

SOCIETE DE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE

PROGRAMME PREMIERE JOURNEE D'ETUDES DU 29 MAI 2010

- 9 h 30 - 9 h 45
Accueil des participants
- 9 h 45 - 10 h
Programme et objectifs (*Marc Dutkiewicz et Pascale Surugue*)
- 10 h - 10 h 45
Mise à l'épreuve de nos pratiques par la psychosomatique intégrative :
 - Expérience et questionnements d'un psychanalyste (*Marc Dutkiewicz*)
 - Expérience et questionnements d'un médecin (*Dr Pascale Surugue*)
- 10 h 45 - 11 h
Discussion
- 11 h - 12 h
Pratique de la psychanalyse et de la psychothérapie psychosomatique, retour à Freud et à Ferenczi, qu'en est-il des pratiques françaises ? (*Pr. Jean- Benjamin Stora*)
- 12 h - 12 h 30
Discussion
- 12 h 30 - 14 h
Déjeuner libre
- 14h - 14 h 30
Camille, des fuites complaisantes (*Dr Myriam Brun-Valicon*)
- 14 h 30 - 14 h 45
Discussion
- 14 h 45 - 15 h 30
Les problèmes cardiaques d'un célèbre patient (*Pr. Jean- Benjamin Stora*)
- 15 h 30 - 15 h 45
Discussion
- 15 h 45 - 16 h
Conclusions (*Prof. Jean-Benjamin Stora*)

**Le transfert ou le jeu de « cache-cache »
Questions du psychanalyste au psychosomaticien**

La question de la dynamique transférentielle en psychosomatique vis à vis de la psychanalyse

Marc DUTKIEWICZ

Introduction

JB Stora fait un constat dans « *Quand le corps prends la relève* », 1999, Odile Jacob :

(...) « Un certain flou entoure encore les conditions topiques, économiques et dynamiques correspondant à l’alpha du fonctionnement relationnel », p. 253.

C’est précisément une de ces conditions du fonctionnement relationnel clinique - le transfert - que je cherche à éclaircir dans notre cadre. Un atelier de travail autour de ce thème, parmi d’autres, pourrait peut être se constituer par la suite, à partir de ces premières interrogations partagées avec vous. Cette intervention constitue donc aussi l’occasion de réfléchir à mettre en place au sein de notre association des ateliers de travail de recherche.

Le « Wozu », transfert psychosomatique ou transfert en psychosomatique ?

En effet dans mon approche psychosomatique de psychanalyste-psychothérapeute autant que dans mon métier de psychologue je suis traversé par une dimension relationnelle qui ne va pas de soi mais qui reste - j’en suis convaincu - fonctionnellement au centre du processus thérapeutique quel qu’il soit : « Qui parle à qui ? » Qui et quoi se cachent dans cet adressage de la parole, du symptôme, du regard etc.? Une demande de soin est-elle celle d’une guérison ou de protection narcissique primaire, d’un sentiment de sécurité accordé et donné, etc. ?

Je suis également traversé par un sentiment spécifiquement corporel tant il atteint mon corps, un affect bien particulier que j’appellerai le « wozu » (le vers où, le à travers) ; un clin d’œil en référence à l’impératif éthique Freudien du « Wo Es war, soll Ich werden »¹.

C’est une perception d’un transfert quelque peu brutal que je reçois de patients psychosomatiques. Ces patients s’adressent à travers mon corps à une figure énigmatique de reconnaissance. On dirait que « le corps parle d’abord »² et cherche « l’Autre » dans le corps !

A qui ou à quoi s’adressent ces patients, ces malades ? Combien « d’adresses » sont visées dans le discours au praticien, et à quels moments ? Quelles sont les relations d’efficacité thérapeutique entre ce processus transférentiel et la guérison psychosomatique ?

Existent t’il plusieurs transferts différents, dont un spécifiquement à l’intervention psychosomatique comme au patient spécifiquement en situation psychosomatique ?

Autant de questions qui - me semblent t-il - nous concernent tous. Et si la conceptualisation de transfert est un riche sujet d’étude et de recherche pratique et théorique en psychanalyse, elle

¹ S. Freud,

² Pour paraphraser C. Dejours, *Le corps d’abord*, 2001, Payot.

n'est pas encore épuisée et je pense que la psychosomatique intégrative la relance de façon heuristique. (JB Stora, *ibid.*, p. 212-213).

L'hypothèse que je fais depuis ma formation en psychosomatique, et que j'applique en psychanalyse, est la suivante :

« Le transfert psychosomatique ou le transfert *en* psychosomatique » (déjà une question de recherche) se termine là où commence celui de la cure analytique et le contient en même temps ou l'empêche ?

S'il est à coup sûr un pare-excitant primordial, de base, il est aussi celui sur lequel le praticien peut à la fois toujours compter et doit toujours revenir pour vérifier la psychodynamique du patient. (JB Stora nous met sur cette voie, *Ibid*, p. 245).

Notre professeur nous donne un début de réponse dans une de nos discussions :

« La relation des patients somatiques, dont l'unité psychosomatiques a été atteinte par la maladie, est ce que l'on appelle « un transfert de base » ; en d'autres termes, le retour à la relation d'attachement maternelle qui est centrée sur l'entretien et la réparation du corps. Pour Freud le premier Moi est un moi corporel ».

Ce que je ressens serait donc la réactivation ineffable de la relation première et notre mission serait de réparer cette unité psychosomatique qui a été brisée par les traumatismes et les maladies ?

Ne peut-on généraliser ce type de transfert à tout début de prise en charge psychothérapeutique comme au minimum « un début de dynamique transférentielle spontanée » dont le destin n'est pas encore énoncé ?

La psychosomatique nous enrichirait-elle d'une meilleure compréhension de l'origine de ce « jeu » relationnel qu'est le transfert ? Ou au contraire pourrait-elle nous montrer que l'on ne peut prendre pour équivalent psychanalyse et psychothérapie psychosomatique ?

Il y a « des théories » du transfert. Y aurait t-il alors « une théorie psychosomatique » du transfert ?

1. Rappel de la définition du transfert lié à la situation de transfert ou à la situation totale transférée, plus exactement.

Dans son « Fragment d'une analyse d'un cas d'hystérie » Freud (1905) définit la situation de transfert de la manière suivante :

« Que sont ces transferts ? Ce sont de nouvelles éditions, ou fac-similés de motions et de fantaisies qui sont éveillés et rendus conscients à mesure que se déroule l'analyse ; mais ils ont cette particularité, caractéristique de leur espèce, de substituer à une personne antérieure la personne du médecin. Autrement dit : toute une série d'expériences psychologiques sont ravivées non pas en tant qu'appartenant au passé mais en tant que s'appliquant présentement au médecin »

Mélanie Klein nous apporte quelques réflexions vis à vis de la situation totale transférée, dans son livre intitulé « *Le transfert et autres récits* », 1946-1963, Puf : « Finalement le transfert

est toujours un déplacement, un mouvement psychique de vie ou de mort. Positif ou négatif. Et comme pour le symptôme il est l'alliage de trois éléments :

- Un vécu traumatique du passé qui tend à se répéter compulsivement.
- Les défenses contre le retour du traumatique ou pour contenir ses traces.
- L'espoir d'une réaction autre pour se dégager de la répétition, reprendre le développement élaboratif entravé et dépasser la frustration libidinale ». (p. 23).

2. Une théorie du transfert : le jeu infantile de cacher son corps pour y être trouvé, ou le « trouvé créé psychosomatique ? »

Pour parler autrement de cette thématique « transfert et psychosomatique », je vous propose une petite histoire que ma grand-mère me racontait ; c'est un transfert comme un autre qui a bien son rôle de pare excitations face à l'excitation de cette journée ! Voici donc « une » théorie du transfert que je vous propose, celle de ma grand-mère fille de Rabin ! :

« Il était un enfant, petit fils d'un grand sage (psychanalyste, bien sûr), qui jouait un jour avec un autre petit garçon à cache-cache. Il se trouva une fameuse cachette, s'y fourra et attendit que son camarade vînt l'y découvrir. Mais, ayant longtemps attendu, il finit par s'en extraire et ne vit nulle part son petit camarade. Il s'aperçut alors que l'Autre ne l'avait nullement cherché, et ce furent des larmes et des larmes. L'enfant courut toujours sanglotant vers son grand père pour se plaindre à grands cris du mauvais camarade, de ce méchant garçon qui n'avait pas voulu le chercher quand il était si bien caché ! Et c'est à grand peine que le Sage parvint lui-même à retenir ses larmes : "C'est exactement aussi ce que dit Dieu, dit il ; je me cache, et personne ne veut me chercher !" ».

Ce jeu de cache-cache c'est aussi une histoire de transfert dans « le trouvé-créé » Winnicottien du *visage de l'autre que le patient à la fois cherche et cache dans le nôtre*.

Ce jeu du névrosé (de l'infantile) est bien celui d'un « moi corporel » qui se cache pour qu'on ne le trouve pas et qui se plaint que nul autre corps ne veuille le chercher !

Or les psychanalystes sont obnubilés par ce mode de relation au point de la fétichiser ou de la poser en une croyance quasi magique : pas de transfert et point de salut ! Comment faire sans transfert ? L'identification existe bien, mais ce n'est pas très noble pour un psychanalyste ! Une vulgaire défense et pas une thérapeutique, à tel point que le transfert en devient obsessionnellement un « pharmakon³ », que nous recherchons avec plus ou moins de patience et de pertinence dans nos cures, brèves ou longues...

Comment fait alors un psychosomaticien avec le « transfert psychosomatique de base » qui ne se cache pas ? Quand il n'y a pas à le chercher, tellement le corps – le sien ou celui de l'Autre - se dépose dans la relation de plainte et s'incarne !

