

Guérir le mal par le mal : la vie opératoire

Résumé

Il existe des personnes qui agissent continuellement, ne cessent d'anticiper sur les actions suivantes et sont devenues, sans s'en rendre compte, esclaves de la quantité. C'est au décours de la dérive spéculative et anti-scientifique de Lacan que l'école psychosomatique de Paris vise, au contraire, à renouer le dialogue avec les médecins et les scientifiques. Pierre Marty décrit la somatisation comme une sorte de précipitation à partir d'une constellation de divers éléments qui gravitent autour de ce que l'on nomme "*dépression essentielle*". Ce lent mouvement contre-évolutif de la vie psychique, la faisant revenir de la programmation à l'automatisme, se produirait en quatre temps : désorganisation progressive, dépression essentielle, vie opératoire et finalement maladie d'organe. S'adresser à ce qui, dans le psychique, parle de l'état du corps, c'est savoir écouter le soi au delà du moi, entendre sans interpréter, être présent avec ses qualités propres d'objet en chair et en os, en modulant sa neutralité.

Il existe des personnes qui calculent tout le temps. Elles ne pensent pas, au sens où l'on rêve, où l'on se perd en instants de rêverie. Ces escapades mentales sont pour Winnicott et Bion, une expérience humaine spécifique qui mène à la créativité. Dans cet espace d'illusion nécessaire, lieu d'assemblage, sont projetées les données de nos mémoires cérébrales, mobilisées par nos émotions, en attente de liaison. Ces personnes qui calculent sont toujours en train de programmer ce qu'elles vont faire, non pourquoi ou avec qui, mais seulement comment et quand, éventuellement pour qui. Agissant continuellement, elles ne cessent d'anticiper sur les actions suivantes et sont devenues, sans s'en rendre compte, esclaves de la quantité (De M'Uzan, 1984), de la répétition. Elle vivent comme des tâcherons admirés de leurs proches. L'enchaînement de séries d'actes en cascade n'a qu'un objectif : *Do not feel anything*. C'est le système anti-like absolu, l'anti-narcissisme fatal. Évitant les émotions, les personnes opératoires pensent éviter le mal d'une mémoire autobiographique douloureusement biaisée par trop de déplaisir. Elles coupent ainsi le contact avec les profondeurs de leur propre histoire, limbes des processus inconscients où instinct de vie et instinct de mort devraient coopérer pour sauvegarder ce qu'il y a de vivant en nous, juste le temps d'un destin individuel. Elles ont vitrifié leur espace symbolique, le préconscient, cette néo-capacité neurale réticulaire, spécifiquement humaine, réseau qui active les éléments de pensée, extraits bruts et informes des mémoires, et leur donne forme, les vectorise vers un projet original. Ces personnes en fonctionnement opératoire sont sous l'emprise d'une activité diabolique où l'instinct de mort a pris le dessus, administre une suite d'opérations qui divise pour régner, pour tout contrôler, qui fragmente, qui isole, désarticule. Elles soignent ainsi le mal par le

mal, le déplaisir de la liaison par le réconfort de la déliaison, la souffrance par la contrainte, le mauvais souvenir par l'action permanente, les mauvaises pensées par le comportement itératif.

