définissons un *modèle théorique*, écrit Canestri citant Bicchieri, comme un ensemble d'assomptions sur un objet (ou un système) qui le décrit en lui attribuant une structure "interne", de sorte que nombre de ses propriétés sont expliquées en se référant à cette structure », un modèle imaginaire « sera un ensemble d'assomptions sur un objet (ou un système) qui nous montrent ce qu'il pourrait être s'il satisfaisait certaines conditions que, de fait, il ne satisfait pas. Le modèle est entendu dans son acception de "comme si..." » (Bicchieri, 1980, in Canestri, 2004, p. 1510, italiques de l'auteur)¹. Et Canestri de se référer au modèle de l'évolution sociale auquel recourt Freud dans *Totem et Tabou* et selon lequel la famille préexiste à la société. Modèle inexact

1. Sur les différentes acceptions du terme de « modèle », les avantages et les risques de leur utilisation en psychanalyse, voir le remarquable article de R. Perron (Perron, 1991).

selon nos connaissances actuelles, mais dont la valeur heuristique n'en est pas moins importante dans le domaine psychanalytique.

Or – c'est la deuxième direction –, il est remarquable que des chercheurs œuvrant dans le champ des sciences dites humaines arrivent par un autre biais à des conclusions très proches et montrent l'intérêt de la notion de fiction dans le champ théorique. Je pense en particulier à Nicole Loraux et Lydia Flem (Loraux, 1991 ; Flem, 1998) et au philosophe anglais B. Williams (Williams, 2006). Alors que Loraux montre l'intérêt de la notion de construction pour l'historien (« (...) une telle construction (...) doit se savoir fiction, cette fiction fût-elle vraie », écrit-elle ainsi dans un passage cité par Flem), Flem défend l'idée qu'« entre art et science, il [Freud] trace une troisième voie, provocante, où l'intuition de la science et le savoir de la fiction s'allient et se fondent : la *fiction théorique* » (*ibid.*, p. 143, italiques des auteures). De son côté, Williams recourt à ce qu'il nomme « la fiction de l'état de nature » pour mener son enquête sur l'intérêt de la notion de vérité et de véracité dans le domaine philosophique. Fiction théorique et modèle imaginaire sont proches parents. Ils décrivent l'un et l'autre un état théorique dont on sait qu'il n'a pas existé tel quel, mais qui fournit un cadre de pensée ayant une valeur heuristique.

Le point important que soulignent tous ces auteurs est le suivant. Il ne s'agit pas de souscrire à une vision scientifique qui ferait de la fiction ou du modèle imaginaire une solution d'attente en espérant qu'on arrive une fois à une formulation scientifique « exacte », par exemple sous la forme d'une équation comme celle de la relativité restreinte (ce qui est resté à certains égards l'espoir de Freud jusque dans l'*Abrégé*). L'enjeu est bien plus de trouver un mode de représentation qui nous permette de mettre en forme une partie du réel *là où le modèle poppérien fondé sur la possibilité de la falsification¹ ne fonctionne plus*, où il est impossible de suivre un chemin bien balisé allant du contexte de la découverte au contexte de la justification.

Je soutiens le point de vue que c'est le cas de la théorie psychosomatique et que nous avons donc tout intérêt à la considérer comme un « modèle imaginaire » ou une « fiction théorique » au sens où je viens de les définir. Je voudrais souligner avec force que ces dénominations, bien loin d'en altérer la valeur, confèrent à la théorisation psychosomatique un statut propre qui nous permet de le faire travailler sans

1. Rappelons que, pour Popper, ce qui donne à une théorie son caractère scientifique est de pouvoir être réfutée.

avoir à s'enfermer dans des critères de validation de type objectivant qui d'une part nous échappent et de l'autre conduisent à un réductionnisme nuisible.

*Le paradigme psychosomatique : impasses psychiques
et/ou dépression essentielle*

Je l'ai dit, le paradigme psychosomatique établit une relation inverse entre qualité du fonctionnement mental et risque de somatisation, cette intuition fondant un monisme psychosomatique absolu, ce que Marty appelle l'unité fondamentale de l'être humain. Bien qu'il ne soit pas démontrable selon les critères évoqués plus haut, sa valeur heuristique me paraît centrale en même temps que régulièrement confirmée par la pratique, et je ne parviens pas à penser la psychosomatique en dehors de lui. Je ne voudrais cependant pas qu'on voie dans cette affirmation la foi du charbonnier, mais plutôt la nécessité d'une mythologie organisatrice.