³ Définition : La signification du mot grec *pharmakon* peut facilement s'inverser : remède bénéfique ou poison maléfique, dedans/dehors, parole/écriture, il n'a rien d'une substance. Ce n'est pas un élément ni un composé d'éléments, c'est un *milieu ambivalent*, le medium à partir duquel s'effectue toute dissociation. Il est analogue à l'imagination, une sorte de mixte, ni sensible, ni intelligible, capable de réaliser l'unité des contraires (comme l'écriture, qui facilite un certain type de mémoire - morte - mais décourage la mémoire vive). Même la potion mortelle bue par Socrate sous le nom de ciguë (en grec *pharmakon*) est ambivalente : instrument de mort et/ou véhicule vers l'immortalité de l'âme, poison et/ou instrument de salut.

« Comment peut-on être psychosomaticien », doit on dire à la manière de Montesquieu, et travailler sans ce lien quasi magique ou fétichisé ?

Cela pose une question très pratique pour le psychanalyste sur la difficulté à « être deux personnes (au minimum) en une » dans la relation transférentielle. Le psychosomaticien échappe t-il à cette exigence ou la traite t-il différemment ?

Une autre question théorico pratique se pose : comment adapter la distance clinique de travail thérapeutique dans cette psychodynamique transférentielle ? Est-elle du même ordre en psychothérapie psychosomatique ? Comment se débrouille t-il avec cela ?

Enfin quelles leçons à tirer de la comparaison entre les deux théories de la pratique psychanalytique et psychosomatique à partir de cette épistémologie du transfert ?

3. Immédiateté du transfert (chez l'enfant) ou primauté du contre transfert ?

Tout est-il transfert, et comme Freud le propose il y aurait une « disposition générale au transfert » car nous fonctionnons « avec » les autres ; l'enfant transfère avec les parents, les enseignants etc. *et l'analyste serait l'objet d'un transfert latéral⁴ privilégié, qui dirait quelque chose des autres transferts ?* Cette dimension serait spécifique de « l'infant », de l'archaïque, de l'origine présent au travers de la corporéité ?

Que penser aussi de « l'autorisation au transfert » par les parents et le praticien dans cette hypothèse, car ils sont perçus tous deux souvent comme potentiellement ambivalents ?

L'autre point de vue, celui de la primauté du contre transfert, souligne l'importance d'un travail préalable pour qu'un transfert soit possible qui se déploie dans la névrose uniquement ou la psychose de transfert.

Il apparaît peut être utile dans la pratique de distinguer surtout « l'offre au transfert » du contre transfert qui lui s'oppose au transfert.

Finalement comment le psychosomaticien « s'offre au transfert » ou reçoit l'offre au transfert du patient ?

4. Le Transfert narcissique est-il le transfert psychosomatique ?

H. Kohut dans « *Le Soi, la psychanalyse des transferts narcissiques* », 1974, Puf, parle du transfert narcissique, (...) « où l'analyste n'existe et n'est idéalisé que dans la mesure où il est identique aux attentes du patient, généralement en position de toute puissance et d'emprise ».

Mais il existe alors une difficulté pour le psychanalyste de parvenir à introduire, *après une action de re-narcissisation psychosomatique* paradoxalement possible car utile et thérapeutique, un mouvement pour se dégager de ce transfert dont l'enjeu négatif serait « d'étouffer » toute vie psychique et tout investissement dans la vie réelle ?

Après un transfert de base narcissique primaire de cette sorte, comment passer à la psychanalyse avec un patient psychosomatique ?

⁴ Définition : « (...) le patient s'entretient avec un ami intime ou très curieux de son traitement et il exprime au cours de cette conversation toutes les pensées qui auraient du se présenter à lui en présence de son médecin » Freud, *Le début du traitement*, 1913 ; (...) « le transfert latéral se définit par sa fonction de diminuer fortement la tension d'excitation », Beno Rosenberg, *Transfert latéral & névrose, « le personnage tiers »*, *Cahier du centre de psychanalyse & psychothérapie*, N°3, 1981.

En fin de compte, la mise à l'épreuve de ma pratique de psychanalyste par la psychosomatique me fait me demander si une psychothérapie psychosomatique d'un patient (somatique) permet une psychanalyse et à quelles conditions ? Y a-t-il un patient typiquement psychosomatique bénéficiant de l'approche psychosomatique ou cette dernière constitue-t-elle une approche contemporaine de la psychanalyse confrontée aux très actuelles pathologies narcissiques ?

Il y aurait là un jeu de cache-cache où l'un ne trouverait pas l'autre aussi facilement qu'il le voudrait ?

Apport et limites dans la pratique de la psychosomatique intégrative

Dr. Pascale SURUGUE

La démarche médicale classique est insuffisante à partir du moment où l'on accepte l'hypothèse que la maladie n'est peut-être pas un événement complètement fortuit mais qu'elle peut prendre place dans un parcours singulier. Ainsi au lieu de ressentir une souffrance mentale qui dépasserait la capacité d'absorption des défenses habituelles ou d'élaborer mentalement des sentiments de colère, de dépit ou de frustrations situés bien au-delà des capacités de contrôle, il me semble bien que ce soit « le corps qui parle ».

A « capital génomique » altéré identique, en fonction de chaque histoire personnelle, de son environnement il me paraît plausible que l'un développe la maladie, l'autre non.

La maladie peut alors devenir un temps d'ouverture, une occasion d'explorer et de traiter les traumatismes des liens précoces jamais reconnus qui entravent la capacité de vivre d'adultes « apparemment parfaitement adaptés aux codes environnants ». Certes une psychothérapie/PA ne guérit pas directement, ne répare pas une fracture ou un cancer, mais permet de **rétablir les conditions indispensables à la guérison**. Plus les dysfonctionnements psychiques seront mis à jour, les conflits élaborés, plus les conditions de réparation ou de rémission seront grandes et **plus l'efficacité des traitements sera grande**.

1/ **Mademoiselle A.**, 28 ans, sympathique, d'apparence dynamique, non timide, m'est adressée par son médecin référent, pour un avis « d'expert : faut-il lui prescrire une hormonothérapie, le Tamoxifène, associé à un analogue de la LH-RH le Zoladex ? »

Sans aucun ATCD familial de cancer du sein, elle a été traitée pour un cancer du sein : tumorectomie/curage (T1N1/5 RH+) en mai 2009, suivie d'un mois et demi de radiothérapie et 8 séances de chimiothérapie. Le Tamoxifène est prévu pour une durée de 5 ans.

Une échographie pelvienne montre un kyste endométriosique de 3 cm et elle se plaint de dysménorrhée intense au point d'appeler SOS médecin.

Réponse : traitement justifié médicalement parlant : cancer de mauvais pronostic apparu à 27 ans avec ganglion envahi.

➔ Approche médicale ¼ d'h de consultation !

Mais l'enseignement de JBS me pousse à poursuivre l'anamnèse et j'apprends qu'elle a été élevée en Algérie avec un père algérien musulman et une mère française chrétienne. Elle a, depuis 4 ans, un copain algérien de 35 ans, très présent, qui la soutient moralement, mais il est « musulman pratiquant » et elle est toujours vierge car « il la respecte ». Elle pense qu'elle ne fera pas sa vie avec lui. Elle fume depuis l'âge de 13-14 ans un paquet de cigarettes/j en cachette de lui car il serait choqué. Elle me parle spontanément de son enfance : 2/3, elle se sent torturée depuis l'âge de 6 ans !?...etc. Et elle ajoute qu'elle est « *contre la psychothérapie* ».

Elle travaillait dans l'hôtellerie, avait un poste à responsabilité qui lui plaisait beaucoup mais elle a subi un licenciement économique et est en recherche d'emploi. Elle se dit « carriériste » croyante pas pratiquante. Elle parle facilement et pleure en pensant qu'elle n'a pas d'enfant.

→ Approche psychologique ½ h de consultation supplémentaire...

Réflexion ouverte : Problème de la demande : peut-on se permettre d'aller vers un patient qui n'a rien demandé ? Non seulement elle n'a pas de demande, elle refuse même la proposition de voir un psychologue de son généraliste étonné qu'à 28 ans elle soit toujours vierge « *je suis contre la psychothérapie* » ! Sa capacité d'élaboration est pourtant bonne. Introduire l'idée d'une possible participation interne dans l'apparition et l'évolution de son cancer peut peut-être remettre en question dangereusement un aménagement défensif fondé sur le clivage ? Comment apprécier la profondeur de la souffrance ainsi libérée et ce qui sera mis à la place ? Comment apprécier si un malade est capable d'assumer un changement réel dans son existence à ce moment de grande vulnérabilité ? La responsabilité du thérapeute est alors bien plus grande que celle de ceux qui se limitent aux traitements médicaux classiques... Ce sont les arguments des « ingénieurs de la santé » ou « médecins-techniciens » qui se comportent comme « un programme informatique expert » ! Les « médecins-hippocratiques » semblent penser au contraire qu'il est urgent d'aller au-devant des patients et d'inclure cette prise en charge sur le plan psychique sans attendre leur demande, sans même le formuler en tant que tel et bien sûr sans offrir de faux espoirs de maîtrise. Nous ne pouvons ignorer que les femmes suivies « globalement » peuvent quand même récidiver.

Comment faire en pratique avec ces patientes dont la souffrance bien réelle est, soit sous-estimée, ou carrément méconnue, par les médecins, soit entendue par eux mais niée par la patiente elle-même ? L'approche psychosomatique est ici bien difficile.

Je ne l'ai pas revue bien que je lui avais donné une perche médicale : me montrer sa nouvelle échographie pelvienne au bout d'un mois de traitement = échec ?