Introduction

Pour le psychanalyste psychosomaticien, la méthode analytique reste ce qu'a énoncé Freud. Je cite Catherine Parat (1993) : "*Il s'agit d'aider le patient à rendre conscient ce qui était inconscient. Sur le fond stable d'une relation de base établie à l'aide des pulsions inhibées, le patient transfère sur l'analyste ses désirs infantiles, que celui-ci interprète en utilisant l'analyse de son contre-transfert*". Mais elle poursuit sur le changement radical de posture et d'écoute du psychanalyste face au patient opératoire. Ce patient-là se présente différemment, n'est pas demandeur, vient sous injonction, n'éprouve pas de malaise psychique, n'a pas de désir de changement, ou alors seulement vers ce qu'il imagine comme une guérison. Ce qui est visé ici par l'analyste est alors le rétablissement d'un état intérieur serein, d'un jeu équilibré et plus fluide des tensions internes. Ici, c'est la relation, l'installation d'un transfert de base, et non l'interprétation du transfert, qui devient d'abord essentielle, même si l'analyste, lui, intérieurement, gère ses interventions en fonction de sa perception du transfert. L'utilisation de la communication infra-verbale, sensorielle et motrice, prend ici toute son importance. Le cadre est réaménagé, peut ne pas être figé et devenir souple. La règle fondamentale, l'association libre, doit d'abord être enseignée, apprivoisée, rééduquée, par l'aide à la verbalisation. Il s'agit d'aider le patient à s'intéresser à son propre fonctionnement mental, de respecter son système de défense contre l'angoisse, sa fragilité narcissique, en visant à favoriser ces moments propres aux communautés humaines : "*l'affect partagé*" (Parat, 1995), qui renforce le sentiment d'être et le plaisir à être ensemble.

L'école psychosomatique de Paris

Historique

L'histoire de la psychosomatique est ancienne, voire antique. Pour notre propos, faisons référence à Freud avec ses concepts de névrose actuelle, de conversion hystérique vue comme saut régressif du psychique au biologique, comme un disjoncteur saute en cas de surtension. Dans les années 1950, Franz Alexander, à Chicago, développe les idées de névrose d'organe, de profils et de « *maladies psychosomatiques* ».

L'école psychosomatique de Paris est née dans les années 1970 à l'initiative de Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M'Uzan et Christian David. Partant, comme Freud, de l'observation clinique, elle applique l'écoute psychanalytique aux patients atteints de maladie somatique. Il ne s'agit pas de la recherche de causalité psychique de la maladie ; il s'agit d'observer en même temps chez la même personne les conflits inconscients et l'évolution de la maladie. Il faut éviter maintenant de parler de "*maladie psychosomatique*", de "*patient psychosomatique*", de "*syndrome*"

psychosomatique", ou de mettre un trait d'union entre psycho et somatique. Le monisme somatopsychique de Marty est aussi rigoureux que celui de Freud. Son matérialisme conçoit l'individu comme un système biophysique qu'il appela "unité psychosomatique", comme on parle d'unité centrale en informatique.

Historiquement, c'est au décours de la dérive spéculative et anti-scientifique de Lacan que le mouvement psychosomatique vise, au contraire, à renouer le dialogue avec les médecins et les scientifiques. Au niveau métapsychologique, les psychosomaticiens ont réintroduit dans le mouvement psychanalytique l'importance accordée à la première topique (conscient, préconscient, conscient) avec un rôle essentiel dévolu au préconscient, chambre limbique ("*thalamus*" en grec signifie "*chambre*"), espace de symbolisation où se fabrique la pensée, et à la valeur essentielle des émotions dans le fonctionnement mnésique. Cette chambre d'échos qu'est le système limbique, l'hippocampe en particulier, correspond, pour John Thor Cornelius (2017), à l'espace transitionnel de Winnicott, là où opère la fonction alpha de Bion (assemblage des éléments bruts de pensée). Elle ne fonctionne pas à très haut débit et doit synchroniser des réseaux neuronaux hétérogènes, de sorte que l'aspect quantitatif, énergétique, économique, y est plus important que son aspect topique et dynamique. Les psychosomaticiens ont aidé à la redécouverte des concepts d'excitation, d'idéal du moi, de deuils mélancoliques. Au niveau thérapeutique, l'attention a été portée au statut du langage verbal tel que porté par l'individu, son rôle dans la révélation des motions inconscientes, mais aussi au langage non-verbal, à la prosodie, aux mimiques, à la motricité. Une innovation a été, s'agissant le plus souvent de patients atteints de maladie d'organe et non-demandeurs de rencontrer un psychanalyste, une sorte de retour au « *primum non nocere* », attitude de respect, de prudence et de bienveillance qui vise, dans un premier temps, à renforcer les défenses psychiques d'un patient fragilisé par la maladie. Une autre innovation technique a été, au sein de l'hôpital Pierre Marty situé dans le XIII^e arrondissement de Paris et qui fonctionne comme un centre de jour, que l'activité clinique se double d'une activité épidémiologique par l'établissement de statistiques, d'enquêtes en double aveugle, d'évaluation du résultat de la cure. En ceci Pierre Marty était fidèle au modèle matérialiste et expérimental inspiré de Fechner et Helmholtz auquel Freud était si attaché. Je cite Freud en 1913 :