Je reconnais les difficultés qui en découlent, en particulier la non-compatibilité, en l'état actuel de nos connaissances, entre vertex psychanalytique et vertex scientifique positiviste. La position la plus cohérente me paraît celle qui transparait dans les réflexions de J.-C. Ameisen (Ameisen, 2007) : parler sa langue avec son vocabulaire propre, ne pas tomber dans un œcuménisme mou, mais en même temps savoir entendre, *en se plaçant du point de vue de l'autre*, les difficultés auxquelles le confronte notre propre manière d'envisager les choses.

Néanmoins, une double question doit être posée, à laquelle il n'y a, à l'heure qu'il est, pas de réponse univoque. D'abord, la vie opératoire est-elle effectivement la « voie royale » menant à la somatisation (le parallèle avec le rêve, voie royale d'accès à l'inconscient, n'est pas fortuit et montre la place théorique centrale qu'occupent l'un comme l'autre dans leurs cadres théoriques respectifs) ? Ensuite, si c'est le cas, est-ce la seule ?

À ce point, une autre difficulté nous attend, mais qui va peut-être en même temps déboucher sur une issue possible. L'exemple de la vie opératoire met en effet en évidence de manière spectaculaire les effets qu'exerce l'introduction d'un nouveau paradigme. À la suite de Marty, nous tenterons devant un patient somatisant de débusquer des éléments de fonctionnement opératoire. Si nous les trouvons, nous dirons : « ah voilà, il / elle est tombé(e) malade parce qu'il (elle) était opératoire ». Mais nous risquons fort de faire quelque chose de plus. Face à notre

patient, nous serons poussés à chercher à tout prix l'aspect opératoire, et même à en postuler la nécessité, même s'il échappe à notre investigation. En d'autres termes, nous cherchons, et, le cas échéant, nous irons jusqu'à créer artificiellement, une corrélation positive aboutissant à la confirmation du paradigme, voire à la supposer existante lorsque nous ne pouvons la mettre en évidence.

Ce faisant, nous nous privons toutefois d'une possibilité essentielle, celle qui consiste à mettre à l'épreuve les limites du paradigme, à découvrir des situations qui ne lui obéissent pas, nous nous empêchons de faire ressortir une corrélation négative. Or, comme l'a écrit le grand anthropologue anglais Jack Goody, « c'est en montrant ce qui ne cadre pas qu'on démontre ce qui cadre » (Goody, 1997, p.179). Je crois donc que Goody, tout comme les penseurs qui insistent sur l'importance des corrélations négatives pour valider un paradigme, nous indiquent la voie nous permettant de sortir de cette aporie. En d'autres termes, alors même que nous ne pouvons appliquer les critères poppériens, la nécessité qui consiste à chercher les limites et les insuffisances du paradigme reste entière si nous ne voulons pas tomber dans une forme de croyance religieuse. Le problème réside bien plus dans la forme que cette réfutabilité peut prendre dans notre domaine.

La difficulté est renforcée dans l'exemple qui nous occupe par le fait que la symptomatologie de la dépression essentielle est avant tout négative : quelque chose s'efface, disparaît. D'où la question : comment rendre compte de quelque chose qui n'est plus là – et comment se rendre compte que ça n'est plus là ? Le génie de Marty a été double : prendre conscience de cette négativité et parvenir à trouver une forme pensable pour l'exprimer. Reste qu'elle nous pose un problème délicat : si nous ne la retrouvons pas, ou pas toujours, est-ce qu'elle n'existe pas dans certains cas, ou est-ce que nous n'avons pas su la voir ?

Ce *caveat* en tête, examinons les formes que pourrait prendre la corrélation négative que je viens d'évoquer. Du moment où nous renonçons à la fausse béquille – et à la fausse sécurité – que nous donnerait une option de type positiviste, notre démarche ne me paraît que pouvoir revêtir une forme indirecte. Elle consiste à rester ouvert à ce que nous transmettent nos patients comme aux apports de théoriciens de différents horizons et à confronter à chaque moment ces résultats à ceux que le paradigme comme le modèle nous font attendre.