2/ Madame B., canadienne de 36 ans m'est adressée par son médecin généraliste référent pour « avis sur l'exérèse d'une masse du sein droit de 4 cm dans le quadrant supéro-externe, douloureuse sans fièvre ».

La mammo/écho classées ACR4 a imposé une biopsie et les résultats histologiques montrent « une mastopathie fibro-kystique, de type canalaire, sans caractère proliférant ni atypique, avec quelques fines microcalcifications intraluminales. Absence de néoplasie intraépithéliale, absence de processus carcinomateux. »

Dans ses ATCD : tante maternelle cancer sein à 50 ans, mère cancer col ou utérus à 29 ans et décédée d'un cancer des poumons à 55 ans, oncle maternel cancer des poumons, grand-père paternel cancer digestif.

Une grossesse à 34 ans allaitée 1 an. Ne travaille pas. L'examen clinique retrouve cette masse douloureuse, non suspecte, mais isolée et la question se pose en effet d'en faire l'exérèse et le problème médical serait réglé, pas de risque et éviterait une surveillance anxieuse.

→ Approche médicale ¼ d'h de consultation.

Mais en pensant à JBS je me permets de replacer cette pathologie dans son contexte environnemental et lui pose des questions inhabituelles pour un clinicien dit scientifique.

D'emblée elle me dit ne pas se sentir anxieuse ni hypocondriaque. Elle a suivi son mari diplomate belge, se sent donc expatriée depuis 2 ans, avec un enfant en bas âge, loin de sa

famille et a dû abandonner un travail investi (consultante en musée). En tant que canadienne, elle n'a pas de permis de travail en France. Surprise elle-même elle ne peut s'empêcher de pleurer en exprimant à voix haute cette réalité...Je l'ai encouragée à formuler ses désirs et elle a décidé de se remettre au sports et de se faire naturalisée belge grâce à son mari pour ne plus avoir besoin de permis de travail, ce qui ne l'empêche pas de commencer à chercher.

→ Là aussi prévoir un temps de consultation plus long que ne peuvent avoir les médecins débordés non en préretraite comme moi ! Et pourtant :

2 mois ½ après, je la revois : elle me dit avoir beaucoup réfléchi après notre rencontre. Elle fait du sports 3/semaine, du vélib et marche ; a beaucoup d'entretiens d'embauche et des pistes sérieuses.

Cliniquement elle n'a plus mal et le placard de mastose a régressé. Conclusion: abstention, surveillance, on ne parle plus de chirurgie !

Réflexion ouverte : approche plus efficace manifestement même effleurée de cette façon en un seul entretien. Employer cette approche sans en parler jamais (sans le marquer sur sa plaque ou ses ordonnances) ne permet-il pas d'aborder des patients qui ne seraient jamais venus consulter un psy. ? Une autre compréhension de la maladie peut et doit rester compatible et complémentaire avec un discours scientifique.

3/ Madame C. 48 ans, consulte pour un 2^e avis adressée par mon ancienne secrétaire de Curie. Immédiatement j'apprends que sa « fille de 25 ans se bat depuis 3 ans contre une leucémie récidivée en 2008, greffée, stérile définitivement et est toujours en soins intensifs actuellement entre la vie et la mort ».

Jolie, très féminine, elle parle non stop et impose à tous médecins consultés, même à ceux non sensibilisés par la psychosomatique, son contexte de vie douloureux.

Suivie pour une mastopathie kystique depuis 2003, extrêmement anxieuse, elle me demande si la petite zone indurée juxta-aréolaire externe gauche, d'apparition récente, douloureuse est, comme sa gynéco lui en a assuré, pas inquiétante. Elle a des implants en silicone ce qui rend l'examen clinique plus difficile.

Hélas je trouve la clinique très suspecte, bien que les mammo/écho soient d'abord classées ACR3 puis reclassées ACR2. Je lui demande de refaire une écho et cyto tout en pensant IRM et biopsie mais la sentant au bord de l'asphyxie psychique je temporise et lui conseille un chirurgien « plasticien », en raison des prothèses, et... « cancérologue ». Je le préviens du contexte mais malgré tout il lui annonce d'emblée que c'est un cancer, ce qui sera confirmé par les examens complémentaires. Elle me dit qu'elle a failli se jeter sous le métro après sa visite!

Une chimio première d'induction est décidée compte tenu de la taille de la tumeur. Mais la réponse est partielle, une large tumorectomie du reliquat et curage axillaire est quand même tenté. Malheureusement les berges sont envahies, le curage montre 3N+/17, RH+, HER2-. Une mastectomie est donc nécessaire avec curage ganglionnaire Une radiothérapie et hormonothérapie sont décidées.

→ Mon rôle médical est donc terminé.

Mais je prends de ses nouvelles et elle souhaite me rencontrer à nouveau « pour parler ».

Entretien psychosomatique

A nouveau logorrhée intarissable. Pendant 1h parle non stop toute seule : de sa fille et de sa leucémie qui curieusement depuis l'annonce du cancer du sein de sa mère est stabilisée alors que les médecins étaient très pessimistes ! De son père qui est mort d'un infarctus brutalement à 40 ans, alors qu'elle était enceinte de 7 mois. De son neveu de 14 ans tué dans un accident. Je n'ai rien dit, seulement écouté, mais me sentais au bord des larmes.

Elle est partie rejoindre son mari qui l'attendait dans la salle d'attente en me remerciant beaucoup ?

Réflexions : aider une femme et sa fille débordées par la souffrance avec des maladies au pronostic vital engagé. Comment tenir sur la durée ? Accompagner en soins palliatifs est une autre démarche paradoxalement plus facile.

Conclusion : 3mots-clés : **pas dans la toute-puissance, formation, supervision !**

La psychanalyse: de la théorie de la psychanalyse à la théorie de la clinique du rôle de la cure analytique dans la formation du psychothérapeute de psychosomatique intégrative

Pr. Jean Benjamin Stora

La pratique des psychothérapies psychosomatiques implique que le psychothérapeute psychosomaticien ait d'abord effectué un travail sur lui-même en recourant à la technique dite de la cure classique. Sans la connaissance de son inconscient, il serait difficile pour le psychothérapeute psychosomaticien, qu'il soit médecin ou psychothérapeute, d'entreprendre des cures de patients somatiques. La cure dite classique est le modèle à partir duquel toutes les autres cures psychothérapeutiques se sont développées au cours du dernier siècle. Nous nous interrogerons plus tard sur la formation du psychosomaticien dont la première étape a été franchie avec l'acquisition du diplôme universitaire de psychosomatique intégrative. Vous avez toutes et tous été analysés, mais par discrétion, à l'exception des collègues qui travaillent avec moi en supervision, je n'ai jamais demandé comment votre psychanalyse s'était déroulée. Vous comprenez cependant que ce premier travail a une importance considérable pour comprendre nos patients dans toutes leurs dimensions.

J'ai commencé à pratiquer la psychanalyse en 1973, et je n'ai jamais cessé depuis cette époque de poursuivre mon auto-analyse, et de m'interroger sur ma propre psychanalyse effectuée au sein d'une société psychanalytique de l'association internationale de psychanalyse. Le modèle développé par Freud et adopté par les sociétés psychanalytiques membres de l'association internationale de psychanalyse me paraissait, avec le passage du temps, incomplet dans la mesure où les différences culturelles semblaient absentes du processus analytique, et comme cela a paru bien plus tard à la fin des années 80 du siècle dernier grâce aux contributions de Joyce McDougall, les problèmes d'identité et de leur constitution étaient totalement absents du processus. Étaient absents aussi les affects, leurs manifestations, le vécu des situations présentes et passées, ainsi que la compréhension en profondeur de la psycho-dynamique conflictuelle. Le comportement des psychanalystes vis-à-vis de leurs patients était lui aussi l'objet d'interrogations de ma part, et, jusque récemment, je le reliais plutôt à une dimension culturelle des Français, plutôt réservés et distants dans leurs relations avec autrui.

Il était temps de s'interroger sur l'histoire de l'établissement du modèle de la cure classique pour comprendre en quoi ce modèle différait de l'approche développée par Sandor Ferenczi que j'ai dans un premier temps connu grâce à la branche hongroise de ma famille, et à mes relations avec les collègues de la société hongroise de psychanalyse. En France, à l'institut de psychanalyse à la fin des années 70, le nom de Ferenczi n'était pas prononcé, mais je ne me posais pas de questions, et, compte tenu de mes origines nord-africaines où le respect du Père et des aînés occupe une place centrale dans la relation, je tenais en haute estime et je respectais profondément l'enseignement qui m'était donné sans jamais interroger celles et ceux qui le dispensaient. Il m'a fallu franchir de nombreuses étapes pour tout remettre en perspective, ce que je fais aujourd'hui devant vous, afin que notre association bénéficie des leçons du passé, et que nous nous engagions sur un chemin différent où la tolérance doit être le guide de nos relations scientifiques et professionnelles.

Comment Freud et les psychanalystes de l'IPA ont-ils abouti à l'établissement de la cure dite classique ?

Je vais aborder les positions des partisans de l'approche théorique et ceux, moins nombreux, de l'approche clinique.

Tout a commencé dans les années 20 cruciales pour le devenir de la Société Internationale de Psychanalyse; c'est d'abord au sein du Comité secret créé par le premier cercle des étudiants et disciples de Freud que le problème prit naissance avec d'importantes conséquences sur la pratique de la psychanalyse contemporaine.