« Une fois le travail psychanalytique accompli, nous devons trouver la jonction avec la biologie et pouvons nous estimer satisfaits si elle semble assurée sur l'un ou l'autre des points essentiels » (Freud, 1913).

C'est ce même modèle que promeuvent les neurocognitivistes modernes comme Stanislas Dehaene :

"En premier lieu interviennent des lois physiques, chimiques et biologiques. L'ancrage de la pensée dans la biologie du

cerveau implique que les principes d'organisation du vivant contraignent notre vie mentale" (Dehaene, 2006).

Il s'agit ici d'entendre l'activité psychique comme propriété émergente d'une longue évolution phylogénétique, résultat direct du fonctionnement de larges réseaux hiérarchisés de milliards de neurones. Pour un scientifique, le mal c'est l'idéalisme, cette école platonicienne qui voudrait nous faire croire que le monde des idées existe, que la psyché est d'une autre nature que le soma.

"Je suis tout entier corps et rien d'autre ; l'âme est un mot qui désigne une partie du corps ..." (Nietzsche, 1884)

Le scientifique sait que ce sont les extraordinaires capacités d'apprentissage du juvénile d'Homo Sapiens, du fait de la plasticité synaptique, qui transmettent les idées des ancêtres de génération en génération.

« Ce sont les extraordinaires capacités d'apprentissage de l'enfant qui permettent cette spectaculaire accumulation de savoirs et de savoir-faire, apanage des communautés humaines » (Mazeau, 2008).

Au cœur de ce cerveau existe un module particulier, un "*appareil à penser les pensées*", comme dit Wilfred Bion (1977) : le réseau préconscient. Ce réseau met en liaison cette chambre d'échos dont le support biologique serait l'hippocampe pour John Cornelius (2017), siège de la fonction symbolique, avec les aires préfrontales, surtout orbitofrontales d'après Alan Schore (2017). Antonio Damasio (2003), avec l'histoire de Phinéas Gage, a montré qu'une lésion de ce réseau produit une importante régression psychique.

La somatisation

Pierre Marty, tenant compte des progrès de la biologie moléculaire et du neurocognitivism émergeant, a nettement distingué la somatisation telle qu'elle était comprise depuis Freud, c'est-à-dire dans le cadre de la conversion hystérique. Il décrit la somatisation comme une sorte de précipitation à partir d'une constellation de divers éléments qui gravitent autour de ce que l'on nomme "*dépression essentielle*", concept central que nous allons expliciter. Elle est l'aboutissement d'une lente régression désorganisatrice de la vie mentale. Ce lent mouvement contre-évolutif de la vie psychique, la faisant revenir de la programmation à l'automation, se produirait en quatre temps : désorganisation progressive, dépression essentielle, vie opératoire et finalement maladie d'organe. Je perds pied, je déprime, je m'agite, je tombe malade.

La désorganisation progressive

Chez un enfant, un adolescent, un adulte, tout stress prolongé, tout épisode de vie qui s'accompagne d'un niveau d'angoisse objectale élevé et durable, sans recours à une aide tierce, peut provoquer un mouvement contre-évolutif. Si cette régression ne trouve pas, dans son chemin à rebours, de pallier de fixation stabilisateur, une désorganisation progressive peut s'installer. Ce mouvement désorganisateur est fondé sur la