J'en donnerai un exemple, emprunté à mon parcours théorico-clinique. Il concerne la notion d'impasse psychique, à laquelle Sami Ali (Sami Ali, 2001), dans un système théorique très différent de celui dans

lequel je me reconnais, a récemment consacré un livre et à laquelle je me suis déjà intéressé.

Je me suis en effet fréquemment trouvé confronté à des patients développant des maladies somatiques graves (des désorganisations dans la terminologie de Marty) face à des situations d'impasse. J'en ai décrit un cas il y a quelques années dans un article dont j'avais emprunté le titre à Henry James : *La Bête dans la jungle*. Chez ce patient, l'impasse était survenue quand la réalité extérieure avait fait sauter de manière brutale le déni entretenu sur sa pulsionnalité (Press, 2000).

Je rappelle pour mémoire le second exemple (Press, 2006). C'est celui d'une femme d'une cinquantaine d'années qui a tenté toute sa vie de faire coexister un attachement exclusif à sa mère, avec laquelle elle vit encore, avec des ébauches de vie affective, toujours ratées. Cette femme, qui avait cherché à sa façon à gagner sur les deux tableaux (avoir un lien exclusif à sa mère *et* entretenir une vie affective et sexuelle), passe d'un coup du « et... et » au « ni... ni ». Sa mère meurt, sa relation affective échoue. Dans les années qui suivent, elle développe un cancer. Je signalais alors deux points que je me permets de rappeler ici. D'abord que l'impasse est en quelque sorte l'inverse du conflit. Ensuite, et de manière liée, qu'impasse et clivage marchent fréquemment la main dans la main.

Examinons maintenant la question que ces deux patients m'ont posée. Y a-t-il un lien, et si oui lequel, entre fonctionnement opératoire et les effets d'une situation d'impasse telle que je l'ai définie ? Encore une fois, la réponse est loin d'être simple. Alors que mon premier patient présentait à l'évidence des traits de fonctionnement opératoire, cela est beaucoup moins évident pour la seconde, chez qui prédominent des mécanismes d'évitement et de répression.

Certes, la force du lien à sa mère, la présence d'une phobie scolaire dans son enfance ainsi que le contexte familial avec l'effacement relatif du père font penser que cette femme a été mise en situation de jouer un rôle de complément narcissique de sa mère. Mais en est-il pour autant résulté un état que nous pouvons qualifier d'opératoire ? Je n'en suis pas sûr. Cette femme s'est trouvée dans une situation de vie lui montrant que les choix qu'elle avait faits n'étaient pas les bons, ou plutôt que le fait de ne pas choisir se payait tôt ou tard au prix fort. En d'autres termes : autant il en reste assez pour me faire penser que le lien entre altération du fonctionnement mental et somatisation reste valable, autant je suis dans le doute quant à savoir si cette altération prend obligatoirement la forme d'une dépression essentielle.

J'ai tiré de cet exemple et d'autres situations une leçon qui me sert de fil rouge dans les investigations psychosomatiques : je suis beaucoup plus attentif à identifier les situations traumatiques, les impasses auxquelles mènent souvent des choix inconscients et leurs résonances pour une personne donnée qu'à raisonner en termes structuraux. En d'autres termes, le lien entre impasses et situation traumatique (par situation traumatique, j'entends ce qui est traumatique pour cette personne-là au regard de sa trajectoire personnelle et non pas une situation précise qui aurait une valeur paradigmatique), d'une part, et fonctionnement opératoire de l'autre ne me semble pas aussi univoque que le suppose la théorie. Ou pour le dire encore différemment : le paradigme me paraît confirmé (je retrouve le lien entre situation traumatique et débordement des capacités psychiques du sujet) ; le modèle en revanche est questionné.