Rappelons d'abord les contributions conceptuelles du début des années 20 : après avoir élaboré la seconde topique et s'être interrogé sur la pulsion de mort qui illustre le thème de la répétition et la manifestation possible de la destructivité au sein de la cure, Freud ne reformule jamais les principes techniques de la cure psychanalytique; il en reste à son travail de 1916 sur « le transfert » conférence numéro 27 et sur « la thérapie analytique » conférence numéro 28. En 1938 dans son abrégé de psychanalyse il reste attaché à un travail de construction menée en collaboration avec le patient porté par la force du transfert. **Il continue à centrer la cure sur la remémoration en cherchant confirmation du vécu qu'il soit traumatique ou simplement fantasmatique, et recherche le noyau oedipien d'événements refoulés en tentant de reconstituer l'histoire du patient.**

Depuis 1910 il pressent l'importance de la dimension émotionnelle du psychanalyste (problème du contre-transfert), sans pour autant en faire un élément de la relation thérapeutique, et il introduit en **1912 la nécessité d'une analyse personnelle** condition préalable à l'exercice professionnel. Pour lui « on devient analyste par l'étude de ses propres rêves ». Rappelons que c'est seulement à partir de 1925 que se développe ce qu'on appelle **l'analyse didactique**. Quant au transfert, Freud est toujours dans la position du père **car la position de la mère l'embarrasse beaucoup**. Il a été un très grand interprète des rêves de ses patients et a fait preuve très souvent d'une grande perspicacité ; il a développé la notion d'écoute flottante c'est-à-dire débarrassée de tout acte de conclure ou de synthétiser, dénuée de toute interférence personnelle de l'analyste ou de toute présupposition dans ce que celui-ci pourrait vouloir entendre ou trouver. Mais, en réalité, ce que nous connaissons de sa pratique est très différente de ses propres recommandations : il parle amicalement à ses patients en séance, il aide les patients en difficultés financières, il accepte des cadeaux, il invite ses patients à dîner dans sa famille, il analyse sa propre fille Anna, etc. En vérité une pratique éloignée des énoncés théoriques et des recommandations.

Très vite Freud constate aussi que s'il avance dans le domaine de la compréhension du fonctionnement psychique, il a de nombreux échecs thérapeutiques: Dora, l'homme aux loups, l'homme au rat, etc. L'échec semble résider dans la difficulté de produire des changements psychiques.

Le transfert, la compulsion de répétition, la révélation de sens aux patients, la prise de conscience tout cela se révèle insuffisant pour produire du changement. Freud ne modifie pas sa technique et marque le pas. Il est fatigué de ce déroulement thérapeutique de la cure qu'il a instaurée, **il préfère l'investigation théorique, c'est elle qu'il privilégie dans sa pratique.**

Remaniement du cadre de la cure

À partir de 1921, la notoriété de Freud attire de nombreux patients dont il ne peut assurer le traitement ; il souhaite alors les référer à Sandor Ferenczi qui est son ami et aussi celui qu'il considère comme le grand vizir, le numéro 2 de l'institution psychanalytique. A cette occasion, il remanie le cadre de la cure: la semaine psychanalytique passe de six séances hebdomadaires à 5 séances afin de pouvoir accepter un patient de plus ; cette pratique sera édictée en règle canonique de la cure type plus tard. Les analyses sont écourtées puisqu'elles ne durent que quelques mois et les conditions en sont fixées à l'avance. Durée du traitement, montant des honoraires, révision des prix à la hausse... Un patient de Freud décrit ainsi le déroulement de la psychanalyse : repérer le complexe d'Oedipe, interpréter l'homosexualité

refoulée, et, à partir de là, laissez le patient faire le reste, à savoir perlaborer. Il semble même ce que Ferenczi reprochera à Freud plus tard que celui-ci ne savait pas reconnaître le transfert lorsqu'il se présentait sous la forme de la rivalité paternelle. Raymond de Saussure déclare à cet égard: « Freud parle trop, il peine à attendre une vérité qui s'éveille dans l'esprit du malade quand il en est persuadé lui-même : il cherche à le convaincre tout de suite ». Cité par Élisabeth Roudinesco⁵.

Dans cette période charnière des années 20, on assiste à un glissement progressif de la cure des patients à l'analyse de formation des psychanalystes. Ce glissement semble convenir au fonctionnement intellectuel de Sigmund Freud qui se concentre alors sur l'étude de la culture, de la religion, de la civilisation, application de la psychanalyse à d'autres disciplines, tous les travaux que nous connaissons bien : « malaise dans la culture, Moïse et le monothéisme, etc. Tout aurait été parfait si Sandor Ferenczi n'avait pas développé des propositions critiques décrivant une autre approche de la cure des patients. Rappelons ici que S. Ferenczi a connu Freud en 1908 et que sa pratique, ses publications avaient fait de lui le n°2 de la psychanalyse après Freud (cf. plus haut); Il fut le premier président de l'association internationale de psychanalyse en 1910. Ils ont à plusieurs reprises pris des vacances ensemble; Ferenczi commença à souffrir à cette époque de l'anémie de Birmer qui devait l'emporter en avril 1933 ; alors que Ferenczi lui fait part dans ses lettres de ses problèmes réels de santé, Freud lui répond à plusieurs reprises qu'il s'agit là « d'une fuite dans la maladie ». Dans sa lettre du 29 juillet 1921, il en vient à lui dire « qu'il ne croit pas qu'il soit organiquement malade » et ajoute : « je crois que vous pratiquez une concurrence déloyale. Parce que dans chaque lettre que je vous parle de la perspective de la mort... Vous vous en saisissez et pensez que vous devez m'égaliser ou me surpasser »(In Freud, Ferenczi, Correspondance,t.III,.). On peut constater ici encore une fois, l'approche du premier psychanalyste envers les troubles réellement organiques dont il ne perçoit pas l'importance et les conséquences sur la santé du patient. Je tiens à vous signaler ici et vous mettre en garde contre la croyance psychanalytique face la maladie organique.

Les discussions sur la pratique prirent une tournure qui encore aujourd'hui est déterminante dans l'exercice de la psychanalyse.

Les enjeux de la pratique: les propositions de Sandor Ferenczi et d'Otto Rank

Otto Rank et Sandor Ferenczi ((tous deux membres du comité secret, le premier cercle autour de Freud) dans un ouvrage intitulé : « Perspectives de la psychanalyse, sur l'indépendance de la théorie de la pratique » (1924) paru à Paris chez Payot en 1994, préconisent une clinique qui fasse place à l'affect, au vécu et aux ressentis. Je vous rappelle que Freud recommandait d'attendre que le patient se laisse convaincre par les explications de l'analyste ; Ferenczi préfère l'activité du thérapeute afin d'encourager l'inconscient du patient à reproduire sur le divan les situations anciennes et les émotions infantiles oubliées.

En résumé moins de remémoration, plus de répétition, moins de compréhension, plus d'éprouvé.

Il est évident que cette conception de la cure est moins confortable pour le psychanalyste puisqu'il expose sa personne. Pour Ferenczi il est important que l'analyse ne devienne pas une fin en soi. Face à ses deux disciples, Freud a une attitude ambivalente ; il montre d'abord de l'intérêt, puis il adopte une position contraire, se rétracte et finit par les réprimander ; les disciples de Freud (les psychanalystes en formation et ceux ayant terminé leur cursus) se déchaînent alors. L'ouvrage des deux auteurs est mis au pilori et il est condamné, plus tard, à l'oubli, tout au moins dans le mouvement psychanalytique de l'association internationale.

⁵ Histoire de la psychanalyse en France, T., ed. Fayard, 1994,366.

Nous assistons alors à un tournant critique dans l'histoire du mouvement analytique puisque la préférence est donnée à la préservation de l'invention de Sigmund Freud: die Sache (la Cause). Ferenczi et Rank mettaient en garde contre une trop grande intellectualisation de la cure, contre le risque que celle-ci ne devienne un but en soi; ils préconisaient d'accorder une place importante à l'affect. Ferenczi voulait soigner (care), prendre soin du patient, il s'obstinait à vouloir améliorer sa méthode ; il ne se satisfaisait jamais d'aucune certitude théorique ce qui constituait d'une certaine façon une atteinte à la pureté de l'invention de Freud. Il est fort possible que Freud ait mal vécu la rivalité et les atteintes narcissiques des critiques de Ferenczi relatives à la cure.

L'année 1924 fut celle de réactions très violentes à l'encontre de Ferenczi et de Rank ; leur travail intitulé "Objectif de développement de la psychanalyse, du rapport mutuel entre théorie et pratique", se verra amputé de plusieurs chapitres. Il ne sera publié en France que 70 ans plus tard ; quant au livre d'Otto Rank, il sera exclu comme son auteur du champ de la psychanalyse. Dans son ouvrage "Le traumatisme de la naissance", Otto Rank développe l'idée que la première séparation biologique d'avec la mère peut constituer le prototype de l'angoisse. C'est donc sur ce mode de transfert maternel et pré-oedipien que la relation du patient à l'analyste peut se voir interpréter au sein de la cure. Il voit dans l'attachement à la mère une interprétation possible pour raccourcir le délai de la cure. C'est ce point que Freud privilégiera pour développer l'essentiel de ses critiques. Je rappelle ici qu' au cours d'une promenade en 1922 Freud confie à Ferenczi « qu'il ne sait pas si la découverte (transfert maternel) contient 33 % ou 66 % de vérité mais que de toute manière c'est le développement le plus important depuis la découverte de la psychanalyse ». Plus tard les psychanalystes critiquèrent le transfert maternel en l'identifiant au transfert sur la mère archaïque et donc en dénonçant ce transfert qui nuit au patient en le faisant régresser au lieu de l'engager dans un mouvement progressif. C'était l'opinion et c'est peut-être encore l'opinion des psychanalystes des sociétés membres de l'IPA. Comme vous le savez, dans le cadre de la psychothérapie psychosomatique intégrative que je défends et que je propose, compte tenu des problématiques pré-génitales et archaïques de nombre de patients somatiques, nous devons jouer ce rôle de la mère, non pas archaïque, mais génitale qui prend soin et répare l'intégrité narcissique atteinte par la maladie, et ayant provoqué les régressions que nous connaissons. Il n'est en aucune façon question d'en rester au stade régressif atteint par nos patients, mais tout au contraire de les faire progresser pour atteindre un équilibre stable compatible avec une amélioration de leur santé.