prévalence de l'instinct de mort, dissolvant, désintrançant. Les angoisses deviennent anobjectales, diffuses, sans valeur de signal qui mettrait le patient en quête de représentation, stimulant sa capacité de liaison, de mentalisation. On a tellement peur qu'on ne peut plus se demander de quoi. L'introspection fait défaut qui ferait dire au patient : "*De quoi ai-je peur ? Que m'arrive-t-il ?* ». Cette angoisse diffuse infiltre l'activité psychique au quotidien et génère un désinvestissement du plaisir au profit d'un automatisme de vie rassurant, d'enchaînement itératif d'opérations mentales de niveau archaïque, de procédures comportementales, sans possibilité de liaison psychique. L'envahissement par cette émotion d'angoisse diffuse signale l'imminence du basculement dans la dépression. Ce mouvement contre-évolutif insistant, que les paliers de fixations n'arrêtent pas, va provoquer la désactivation, les unes après les autres, des fonctions mentales les plus évoluées, à commencer par la relation d'objet œdipienne, considérée comme la pointe évolutive. Se produit un retour aux modes antérieurs de relation d'objet (narcissisme, auto-érotisme, voire, finalement, relation anobjectale) et de satisfaction libidinale (anal, oral).

La dépression essentielle

La bascule dépressive dans ce contexte préopératoire aboutit à la dépression essentielle, définie ici comme situation intermédiaire à l'installation de la vie opératoire. Cette dépression sans objet, correspond à une situation de crise de l'économie psychosomatique, un moment dangereux dans l'évolution d'une désorganisation progressive. Mais cette crise, prélude à la vie opératoire, avance sans bruit, reste discrète. Un signe majeur, négatif, de la dépression essentielle est la disparition du sentiment inconscient de culpabilité. Cette disparition fait suite à une perte de fonctionnalité de la communication entre inconscient et conscient du fait de la gélification de la fonction préconsciente. Aucune émotion n'est faite pour ne pas devenir sentiment dit Antonio Damasio, c'est-à-dire devenir verbalisée, consciente, partageable : si je n'ai pas les mots pour la dire, elle devient toxique car biaisant les mémoires de façon virale. Il s'agit d'une rupture du fonctionnement mental chez des patients antérieurement capables d'élaborations, de jeux de mots, de créativité. Une légèreté de l'être s'est perdue. La conséquence est l'autre signe cardinal, positif cette fois : l'envahissement de la vie mentale par le factuel et l'actuel. L'obligation du faire étouffe la liberté de rêverie. Cette tournure d'esprit donne, au contact, le sentiment contre-transférentiel d'une absence de communication réelle quand bien même on se parle. C'est que la sexualité, au sens freudien de la psychosexualité, entendue comme quête du plaisir d'être ensemble, manifestation de la pulsion de vie vectorisée par le désir de l'objet, se trouve exclue des productions psychiques (actes, paroles, fantasmes, rêves). Le régime est celui de la présence de l'instinct de mort. Pierre Marty parle ici d'instinct et non de pulsion, car à ce stade l'automation instinctive a remplacé la reprogrammation pulsionnelle. La dépression

essentielle se présente en effet comme une disparition de la libido narcissique et objectale, sans compensation économique autre que le morcellement fonctionnel. C'est bien là ce qui constitue pour Marty la définition de l'instinct de mort. Cette dépression d'un type particulier est l'une des manifestations cliniques majeures d'un instinct de mort devenu maître des lieux. Il trône, habillé d'une assidue normalité alors que la pulsion de vie est devenue invisible. C'est le règne du malin par excellence : "*L'inconscient reçoit mais n'émet plus*" dit Pierre Marty.