Relevons par ailleurs que l'intérêt de la notion d'impasse ne se limite pas aux désorganisations mais s'applique aussi bien aux maladies dites régressives, c'est-à-dire aux maladies à caractère critique et souvent spontanément réversibles (allergies, migraines, épilepsies essentielles, etc.). Pour ne donner qu'un exemple, un asthmatique contraint de choisir entre deux objets également investis se trouve typiquement dans une situation d'impasse. Comme Marty l'a très bien vu, la différence réside à l'évidence dans le type de « solution » que constitue l'émergence somatique. La solution régressive revêt régulièrement une valeur potentiellement libidinale qui pourra se développer dans le traitement de ces patients. Là aussi, la théorie suppose une séquence : situation traumatique – brève désorganisation du fonctionnement mental habituel du sujet, donc épisode, même très bref, de dépression essentielle –, éclosion de la crise – réorganisation à travers celle-ci. Mais, là encore, sachons rester ouverts à la possibilité que cette séquence ne recouvre pas tous les cas de figure.

Le modèle psychosomatique : valeur et questionnements

Discuter en détail le modèle martyrien demanderait un travail séparé et sort du cadre de cet article. Je me contenterai donc pour conclure de soulever deux points sur lesquels la réflexion devrait à mon sens être approfondie. Le premier concerne les bases théoriques du modèle, le second sa théorie de la clinique et la classification à laquelle elle conduit.

Évolution hiérarchisée ou « hasard et contrainte »¹ ?

Marty envisage l'évolution comme créatrice d'un programme ordonné hiérarchiquement du somatique au psychique et fondant ce qu'il nomme « l'ordre psychosomatique », titre de son second livre. De manière liée, le modèle martyien suppose une excitation cheminant de manière linéaire du somatique au psychique dans le sens évolutif et à l'inverse du psychique au somatique lors de désorganisations.

Or, tout ce que nous savons actuellement nous conduit bien plutôt à penser que l'évolution est le produit du hasard et de la contrainte. La mythologie freudienne de la lutte entre pulsions de vie et pulsions de mort, pour spéculative qu'elle soit et chargée de relents philosophiques, fournit une version plus ouverte, faisant plus de place à l'aléatoire et au conflit que le point de vue martyien. De même, les interrelations entre psychique et somatique me paraissent plus devoir être pensées en termes de boucles d'action et de rétroaction qu'en termes linéaires.

La complexité des choses a néanmoins pour résultat que le génétisme élargi de Marty lui permet d'apporter sur deux éléments théoriques d'une grande valeur heuristique. D'abord, il introduit la notion de processus de délibidinisation : la pulsion au sens freudien du terme, « l'exigence de travail imposée au psychique du fait de sa liaison au corporel » (Freud, 1915), n'apparaît plus comme un donné, mais comme le résultat d'un travail complexe impliquant les objets au plus haut point, travail toujours fragile et susceptible d'être remis en cause.

Ensuite, il y a dans l'édifice de Marty une théorie implicite du négatif qui devrait plus retenir notre attention que cela n'a été le cas jusqu'à présent. À la suite des travaux d'André Green, nous avons appris à penser le négatif en termes de travail, ou encore en termes de négativation active. Or Marty l'envisage beaucoup plus sous l'angle de quelque chose qui n'a pu advenir pleinement et qui peut à tout moment se défaire sous l'effet d'une dialectique complexe entre facteurs externes (les traumatismes) et facteurs internes (la construction personnelle de l'individu). Il y aurait sur ce point un rapprochement fort intéressant à faire avec certains aspects de la réflexion winnicottienne. Winnicott insiste en effet beaucoup sur l'importance du non-advenu : qu'il s'agisse de la crainte de l'effondrement ou de la régression à la dépendance absolue, la

1. Je suis ici la proposition de J.-C. Ameisen considérant le terme de « nécessité » employé par F. Jacob comme trop marqué téléologiquement (Ameisen, 2007).

personne se défend non pas seulement du retour d'une expérience antérieure pénible, mais bien plus d'avoir à éprouver pour la première fois une expérience qui n'a pu advenir.

L'enjeu consisterait donc ici à concevoir ces deux éléments (processus de délibidinisation et négatif comme non advenu) dans leur dimension diachronique et leur dimension rétrospective et rétroactive, bref dans l'hypercomplexité de leurs dimensions temporelles (Green, 2000 a et b). Autrement dit : dans leur double dimension de construction après coup et de leur noyau de « vérité historique » (Press, 2007).