Poursuivons sur la contribution d'Otto Rank et de Sandor Ferenczi : Alors que Freud continue à faire de la remémoration le but principal de la cure, ils déplacent l'accent sur le phénomène de la répétition. Il faut, disent-ils, encourager chez le patient la tendance à reproduire au sein du traitement les situations anciennes et les émois infantiles oubliés. Laisser se développer les sentiments d'abandon, d'amour, de haine, de jalousie à l'égard du thérapeute, sachant que ces affaires ne sont que des transpositions de sentiments éprouvés dans l'enfance à l'égard des figures parentales. Il s'agit de favoriser leur surgissement de manière à les transformer pour le patient en « souvenirs actuels ». L'activité du thérapeute n'est faite ni d'injonctions, ni d'interdiction totale; elle est basée sur la capacité du psychanalyste à remplir le rôle qui lui est prescrit par l'inconscient du patient. En revivant certaines expériences traumatiques précoces, le patient peut ainsi faire l'expérience d'un savoir qui ne lui est plus seulement donné par l'analyste mais qu'il a d'abord vécu et ressenti comme tel.

Pour ces deux auteurs, les analyses ont été menées jusqu'à présent sur un mode trop intellectuel, c'est la raison pour laquelle elles ont montré leurs limites et qu'elles s'éternisent bien souvent. Pour eux la remémoration ne peut s'effectuer que dans le cas d'un transfert où le patient vit pour la première fois intensément les motions affectives réprimées dans l'enfance. Ces situations ne peuvent être remémorées puisqu'elles n'ont jamais été conscientes. Ils

insistent très fortement sur vivre au sein de la cure cette expérience du passé ; pour eux de très nombreux patients qui ont tout compris intellectuellement de leur cure, et de leur fonctionnement psychique, continuent à se comporter de manière névrotique. Sur-interpréter, c'est-à-dire vouloir prouver au patient qu'il a des complexes n'aurait d'autre effet que de ravalé la psychanalyse à une démarche intellectuelle. On doit vivre les affects dans le présent et non se cantonner dans une démarche explicative des affects passés.

Ferenczi dénonce les déviations de la psychanalyse de son époque : la tendance à privilégier un trop grand savoir au détriment des orientations actives premières. Il dénonce une certaine forme d'analyse descriptive qui consiste à se contenter d'écouter et de décrire les symptômes des patients ; la propension à collectionner les associations du malade sans chercher à comprendre les motifs qui le poussent à ce type d'association plutôt qu'à une autre ; le « fanatisme de l'interprétation » qui lorsqu'elle devient une fin en soi transforme la technique en but de l'analyse là où elle ne devait rester « qu'un moyen de connaître l'état psychique inconscient du patient ». Pour Ferenczi le psychanalyste est devenu trop froid, trop enclin à « exclure l'humanité du cadre de l'analyse » au prétexte de l'exigence théorique d'éviter tout contact personnel en dehors d'elle. Il rappelle que c'est l'analyste qui donne son unité à la cure et c'est à lui que revient le soin de jouer tous les rôles, **que ce soit dans le transfert maternel ou paternel**. Il remet donc au premier plan le contre-transfert du thérapeute et ses sentiments inconscients dans la relation au patient. Il déclare que les analystes se sont réfugiés dans l'idée que le patient était « trop narcissique » qu'il résistait aux interprétations. De cette façon ils masquent leurs difficultés d'accepter les sentiments hostiles des patients à leur égard et à reconnaître combien leur propre contre-transfert narcissique pouvait pousser les malades à mettre en relief les éléments flatteurs pour le thérapeute et à passer sous silence ceux qui leur étaient moins favorables. Pour Ferenczi les analyses thérapeutiques sont devenues de plus en plus des analyses didactiques n'ayant pour but que de transmettre la théorie élaborée par Freud plutôt que de développer le processus psychanalytique du patient. Cette mise en garde destinée à s'éloigner des préjugés théoriques et à recentrer la science de la psychanalyse avait pour objectif de résister à la vague théorique et spéculative envahissant les pratiques des années 20 et suivantes.

De la discussion sur la théorie de la clinique à la mise à l'écart de Ferenczi.

Dès le mois de décembre 1923 les premières critiques se font entendre : Rank et Ferenczi s'écartent dangereusement des voies souhaitées et acceptables de la psychanalyse ; Freud adopte une attitude ambivalente alternant entre ses témoignages de confiance à leur égard et ses marques de défiance. « Leur travail ne lui plaît plus autant qu'au début ». « Il ne saurait quand même pas dire avec quoi il n'est pas d'accord ». Ferenczi s'obstine et déclare à Freud que loin d'être en rupture avec ses théories son travail n'a d'autre objectif que de penser le cas des cures interminables qui finissent par devenir inefficaces. Il pense que nombre de collègues sont « coupables de prolongations qui n'apportent aucun résultat scientifique et ne peuvent donc être ramenées à une méconnaissance de la situation analytique ». (Lettre du 14 février 1924). Ferenczi écrit le 20 mars 1924 : « je ne veux pas, par cette plainte, faire le moindre pas pour le maintien du comité donné pour perdu ; je sais bien, quand c'est fini, c'est fini... J'ai survécu au comité qui devait me succéder, peut-être survivrais-je même à l'Association internationale. Espérons que la psychanalyse me survivra. Mais cela, comme le reste, me vaut une fin de vie troublée ».

Freud a de la difficulté à accepter les conceptions de Rank et Ferenczi : ou bien c'est le père, ou bien c'est la mère. Ou bien le traumatisme de la naissance, ou bien le complexe d'Oedipe. Ou bien la méthode analytique, le processus de la remémoration ou bien la thérapie des « commis-voyageurs » c'est-à-dire la répétition. Ou bien Rank et Ferenczi acceptent qu'ils se

sont égarés ou bien ils sont contre lui et donc des ennemis de la psychanalyse. Leur conception de la cure n'était pas suffisamment analytique, trop empreintes de pragmatisme, etc. plus assez « chirurgicale » : Freud recommandait dans ses « conseils aux médecins » de prendre modèle sur le chirurgien qui « met de côté tous ses affects et même sa compassion humaine, et qui fixe un seul but aux forces de son esprit : effectuer l'opération en se conformant le plus possible aux règles de l'art ». « Il ajoute qu'une tendance d'affect est pour le psychanalyste plus dangereuse que tout » et « que la justification de cette froideur de sentiment... est qu'elle crée pour les deux parties les conditions les plus avantageuses »⁶. La communauté psychanalytique de cette époque a choisi de défendre la « cause » de Freud et non pas la pratique clinique de la psychanalyse. Les arguments de Freud me rappellent les arguments utilisés dans des années 20 et 30 en union soviétique pour éliminer les opposant à la ligne du parti. Il s'agit comme vous le comprenez d'une démarche de type totalitaire, et c'est profondément regrettable lorsqu'il s'agit de psychanalystes.

Nous nous trouvons à un carrefour stratégique et dramatique de la théorie et de la pratique surtout de la conception de la pratique de la psychanalyse. Alors que les sociétés françaises de l'association internationale de psychanalyse se situent dans une étroite orthodoxie de la pratique Freudienne, il n'en a pas été de même dans la société britannique de psychanalyse qui n'a jamais exclu les partisans de la clinique de Ferenczi en acceptant la coexistence de nombreux courants de pratique différente. Nous devons cela à l'école hongroise de psychanalyse dont Sandor Ferenczi a été le leader ayant eu une influence sur ses étudiants et disciples : Mélanie Klein, Michael Balint, ses amis et collègues Geza Roheim, Franz Alexander etc. Ces analystes ont fortement influencé la génération suivante dont Winnicott a été un exemple remarquable. Nous savons que tous ces grands analystes contemporains (Winnicott au premier plan) prennent en compte les affects, l'importance d'interpréter dans le cadre de la relation analytique, le rôle déterminant joué par le contre-transfert du psychanalyste,... Et que moi-même depuis plus de 15 ans je prône les thérapies psychosomatiques en insistant sur les mêmes dimensions.

Freud et Ferenczi : un triste dénouement.

On a souvent raconté l'histoire tourmentée des relations entre Freud et Ferenczi : c'est le huitième enfant d'une fratrie de 12; il souffre d'avoir été mal aimé par une mère sévère, distante peu affectueuse, froide et moralisatrice. De son analyse avec Freud il ressort insatisfait, non seulement parce que Freud n'a pas su dans le transfert occuper la place de la mère, mais aussi parce que en tant que père, il n'a pas su faire face au transfert négatif de son patient (l'analyse de la rivalité). Je ne veux pas insister non plus sur le passage à l'acte de Freud qui intervient dans la vie personnelle de Ferenczi. Cette analyse incomplète de la relation oedipienne a été déplacée par Ferenczi dans ses recherches techniques : d'abord la technique active, puis entre 1926 et 1932 la tentative d'analyse mutuelle avec les patients. Quelles que soient les critiques faites à Sandor Ferenczi, ses tentatives de pionnier ont ouvert la voie à ce que j'appelle aujourd'hui la **psychothérapie psychosomatique intégrative**. On doit ajouter que la dimension de l'autre, le souci d'en prendre soin, sont profondément ancrées dans son tempérament. De plus, il n'a pas le désir d'exercer le pouvoir comme le montre son refus de présider en 1932 l'association psychanalytique internationale, proposée par Freud. Pour rester fidèle à Freud Ferenczi a accepté comme dans les films noirs, de se séparer de son collègue et ami Otto Rank. Dans son journal clinique il écrit « qu'il s'est réaménagé pour ne pas mourir ». Cela ne l'a pas empêché de poursuivre sa quête d'innovation technique. Pour

⁶ Oeuvres complètes, volume 11,149

Freud, le fils chéri est en train de devenir le fils maudit : son besoin insupportable de vouloir guérir, de jouer la mère dans le traitement, ces innovations telles que la technique du baiser inacceptable pour Freud, tout cela l'exaspère. Il s'agit « d'une nouvelle et troisième puberté » un manque évident de maturité. La rupture a lieu en 1932 : "Ferenczi a soumis à Freud le texte de sa communication au congrès de la Wiesbaden intitulée « Confusion de langue entre les adultes et d'enfants » où il reprend son hypothèse du traumatisme sexuel comme facteur pathogène. La confusion est entendue ici par Ferenczi au sens du décalage existant entre le langage de l'enfance, marquée par la recherche de tendresse et de sécurité, et le langage de l'adulte en quête d'excitation génitale de violence dominatrice. L'autorité écrasante de l'adulte condamne l'enfant à rester muet. L'enfant se soumet automatiquement à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement. L'agresseur devient un contrat psychique.