L'analyste qui reçoit un patient en phase de dépression essentielle a l'impression qu'il ne peut pas entrer dans son monde, d'où l'impression d'un possible syndrome d'Asperger. Quand il évoque son histoire, c'est comme s'il parlait de quelqu'un d'autre que lui, sans émotion, ou comme s'il soumettait un cas à l'examen. "*Le patient se présente comme un observateur de sa propre vie*" dit Winnicott. Ainsi cette patiente qui dit "*J'ai pleuré*" de façon anecdotique à propos du souvenir-écran du divorce parental. L'entretien est peu dynamique, sans évolution au décours d'une rencontre qui ne semble pas intersubjective. Le patient n'a pas de demande, ne souffre pas, ne se plaint pas. On lui a dit de consulter. Il est arrivé là comme par hasard, pour une consultation qu'il n'a ni choisie, ni refusée. La dépression essentielle est une désorganisation mentale cachée sous le masque de la bienséance. L'investigateur doit rechercher les manifestations négatives s'inscrivant dans les domaines de l'absence de coordination et du morcellement fonctionnel affectant les deux systèmes topiques dont les différentes instances ne communiquent plus entre elles. Il s'agit de repérer cet effacement sur toute l'échelle de la dynamique psychique, des fonctions mentales capitales (identification, introjection, projection, déplacement, condensation, association d'idées) allant jusqu'à l'effacement de la vie onirique et fantasmatique, preuve que la présence libidinale est réellement submergée. Qu'on ne se méprenne pas : il s'agit d'une désorganisation mentale grave, silencieuse, évolutive, qui s'exprime par la pensée opératoire et ne doit pas être confondue avec une régression libidinale passagère. La désorganisation, d'abord mentale, atteindra d'autres systèmes (comportement, caractère, tempérament), pour aboutir finalement à la désorganisation des fonctions somatiques. L'évolution de la dépression essentielle est imprévisible. Elle peut s'arrêter spontanément, une sortie de crise s'opérant du fait d'une régression revitalisante, d'une intervention relationnelle extérieure, de bénéfices secondaires d'une maladie intercurrente. Elle peut aussi évoluer vers la vie opératoire.

La vie opératoire

« *Lascia le donne e studia le matematiche* »
(Freud, 1907)

« *Zanetto, lascia le donne, e studia la matematica !* » (Rousseau, 1747)

"*Laisse les femmes, étudie les mathématiques !*". Cette citation de Freud se trouve dans le texte *La*

Gradiva de 1907. Freud parle de la sublimation et prend l'exemple des mathématiques, une discipline que le héros du roman de Jensen pratiquait. Il cite de mémoire une citation de J.J. Rousseau, une réplique de Zuleika qui se trouve dans *Les Confessions*. Il pose les mathématiques comme une activité mentale qui fait diversion (*Ablenkung*) de l'activité fantasmatique. Le mot « opératoire » vient de opus en latin, qui a donné opération, opéra, ouvrier, opuscule, ... Oparatorius signifie efficace. Un algorithme est "une suite infinie d'opérations à appliquer dans un ordre déterminé ...". Aristote distinguait logos et pathos, logique rationnelle et logique intuitive. Depuis les travaux de Roger Sperry, prix Nobel de physiologie en 1981, on sait que l'hémisphère gauche gère la première, le droit la seconde. Le cognitiviste Piaget a utilisé le mot opératoire en psychologie, tandis que Freud l'évoque dans *l'Homme aux rats* (Freud, 1909), à propos de la névrose obsessionnelle. L'expression « pensée opératoire » est reprise de Piaget (1896-1980). Pierre Marty a proposé d'en faire une entité nosographique en 1962 à Barcelone, lors du XXIII^e Congrès des Psychanalystes de Langue Française. Si la dépression essentielle, nous l'avons vu, est un moment de crise, avec une possibilité de reprise évolutive ou d'aggravation, la vie opératoire indique un passage à la chronicité. Avec elle, la désorganisation mentale s'approfondit et devient marquée d'une déliaison radicale : idées et émotions, concepts et affects, ont désormais des destins séparés. L'installation dans la vie opératoire survient après qu'une désorganisation lente au cours de laquelle aucune réorganisation spontanée n'a pu se produire. Le risque de survenue d'une maladie d'organe est majeur, comme l'a montré une étude statistique de 1990 (Jasmin, 1990). L'état opératoire majorerait les facteurs de risque, génétiques et épigénétiques, de déclenchement d'une maladie somatique. Ce mécanisme biologique pourrait comprendre une étape de dépression immunitaire, ce qui supposerait pour le confirmer d'identifier des agents moléculaires, des polypeptides codant les informations entre les systèmes nerveux central et immunitaire. S'ils existent, ces agents médiateurs sont pour l'heure inconnus. Parler de dépression sans objet, appellation ancienne, signifie qu'il n'y a pas d'objet de recours, ni intérieur (absence d'objets internes, fantasmes, rêves, rêverie, comme autant de sanctuaires narcissiques), ni extérieur (une personne positivement investie). Le patient se présente taciturne, pris dans l'immédiateté de l'instant, sans insight. Sa parole semble dépourvue d'intérêt. L'activité psychique ne montre aucune capacité d'association. S'il existe quelques enchaînements de représentations mentales dans la dépression essentielle, ceux-ci-ci ont disparu dans la vie opératoire.