Désorganisations et maladies régressives

Comme je l'ai indiqué plus haut (*supra*, p. 160), la distinction établie par Marty entre désorganisations et maladies régressives, tout comme l'accent qu'il place sur la valeur potentiellement libidinale des somatisations à crise me paraissent d'une très grande valeur heuristique. Mon questionnement porte plutôt sur la nature de ce qui se cristallise dans ces manifestations.

On le sait, Marty considérait l'organisation allergique essentielle comme une lignée évolutive particulière. Toutefois, on ne peut qu'être frappé par la proximité entre les descriptions par Marty de la relation d'objet allergique et le syndrome d'identité diffuse décrit par Erickson et repris par Kernberg. Les référents métapsychologiques ont beau être autres, le point de vue ne pas être psychosomatique, la parenté n'en est pas moins évidente.

Par ailleurs, pour ces patients, comme pour les autres maladies critiques, celles que Marty classait sous la rubrique d'« apparentements névrotiques », les travaux de J. McDougall apportent un éclairage fort intéressant. La plupart de ses patients souffrent en effet de ce type de somatisations. Comme on le sait, elle met l'accent chez eux sur une problématique touchant aux racines de l'identité. En d'autres termes, ces patients seraient à considérer sous l'angle des pathologies limites plus que d'« apparentements » à la névrose, terme qui peut se comprendre dans le cadre de pensée martyien, mais qui prête néanmoins à confusion.

Dans l'optique qui est la mienne ici, c'est à nouveau plus un problème qui concerne le modèle que le paradigme. Quelles sont les voies par lesquelles advient la somatisation dans ces cas ? Quelles sont les relations entre l'expression somatique et la problématique identitaire ? Quelle est

la valeur potentiellement symbolique de leur symptomatologie ? Autant de questions qui sont encore largement ouvertes.

JACQUES PRESS
62, quai Gustave-Ador
1207 Genève

BIBLIOGRAPHIE

- Ameisen J.-C. (2007), Intervention au colloque de l'Association internationale de psychosomatique, IPSO-Pierre Marty.
- Canestri J. (2004), « Le concept de processus analytique et le travail de transformation », in *Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF, n° 68, p.1495-1542.
- Donnet J.-L. (1995), *Le Divan bien tempéré*, Paris, PUF, « Le Fil rouge ».
- Flem L. (1998), « Archives de l'inconscient ou fiction théorique ? », in Le Beuf D., Perron R., Pragier G., « Construire l'histoire, » *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF, p. 135-146.
- Freud S. (1915), *Pulsions et destins des pulsions*, GW, X, OCP, XIII.
- Freud S. (1927), *Fétichisme*, GW, XIV, OCP, XVIII.
- Freud S. (1940), *Abrégé de psychanalyse*, GW, XVII, trad. A. Berman, Paris, PUF, 1949.
- Galatzer-Levy R.M. (2004), « Chaotic possibilities : Toward a new model of development », in *International Journal of Psycho-analysis*, vol. 85, p. 419-441.
- Goody J. (1997), *Representations and Contradictions, Ambivalence towards Images, Theatre, Fiction Relics and Sexuality*, London, Blackwell Publishers, trad. P.-E. Dautzat ; *La Peur des représentations. L'ambivalence à l'égard des images, du théâtre, de la fiction, des reliques et de la sexualité*, Paris, La Découverte, coll. Textes à l'appui, 2003.
- Green A. (1993), *Le Travail du négatif*, Paris, Gallimard.
- Green A. (2000a), *Le Temps éclaté*, Paris, Éditions de Minuit.
- Green A. (2000b), *La Diachronie en psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit.
- Kuhn T.S. (1970), *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, The University of Chicago Press, trad fr. L. Meyer, *La Structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983.
- Kuhn T.S. (1977), *The Essential Tension. Selected Studies in Scientific Tradition and Change*, trad. fr. M. Biezunski, P. Jacob, A. Lyotard-May & G. Voytat, *La Tension essentielle. Tradition et changement dans les sciences*, Paris, Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines, 1990.
- Loroux N. (1991), « L'homme Moïse et l'audace d'être historien », in *Le Cheval de Troie*, n° 3, p. 83-89.
- Marty P. (1976), *Les Mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot.
- Marty P. (1980), *L'Ordre psychosomatique*, Paris, Payot.
- Pragier G. & Faure-Pragier S. (2007), *Repenser la psychanalyse avec les Sciences*, Paris, PUF, coll. Le fil rouge.
- Press J. (2000), « La bête dans la jungle. Somatisation, contre-transfert et enclaves psychiques », in *Revue française de psychosomatique*, Paris, PUF, n° 17, p. 91-106.
- Press J. (2006), « Deuil, impasses psychiques et somatisations », in *Revue française de psychosomatique*, Paris, PUF, n° 30, p. 9-25.
- Press J. (2007), Construction avec fin, construction sans fin. Rapport pour le 68^e congrès des psychanalystes de langue française. Bull. soc. Psychanal. Paris, 86, p. 23-85.