Le commentaire de Freud est le suivant : « Lu conférence Ferenczi, inoffensif, bête sinon inabordable, impression désagréable ». (Lettre du 2 septembre 1932). Avant la rédaction de ce commentaire, il y eu quelques jours plus tôt une rencontre où Ferenczi était venu à Vienne pour exposer à Freud le texte de sa conférence. Il raconte dans sa correspondance que Freud a écouté sa présentation avec impatience en avertissant qu'il s'était engagé sur une pente glissante déviant des usages et techniques classiques de la psychanalyse. Après un sévère avertissement, Freud avait mis fin à l'entretien et au moment où Ferenczi, très déférent envers son ami et son professeur, lui tendait la main, celui-ci lui tourna le dos et sortit de la pièce « J'arrivais peu à peu à la conviction, déclare Ferenczi, que les patients perçoivent avec beaucoup de finesse les souhaits, les tendances, les humeurs, les sympathies et antipathies de l'analyste, même lorsque celui-ci en est totalement inconscient ».

De là découle déclare Ferenczi « l'hypocrisie professionnelle » qui consiste à « accueillir poliment le patient, à lui demander de faire part de ces associations, à lui promettre de consacrer tout son intérêt à son bien-être et au travail d'élucidation » alors qu'au même moment il n'est pas exclu que certains traits de ce patient le heurtent, le perturbent ou lui soient difficilement supportables. Ferenczi constate que le problème est que dans ce cas, le patient reste muet la plupart du temps ; tout au plus parvient-il à des moments exceptionnels à amasser suffisamment de courage pour protester. Mais d'habitude il tombe plutôt « dans une extrême soumission, manifestement à la suite de l'incapacité ou de la peur dans laquelle il se trouve de déplaire ». Au lieu de contredire l'analyste, de le critiquer, voire « de l'accuser de défaillance ou de combattre des erreurs », il s'identifie à lui. Ferenczi critique fortement les attitudes du psychanalyste professionnel lorsque celles-ci deviennent des postures : « **cette froide réserve**, cette manière de persévérer dans certaines constructions théoriques, de laisser de côté des faits qui ébranleraient notre assurance et notre autorité »... "Une hypocrisie » d'autant plus dommageable qu'elle peut, si la bienveillance vient à manquer, laisser le patient seul et abandonné dans la plus profonde détresse, dans cette même situation insupportable qui avait pu conduire jadis au clivage psychique, et finalement à la maladie ». Ferenczi avançait cette recommandation : « les parents et les adultes devraient apprendre à reconnaître, comme nous analyste, derrière l'amour de transfert, soumission ou adoration de nos enfants, patient, élèves, le désir nostalgique de se libérer de cet amour opprimant ». « Si on aide l'enfant, le patient ou l'élève, à abandonner cette identification, et à se défendre de ce transfert pesant, on peut dire que l'on a réussi à faire accéder la personnalité à un niveau plus élevé ». « En conclusion Ferenczi déclare : je serais heureux si vous pouviez prendre la peine... d'attacher dorénavant plus d'importance à la manière de penser et de parler... de vos patients, derrière laquelle se cachent des critiques, et ainsi leur délier la langue, et avoir l'occasion d'apprendre pas mal de choses ».

On comprendra que derrière ces déclarations qui recommandent une autre attitude du psychanalyste, et, que j'adopte profondément dans la relation thérapeutique psychosomatique

intégrative, Ferenczi critique fortement la technique "intellectuelle" de Freud analyste et ses limites.

Dans le mouvement psychanalytique international et dans les sociétés qui y sont affiliées dont le SPP et l'APF, c'est la défense de la cause freudienne qui a prévalu. Au début des années 70 en France la psychanalyse conserve très peu des recommandations de Ferenczi ; il appelait, je vous le rappelle à l'humilité et au tact du psychanalyste et soulignait combien la psychanalyse réussie doit pouvoir mettre fin au transfert et permettre de jouir simplement de la vie. Un livre paru récemment dont l'auteur est Anne Millet, intitulé « Psychanalystes, qu'avons-nous fait de la psychanalyse ? » Vous pouvez prendre connaissance de la pratique française actuelle des sociétés de psychanalyse de l'association internationale ainsi que de la pratique de Lacan et des groupes lacaniens.

En conclusion :

Alors Freud ou Ferenczi ? Je préfère dire et l'un et l'autre ; je considère que Freud a été le génie découvreur de la psychanalyse, et que Ferenczi a été le plus grand clinicien de sa génération, découvreur et innovateur de procédés cliniques que nous utilisons encore de nos jours, et dont je suis la tradition dans la pratique de la psychothérapie psychosomatique intégrative. Nous pourrions bien entendu porter des jugements très sévères sur le comportement de Freud à l'égard de Ferenczi, mais nous devons comprendre que Freud a été un génie mais aussi un homme de son époque, consciemment victime de son désir de transmettre sa découverte en se reposant sur l'association internationale de psychanalyse qui a transmis une version codifiée et désincarnée de la psychanalyse. Il est profondément regrettable que les hommes de cette époque aient fait prédominer leur volonté de pouvoir sur leur capacité de s'interroger sur la clinique psychanalytique.

Rappelons par ailleurs que pour Freud la psychanalyse ne s'appliquait qu'à une frange très faible de patients-ni trop malades, ni trop âgés, suffisamment instruits, suffisamment surs dans leur caractère. Comme je l'ai dit plusieurs fois dans mes enseignements, nous sommes très loin des recommandations de Freud. Les sociétés de psychanalyse ont été des machines aveugles de reproduction à l'identique d'un schéma de pratiques figées et totalement inadaptées à l'évolution de la structure psychique des patients qui sont nos contemporains.

Je considère que l'approche fondamentale de Freud n'est pas en cause, et nous savons que la plupart des méthodes thérapeutiques contemporaines découlent de la connaissance de la métapsychologie. La posture de la neutralité de l'analyste s'est vue opposer la nécessité d'insister sur l'interrelation, l'intersubjectivité, l'engagement du thérapeute. La préférence est donnée au vécu, à l'affect, à l'ici et maintenant, etc. On tient beaucoup plus compte des traumatismes, on s'interroge sur les comportements dans leurs relations avec les affects. Les

thérapies corporelles, l'hypnose Erikssonienne, l'EMDR, etc. pratiquée dans le cadre théorique de la métapsychologie, ce que je recommande, permettent de conjuguer de façon plus harmonieuse la recherche intellectuelle et clinique du psychanalyste, la prise de conscience et le vécu traumatique et émotionnel du patient.

Je vous engage résolument sur la voie de la psychosomatique intégrative; elle répond aux besoins de soins des patients somatiques en faisant appel à la métapsychologie, à la médecine et aux neurosciences pour aborder l'ensemble des pathologies. Nous ne pouvons porter avec nous les problèmes hérités d'un autre âge ; je considère qu'ils sont révolus et ne nous concernent plus.

Pour la Société de Psychosomatique Intégrative, je souhaite une orientation fondée sur la tolérance, la mise à l'écart de l'idéologie contraire à l'esprit scientifique, et la discussion des pratiques pour aider à mieux soigner nos patients en tenant compte de l'évolution des cultures et des sociétés de notre temps. Nous devons aller résolument de l'avant en insistant sur l'esprit de tolérance et d'ouverture qui doit être le nôtre.

Je vous remercie de votre attention.

Bibliographie

Chertok, L. & de Saussure, R. (1973). *Naissance du psychanalyste(de Mesmer à Freud)*. Paris, Payot.

Ferenczi, S (1909). Transfert et introjection, in *Psychanalyse I*. Paris, Payot.

Ferenczi, S (1928) Elasticité de la technique analytique, in *Psychanalyse IV*. Paris, Payot, 1982.

Ferenczi, S (1928). Le problème de la fin de l'analyse, in *Psychanalyse IV*, Paris Payot,1982.

Ferenczi, S (1932). Confusion de langue entre les adultes et les enfants, in *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1982.

Ferenczi, S (1932). *Journal Clinique*. Paris, Payot, 1985.

Ferenczi, S & Rank O. (1924). *Perspective de la psychanalyse. Sur l'indépendance de la théorie et de la pratique*. Paris, Payot, 1994.

Freud, S. (1904). *La technique psychanalytique*. Paris, PUF, 1953.

Freud, S. (1914). Contributions à l'histoire du mouvement analytique, in *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris, Payot, Coll. PbP, 1966.

Freud, S. (1916). Le transfert, conférence n°XXVII, *Conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1984.

Freud, S. (1938). *Abrégé de la psychanalyse*. Paris, PUF, 1949.