Le risque de maladie

L'analyste qui reçoit un tel patient opératoire se rend vite compte qu'il doit prendre et garder l'initiative de l'entretien. Poursuivant son investigation, il se rendra compte qu'il s'agit d'une personne chez qui est survenue une disparition totale des

manifestations quotidiennes de l'inconscient (lapsus, actes manqués, fantasmes, rêves.). Par contre, il constatera la persistance de comportements automatiques liés aux instincts (d'où l'absence de troubles de l'alimentation et du sommeil comme dans la dépression classique), voire de la réapparition d'actes compulsifs (tics). Tout désir a disparu chez le patient opératoire. L'entourage ne perçoit pas toujours ce changement graduel et ce glissement vers un désinvestissement global car le quotidien, lui, est parfaitement géré par les conduites stéréotypées. L'évolution spontanée de la vie opératoire est peu favorable. À défaut d'intervention psychothérapique, on doit craindre, non un suicide, mais la survenue d'une maladie somatique, éventuellement irréversible. La prise en charge doit accompagner longtemps ce fonctionnement automatique, sec, sans désir, au prix, souvent, d'un ennui mortel envahissant le contre-transfert, dans l'attente possible d'une reprise évolutive des fonctions mentales et le retour espéré de la reprogrammation libidinale. Il s'agit, pour le thérapeute, d'une portance faisant référence à l'environnement maternel, faite de congruence et de séduction primaire, d'un dosage attentif des excitations et d'une bonne capacité d'endurance.

Proximité de la névrose obsessionnelle.

Outre un possible Asperger, le diagnostic différentiel entre pensée opératoire et névrose obsessionnelle a été souvent évoqué. La névrose obsessionnelle est une névrose mentale, par opposition aux névrozes actuelles. Elle est une configuration d'un haut niveau de mentalisation, une sorte d'hyperliaison où l'associativité, l'activité fantasmatique et onirique sont fonctionnelles. Elle se constitue, pour Freud, sur le terrain d'une stimulation trop précoce et exclusive des fonctions du moi, comme lorsque de jeunes parents demandent toujours à un enfant d'âge précœdipien s'il est d'accord avec ceci ou cela le concernant. Il s'agit d'une fixation originelle au stade anal. Dans la pensée opératoire, la symptomatologie obsessionnelle est parfois présente mais discrète. Elle ne fait pas suite à une fixation précœdipienne. L'œdipe y a bien été traversé et a décliné en son temps. Il s'agit ici d'une désorganisation secondaire, post-œdipienne, d'une régression post-traumatique consécutive, souvent, à une perte d'objet, cet objet pouvant être interne, l'idéal du moi, comme la désillusion traumatique consécutive au divorce parental. Ici la mentalisation est lourdement défectueuse.

Conclusion

S'adresser à ce qui, dans le psychique, parle de l'état du corps, c'est savoir écouter le soi au delà du moi, entendre sans interpréter, être présent avec ses qualités propres d'objet en chair et en os, en modulant sa neutralité. C'est dialoguer comme de parent à enfant, en privilégiant la prosodie sur le sens du discours, en partageant les affects, ces émotions du proto-soi qui prennent naissance dans "le silence des organes". Il s'agit d'installer une confiance de base, ce que Jung appelait un "transfert maternel" et Catherine Parat un "transfert de base". Les patients en état opératoire attendent

qu'un tiers ressuscite en eux la question ontologique :

"Qui suis-je, où suis-je, où vais-je et d'où suis-tiré ?" (Voltaire, 1756).