- Quinodoz J.-M. (1997), « Transitions in psychic structures in the light of deterministic chaos theory », in *International Journal of Psycho-analysis*, vol. 78, p. 699-718.
- Sami A. (2001), *Impasse et Cancer*, Paris, Dunod.
- Smadja C. (2001), *La Vie opératoire. Essais psychanalytiques*, Paris, PUF, « Le Fil rouge ».
- Szwec G. (1998), *Les Galériens volontaires. Essai sur les procédés autocalmants*, Paris, PUF, « Épîtres ».
- Williams B. (2006), *Vérité et Véracité. Essai de généalogie*, trad. J. Lelaidier, Paris, Gallimard.

RÉSUMÉ — Se fondant sur les travaux de T. Kuhn, l'auteur établit une différenciation entre la notion de paradigme et celle de modèle. Le paradigme psychosomatique est constitué par la relation inverse établie par Marty entre risque de somatisation et qualité du fonctionnement mental, il constitue une « fiction théorique » au sens défini par N. Loraux, et le philosophe B. Williams. L'auteur soumet quelques aspects du modèle qui en découle à un examen critique.

MOTS CLÉS — Modèle. Paradigme. « Fiction théorique ». T.S. Kuhn. B. Williams. N. Loraux.

SUMMARY — Based on the work of T. Kuhn, the author differentiates the notion of paradigm from that of a model. The psychosomatic paradigm is constituted by the inverse relationship between the risk of somatisation and the quality of mental functioning, as established by P. Marty ; it forms a “theoretical fiction” as the term was defined by N. Loraux and the philosopher, B. Williams. Some aspects of the model which follow from this are examined critically in this article.

KEY-WORDS — Model. Paradigm. “Theoretical Fiction”. T.S. Kuhn. B. Williams. N. Loraux.

ZUSAMMENFASSUNG — Basierend auf den Arbeiten von T. Kuhn stellt der Autor eine Unterscheidung zwischen dem Konzept des Paradigmas und jenem des Modells auf. Das psychosomatische Paradigma wird durch die umgekehrte Beziehung zwischen Risiko der Somatisierung und Qualität der geistigen Funktionsweise nach Marty dargestellt ; es konstituiert eine « theoretische Fiktion » im Sinne der Definition von N. Loraux und des Philosophen B. Williams. Der Autor unterbreitet einige Aspekte des Modells, welches infolgedessen einer kritischen Prüfung unterzogen wird.

STICHWÖRTER — Modell. Paradigma. « Theoretische Fiktion ». T. S. Kuhn. B. Williams. N. Loraux.

RESUMEN — Apoyándose sobre los trabajos de T. Kuhn, el autor establece una diferenciación entre la noción de paradigma y la de modelo. El paradigma psicósomática esta constituido por la relación inversa establecida por Marty entre riesgo de somatización y

ealidad del funcionamiento mental, constituye una “ficción teórica” en el sentido definido por N. Loraux, y el filósofo B. Williams. El autor somete algunos aspectos del modelo que viene de eso a un examen crítico.

PALABRAS CLAVES — Modelo. Paradigma. “Ficción teórica”. T.S. Kuhn. B. Williams. N. Loraux.