Freud, S. (1887-1902). *Naissance de la psychanalyse, lettres à Fliess*. Paris, PUF, 1956.

Freud, S & Ferenczi, S. (1908-1914 et 1920-1933), *Correspondance*, t.I et t.II, Paris, Calmann-Lévy, 1992, et T.III *les Années douloureuses*, Paris, Calmann-Lévy, 2000.

Millet A. (2010). *Psychanalystes, qu'avons-nous fait de la psychanalyse ?*.Paris, ed, Seuil.

CAMILLE: DES FUTES COMPLAISANTES

Dr Myriam BRUN-VALICON

J'ai vu pour la première fois Camille en Novembre 2008, jeune fille de dix-huit ans ,pour des fuites urinaires depuis l'âge de onze ans, nécessitant des protections en journée. Elle me consultait comme médecin généraliste à orientation homéopathie.

Elle était accompagnée lors de cette première consultation par sa mère.

Je l'ai suivie pendant un an à raison d'une séance par mois pour une thérapie d'inspiration psychosomatique . Je lui ai donné également un traitement homéopathique.

Présentation

Lors de la première consultation , elle m'a fait l'impression d'une petite jeune fille ronde, effacée, voire avachie, peu coquette , sa mère m'a semblé lui laisser peu de place, elle a pris la parole tout au long de l'entretien.

Depuis , je l'ai toujours vue seule , elle se déplaçait en transports en commun, et nous avons réussi à établir une relation de confiance , de plus j'ai noté une transformation physique , avec une appropriation de sa féminité, tout au long du suivi.

Au fur et à mesure des entretiens, nous retraçons son histoire.

Evènements de vie- évènements somatiques

Ses parents sont séparés depuis qu'elle a cinq ans. Elle a vécu son enfance dans un climat de violence lié à l'alcoolisme de son père. Puis sa mère est partie, elle est restée avec ses 2 frères dans un premier temps chez son père.

Entre six ans et huit ans, Camille suit sa mère dans différents logements. Camille a des tendances boulimiques.

De six ans à quatorze ans, elle voit son père un week-end sur deux . Sa mère accuse son ex-mari de relations incestueuses avec sa fille, (ce que Camille nie). Elle-même a été victime d'inceste.

A huit ans, il y a un déménagement en cours d'année, avec changement d'établissement, pour un logement stable. Camille est victime des brimades de ses camarades. Elle a une activité de masturbation assez compulsive.

A onze ans, elle rentre en sixième . Elle subit violence et tyrannie de ses camarades. Les fuites apparaissent pendant un cours de français. Elle prend l'habitude de se protéger. Elle avoue également beaucoup compenser en mangeant. Elle a pensé que c'était la masturbation qui avait provoqué les symptômes, et elle a commencé à avoir peur de perdre sa membrane.

A quatorze ans, elle ne voit plus son père. Elle dit s'en porter beaucoup mieux.

A quinze ans elle a un suivi psychologique, parce que , m'explique-t-elle, elle craignait d'avoir perdu sa membrane, et elle souffrait de ne pas avoir un père normal .Le suivi psychologique a eu lieu systématiquement accompagnée de sa mère et semble avoir surtout profité à cette dernière ...Camille dit avoir appris beaucoup de choses sur sa mère dont les sévices qu'elle a subi dans son enfance.... 15 ans arrivée également au lycée. L'année a été très difficile , elle a de grosses difficultés relationnelles et souffre beaucoup de solitude. Elle pense avoir fait une dépression. Elle suit un traitement par Ditropan(médicament classiquement prescrit pour les problèmes de vessie instable) il y a une bonne amélioration des fuites urinaires , mais le traitement est arrêté au bout de 6 mois. Reprise des fuites. Et crises boulimiques. Elle redouble sa seconde.

A dix-sept ans, elle se met au violon, et s'avère très douée. Elle apprend à être à l'aise en public . Elle se sent valorisée, enfin un domaine dans lequel elle excelle. Elle fait un régime et perd neuf kg. Elle voudrait bien sortir avec un garçon.

A dix-huit ans, elle vient me voir. Lors de la première consultation, un examen gynécologique m'est demandé par sa mère pour vérifier que la membrane hyménéale est toujours en place.

Lors du suivi, elle me dit ne pas avoir envie de se souvenir de quand elle était petite, cela lui rappelle son père. Au fur et à mesure des entretiens le passé revient, il y a des rêves. Camille est contente de venir. Son réseau social grandit, elle devient de plus coquette, son poids se stabilise, elle commence à éprouver son pouvoir de séduction auprès des garçons. D'éventuelles retrouvailles avec son père sont évoquées. Camille ne se sent pas encore prête mais ne rejette plus cette possibilité.

Les symptômes se sont amendés sous traitement, reprise lors de l'arrêt dans un premier temps, puis la prise en charge psychosomatique lui a permis de quasi guérir sans soutien médicamenteux.

Camille a eu son bac, s'est inscrite en fac de sociologie, elle envisage d'être professeur des écoles. Et elle a passé son permis. Elle est « sortie » avec un garçon pendant l'été. Lors de la dernière consultation, elle m'avoue combien elle est heureuse de ne plus avoir les fuites, elle pensait que cela l'empêcherait de plaire.

Commentaires

La mère a peut-être provoqué une fixation au niveau urétral en développant une érotisation au moment du change du bébé, et tout particulièrement du plaisir d'uriner du bébé, en voulant protéger sa fille de l'homme dangereux ? Par ailleurs, Camille n'a pas été valorisée par sa mère, c'est elle qui lui servi de pare-excitation, elle a assumé un rôle d'adulte, elle a donc été entravée dans l'intégration du courant narcissique, pour se protéger de sa mère et de ses propres pulsions agressives.

L'objet n'est donc pas en place.

Camille est élevée dans un climat de violence, l'enfance est traumatique, les excitations élevées, et les fuites apparaissent. Il y a un apaisement des tensions quotidiennes sur un mode autoérotique, c'est la seule voie de décharge, on note une importante fixation.

On peut penser à des tensions narcissiques non intégrées qui trouvent un débouché urétral frayé dans l'enfance.

Le père est alcoolique, violent. L'enfant a sûrement été déçue de façon traumatique par l'adulte qu'elle admirait, il y a fixation à l'imgo parentale idéalisée, qui ne s'est pas transformée en structure régulatrice de tension, et n'est donc pas introjectée, afin de maintenir son équilibre narcissique. Camille nie des relations incestueuses, un refoulement est probable, que ce soit fantasmatique ou réel, la névrose infantile en a gardé une trace. Il y a entrave du développement oedipien.

La découverte du violon lui permet une décharge de ses tensions, et l'utilisation de son énergie narcissique qui lui permet de se valoriser.

Evaluation du fonctionnement psychosomatique

Lors de l'évaluation psychosomatique de début de traitement, on note des irrégularités du fonctionnement mental, peu de capacités associatives présent-passé, une insuffisance du préconscient. (2)

Il y a une prévalence des comportements moyenne. (2-3)

Camille présente une répression des affects certaine. (2)

Sa capacité de relations à l'environnement présente d'abord une altération importante, puis des difficultés d'intensité moyenne. (5 puis 4)

L'objet n'est pas mis en place..

Evaluation du risque somatique Risque modéré (3)

Nous arrivons à un total de 13-14. Le sujet semble à risque moyen.

Structure fonctionnelle psychosomatique

Chez Camille, lors de sa prise en charge, nous pouvons penser qu'il existe des troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient-inorganisation)

Il semble que le diagnostic de départ soit névrose de comportement (170) avec troubles du narcissisme(172). Ses capacités associatives présent-passé semblent fortement entravées. Le travail avec Camille lui a permis d'enrichir ses capacités associatives, d'avoir une meilleure représentation mentale des événements traumatisants, et de mieux intégrer sa dimension narcissique.

Un suivi psychologique ultérieur lui sera malgré tout nécessaire pour arriver à mettre en place l'objet et pour avancer dans son développement oedipien.

"Un célèbre patient"
Observation des troubles cardiaques du "patient Sigmund Freud"

Pr. Jean Benjamin Stora

L'intérêt que j'ai manifesté pour les troubles somatiques de Sigmund Freud remonte à 1999 à propos de patients atteints de cancer ; j'ai alors commencé à tourner mon attention vers l'histoire somatique de ses troubles connus (cardiaques et cancer de la mâchoire). Les revues de psychanalyse que je lisais ne semblaient pas concernées par les troubles somatiques du père de la psychanalyse. Je suis revenu récemment à propos d'un projet de livre sur les troubles somatiques accompagnant la vie de Sigmund Freud ; la lecture des livres de Didier Anzieu et de Marx Schur a constitué la première étape de réflexion à propos des « maladies » de Freud.