Je disais de cette patiente qu'elle semblait déconnectée : elle l'est des profondeurs de sa personnalité au point que ni le désir, ni l'activité projective, ni l'efficacité symbolique ne semblent avoir de prise sur son fonctionnement mental. L'épisode des toilettes, dans l'exposé clinique, peut se décrire aussi comme un dynamisme mental tout entier détourné vers la lutte contre l'intense niveau émotionnel des images archétypales, peut-être ici celle de la dynamique animus-anima (Jung, 1928), la différence des sexes (Freud, 1908). Ces images de l'inconscient collectif (Jung, 1954), je les vois, pour ma part, comme produits dérivés des fantasmes originaires (Freud, 1900, 1915), eux-mêmes produits des instincts biologiques. Je les vois comme corollaires psychiques de ces derniers, porteurs de la préhistoire de l'esprit, comme a priori de l'espèce sur le plan mental, points de jonction entre phylogenèse et ontogenèse, articulation de l'histoire de l'espèce et de l'histoire individuelle. Je les vois aussi comme interface entre mythe et rationalité, suivant en cela Freud pour qui au-delà du savoir, assimilé à la science, il n'y a pas la mystique, mais l'illusion. Je les vois enfin, ces images de l'inconscient collectif, comme banques de données iconographiques à la disposition des individus, utilisables par chacun pour alimenter la chambre d'échos de la fonction symbolique, atelier où s'assemblent émotions, images, paroles. Dans le récit clinique, seule l'image parentale, hautement énergétique, cassée, semble avoir fait émerger l'évocation de traces mnésiques d'un comportement jadis habité d'émotion, "*J'ai pleuré*", trace devenue souvenir au prix de sa désaffectation. Pour cette patiente, le modèle idéal des parents, l'image prototypale qu'est la scène primitive, a perdu sa force symbolique attractive. C'est bien cette liaison avec l'inconscient, individuel et collectif, qu'il faut d'abord réparer à présent. On peut dire que chez les patients en état opératoire, la vie psychique au sens de la symbolisation, c'est-à-dire d'une fonction unifiante, a été diabolisée au sens d'une séparation des fonctions affectives et cognitives. La symbolisation, la "*pulsion créatrice*" pour Winnicott, a été usurpée. La vie opératoire est une désymbolisation maléfique. Seule la capacité de symbolisation donne sens aux événements de la vie par sa vertu liante. Elle seule permet la transmission de parent à enfant, la compréhension mutuelle, en liant toujours concept et affect, paroles et émotion, autorité et tendresse. Le patient en état opératoire n'a pas de stratégie, seulement une tactique toujours recommencée : guérir le mal par le mal, le malaise psychique par le meurtre du symbolique. Un dernier mot, ou plutôt, une dernière image, forte. Un des visages modernes du mal est peut-être le doudou. Cet objet manufacturé dont les parents, les personnels des crèches, voire les professeuses des écoles, se sentent contraints d'équiper les jeunes enfants. Pour Winnicott (1971), la période transitionnelle, matrice de la symbolisation, se

situerait entre 8 mois et 16 mois. Tous les enfants n'ont pas besoin de matérialiser cette période avec un objet transitionnel. Pour ceux qui en ont besoin, il s'agit d'un objet informe, non manufacturé, non-figuratif, trouvé-créé par l'enfant lui-même, qui a de ce fait une vertu stimulante de l'imagination, de la créativité. La solution à long terme à l'angoisse de séparation est dans la symbolisation, non dans la sensation corporelle, dans la spiritualité, non dans la matérialité. Pour Winnicott, la période transitionnelle décline dès que l'enfant sait marcher et gagne en autonomie. Dès lors, le besoin de l'enfant n'est plus de pallier l'absence de maman par la voie hallucinatoire, mais de développer la capacité à être seul qu'elle a amorcée, à développer son imagination par le jeu, le fantasme. Ainsi se développe ce que Philippe Jeammet appelle une "*assise narcissique stable*". Après deux ans, dit Winnicott, un doudou change de statut psychique. Il devient un objet contra-phobique, une amulette, un gri-gri, une médaille miraculeuse. Il devient fétiche, objet sec, corps desséché, n'aidant pas à la remémoration mais contraignant à la commémoration de l'illusion infantile d'une mère toujours présente, bienveillante et disponible. L'addiction au doudou, organisée par le marketing des adultes, serait-elle un mal moderne de la petite enfance exposant à la solution opératoire ?

Toulouse, 24/03/2018, Colloque de l'AJPO.

* * *

Bibliographie

- BILLIARD, I. 1994. Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant. Paris. Eshel. 1994.
- BION, W. R. 1977. Une mémoire du futur t.2, Le passé au présent, Lyon, Césura, 1989.
- CORNELIUS, J.T., 2017, The hippocampus facilitates integration within a symbolic field. International Journal of Psychoanalysis. 2017. 98. 1333, -1357.
- DAMASIO A., 2003, Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions, Paris, Odile Jacob.
- DEHAENE, S. 2006. Vers une science de la vie mentale. Fayard. Collège de France. p. 19.
- FREUD, S. 1900. L'interprétation des rêves. Paris PUF. 1967. p. 467.
- FREUD, S. 1907. Le délire et les rêves dans La Gradiva de W. Jensen. Paris. Gallimard. p. 61.
- FREUD, S. 1908. Les théories sexuelles infantiles. La vie sexuelle. Paris. PUF. 1969. p. 14.ss.
- FREUD, S. 1909. Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle : l'homme aux rats. Cinq psychanalyse. Paris. PUF. 1954
- FREUD, S. 1913. L'intérêt de la psychanalyse, Paris, 1985, Vol. 1, p. 204.
- FREUD, S. 1915. Le refoulement. Métapsychologie. Paris. Gallimard. 1968, p. 47-48
- JASMIN, C., LÉ M.G., MARTY, P. Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case control studie. Annals of Oncology. 1990. 1. p. 22-29.
- JUNG, C.G. 1928. Dialectique du moi et de l'inconscient. Idées. Paris. Gallimard. 1973. p. 179-181.
- JUNG, C.G. 1954. Les racines de la conscience. Buchet-Chastel. 1995.
- MARTY, P., DE M'UZAN, M, DAVID, C. 1966. L'investigation psychosomatique. PUF.

MARTY, P. 1979. Les mouvements individuels de vie et de mort. PUF.

MARTY, P. 1985. L'ordre psychosomatique. Payot.

MARTY, P. 1990. La psychosomatique de l'adulte. Que sais-je.

MARTY P. (1994). La "pensée opératoire. Revue Française de Psychosomatique 6: 197.

MARTY, P. 2001. Les processus de somatisation. Revue Française de Psychosomatique 19: 161.

MAZEAU, M., Le bilan neuropsychologique de l'enfant, Masson, 2008. p. 161.

McDougall, J. 1982. Les théâtres du Je. Paris. Gallimard. 1982.

M'UZAN, M. D. 1984. Les esclaves de la quantité. Nouvelle Revue de Psychanalyse N°30.

NIETZSCHE, F. Ainsi parlait Zarathoustra, (1884) Trad. Bianquis, Paris, Aubier, 1969, p. 46-47.

PARAT, C. 1993. L'ordinaire du psychosomaticien. PUF. Revue Française de psychosomatique. N°3. 1993 p. 6.

ROUSSEAU, J.J. 1747. Les confessions. Paris. Poche. 1970. T.1. p. 496.

SCHORE, A. In press. The Right Brain Implicit Self Lies at the Core of Psychoanalysis. UCLA, David Geffen School of Medicine, To Be Published in Psychoanalytic Dialogues.

VOLTAIRE. 1756. Poème sur le désastre de Lisbonne, Lettre sur la providence. Paris. Poche. 2005.

WINNICOTT, D. W. 1971. Jeu et réalité. Gallimard. 1988. p 96-97.

* * *