Je vais dans un premier temps établir des notes à partir desquels je ferai un travail d'élaboration de ce cas. Dans le chapitre deux, page 60, intitulé l'épisode cardiaque de Freud : bataille contre l'addiction à la nicotine, Max Schur évoque les situations de grand stress que Freud est parvenu à maîtriser. La correspondance de Freud avec Fliess est importante pour la compréhension des troubles ainsi que l'auto-analyse de Freud durant les années 1892 à 1902. Dans sa correspondance avec Fliess, Freud a souvent évoqué de nombreux symptômes physiques : maux de tête, que Freud appelle « crises de migraine » ; affection nasale, dont une infection chronique du sinus a été ou non l'origine ; symptômes gastro-intestinaux assez vagues. Les symptômes cardiaques sont de loin les plus importants. La première allusion de Freud à ses troubles cardiaques se trouve dans une lettre du **18 octobre 1893** (37 ans et demi) qui nous apprend que la question avec Fliess avait déjà été abordée. Dès le départ Fliess attribue ce symptôme principalement au tabac, car il pensait que la nicotine aggravait considérablement ses troubles. Ceci marqua le début d'une série infinie de tentatives de Freud pour renoncer au tabac. Freud promet de ne pas fumer mais emploie le mot allemand *peinlich* qui signifie avec peine mais aussi scrupuleusement ; il annonce dans la même lettre à Fliess une aggravation imminente de l'état de son cœur. Il écrit aussi qu'il se sent mieux en dépit du fait qu'il fume beaucoup. Le thème de la mort commence à apparaître dans ses lettres : « je n'obéis pas à tes interdictions de fumer ; trouves-tu vraiment qu'il vaille la peine de mener une longue et misérable vie ? ». **Le 7 février 1894** un célèbre chirurgien, un des amis intimes de Brahms, Théodore Billroth décède ; Freud l'admirait beaucoup pour la diversité de ses talents. **Le 19 avril 1894** dans une autre lettre Freud parle de ses difficultés de vivre l'abstinence de fumer et surtout de ses « misères cardiaques » pire que ce qu'il avait avant la suppression des cigares :

« ce qui semble peut-être moins compréhensible, c'est, à d'autres points de vue, le cas de ma santé. Les jours qui suivirent mon renoncement furent assez supportables... C'est alors que se produisirent soudain de grands troubles cardiaques (Herzland, littéralement : « misères cardiaques »), pire que ceux que j'avais avant la suppression des cigares : violentes arythmies, tension cardiaque perpétuelle, aux pressions, sensations de brûlure dans la région du cœur, sensation douloureuse dans le bras gauche, un peu de dyspnée -faible et pouvant faire soupçonner une origine organique-, tout cela par excès, c'est-à-dire survenant deux ou trois fois par jour, se prolongeant et s'accompagnant d'une dépression psychique qui se manifeste par des idées de mort et d'adieu et vient remplacer ma normale hyperactivité. Depuis deux jours, mes malaises organiques ont diminué mais l'état hypomaniaque persiste tout en se

montrant assez poli...pour cesser soudain et permettre à un être humain d'envisager à nouveau avec confiance une longue vie et d'espérer récupérer totalement le plaisir de fumer ».

Freud se pose la question de savoir, « lui qui consacre toutes les heures de la journée à l'étude des névroses » s'il est lui-même atteint d'une dépression raisonnablement motivée ou bien hypocondriaque !

"Mais Freud est suffisamment lucide pour comprendre que l'explication neurologique et psychique ne peut être appliquée à son état. " !! L'est-il ?

Il s'adresse au Dr. Breuer en lui disant qu'à son avis les troubles cardiaques n'étaient pas imputables à une intoxication nicotinique mais plus probablement à **une myocardite chronique**, maladie à laquelle la fumée ne convient pas. **L'arythmie cardiaque remonte à 1889 après une influenza.**

La description de ses troubles font penser à Max Schur à des crises de **tachycardie paroxystique, avec probablement fibrillation auriculaire, et des signes d'insuffisance coronarienne tels que douleurs angineuses et dyspnée.**

À propos de ses crises Freud parle de dépression accompagnée de vision de mort et d'adieu.

"Tollste Arrythmie, beständige Herzspannung -- Pressung -- Heisses Laufen in den linken Arm, etwas Dyspnoe von verdächtig organischer Mässigung, das alles eigentlich in Anfällen...."

phrases écrites sous le coup de l'émotion ; cette déclaration révèle la manifestation d'un stress intense dans une situation que l'on pourrait qualifier de traumatique.

Je pense ici que Marx Schur fait allusion **au stress psychique** causé à Freud **par les trois crises qui ont persisté pendant une partie de la journée et qui se sont prolongées dans les jours suivants.**

Max Schur suppose que lorsque Freud parle de son état hypomaniaque il a recours au mécanisme du déni ; déni de sa dépression. Freud veut retrouver le plaisir de fumer -- rauchlust -- et il fait un lapsus calami --rauflost --esprit combatif ; ce qui exprime le désir de Freud de retrouver le plaisir de fumer et non pas comme Marx Schur le dit de « lutter pour son droit de fumer ».

La fin de la lettre de Freud révèle le comportement qu'il adoptera plus tard dans sa lutte contre le cancer : « si mes inquiétudes ne sont pas fondées, pourquoi laisserais-je ma femme y prendre part ? si je suis réellement atteint d'une maladie mortelle, pourquoi lui causer de l'angoisse dès à présent ? ». Lettre à Eitington du 1er avril 1925.

Le 6 mai 1894 jour de son 38e anniversaire, Freud écarte l'hypothèse de la nicotine qui causerait ses troubles cardiaques et **avance l'hypothèse d'une myocardite rhumatismale « maladie dont on ne se débarrasse jamais complètement ».** Freud avançait cette hypothèse après avoir rencontré dans sa clientèle de nombreux « phénomènes du même genre » chez certains de ses patients.

Rappelons qu'à cette période, Freud fait face à la maladie, à l'abstinence, à l'isolement et qu'il combat seul en s'efforçant de découvrir les sources de la névrose. Il est en train d'achever ses « Etudes sur l'hystérie ».

Je dois ici souligner un point très important dans le comportement de Freud, il est relatif à la relation du malade et du médecin ; Freud n'était pas convaincu que le docteur Breuer lui disait la vérité, il craignait aussi que le docteur Fliess, de même, la lui dissimule. Freud prie le docteur Fliess d'être honnête avec lui. Le Dr Max Schur déclare à cet égard : « on a souvent affaire à des patients qui prétendent pouvoir accepter la nouvelle d'une maladie grave, voire mortelle ; or, on s'aperçoit que beaucoup, en réalité, ne veulent pas savoir la vérité et qu'ils s'effondrent parfois sous le choc. Mais Freud, lui, dit vrai, comme il le prouvera par la suite ». (Max Schur, ibidem, p. 68).

La lettre du 19 avril met en lumière le difficile problème de la dépendance à la nicotine qui va tracasser Freud tout au long de sa vie.

En mai 1894 dans une autre lettre Freud met en question le diagnostic du docteur Breuer ; il parle d'une éventuelle myocardite. Il signale cependant qu'il n'y a pas de dilatation du coeur mais que les bruits désordonnés du coeur (signe important de lésion organique), l'arythmie, etc., persiste malgré l'abstinence.... Freud se plaint : mauvaise humeur, fatigue, incapacité de travailler et faible dyspnée. **Il prend 1 g de digitaline tous les deux jours, il pense que la digitaline a eu une influence sur l'arythmie cardiaque.**

Dans la lettre du 6 mai 1894, jour de son 38e anniversaire, Freud signale qu'il n'a pas pu terminer encore l'esquisse sur les névroses ; ces symptômes ne l'ont pas quitté plus d'une demi-journée et son humeur et sa capacité de travail sont bien bas.

La maladie, l'abstinence du tabac, l'isolement, le combat solitaire qui a commencé en s'efforçant de découvrir les sources de la névrose et donc d'éclairer les mécanismes du fonctionnement de l'esprit humain semble peser fortement sur son équilibre. Peut-on y voir le coût payé par Freud pour découvrir ce qui devait être la psychanalyse ? (J.B.Sora)

C'est pendant cette période qu'il achève les « études sur l'hystérie ».

« Lettre du 21 mai 1894 : mon interprétation des névroses fait ici de moi un isolé. Ils me considèrent à peu près comme un monomane, quand j'ai la nette impression d'avoir abordé l'un des grands secrets de la nature ».

Le 22 juin 1894 : «... Je n'ai pas fumé pendant cette semaine de pluie le moment où tu m'en as donné l'ordre. Au début... Troubles cardiaques avec indisposition et en plus, l'horrible misère de l'abstinence. Cette dernière s'est dissipée au bout de trois semaines environ, et les troubles cardiaques ne se sont améliorés qu'au bout de six semaines à peu près mais je suis resté totalement incapable de travailler. Après sept semaines, contrairement à la promesse que je t'avais faite, je me suis remis à fumer... »

Freud se remet à fumer environ trois cigares par jour et déclare qu'il se sent mieux qu'avant : « il reste toujours un peu d'arythmie... Mais les augmentations jusqu'à un *delirium cordis* (expression latine utilisée à cette époque pour une tachycardie paroxystique avec fibrillation auriculaire) accompagné d'un sentiment d'oppression ne survienne que par crises, qui, maintenant, ne durent moins d'une heure et se produisent presque toujours après le déjeuner. La dyspnée moyenne survenant lorsque je monte un escalier a disparu ; je n'ai plus de douleurs dans le bras gauche depuis des semaines ; la paroi thoracique est toujours extrêmement sensible ; le sentiment de pression et la sensation de brûlure ne se sont pas relâchés un seul jour. Objectivement, rien n'est démontrable. Je ne peux trouver aucun signe objectif, mais je ne sais que penser. Le sommeil et toutes les autres fonctions n'ont pas été perturbées. Je contrôle bien mes humeurs, mais il est vrai que je me sens vieilli, lourd, en mauvaise santé. La digitaline m'a considérablement aidé.

Ce qui me tourmente, c'est l'incertitude : comment il faut prendre l'histoire. Il me serait pénible de trahir un diagnostic d'hypocondrie, mais je n'ai aucun critère pour en décider ».

Le 14 juillet 1894... « Depuis ta lettre du 28 juin, abstinence qui a duré huit jours ; le jeudi suivant, dans un moment d'indescriptible tristesse, j'ai fumé un cigare, et puis à nouveau huit jours d'abstinence ;... Depuis ce moment, la paix est revenue. Bref le rythme d'un cigare par semaine s'est instauré.... ».

À partir de juillet 1894 il semble que la crise soit parvenue à sa fin et bien que Freud ait souffert de troubles au cours de l'année 1895 il fut d'humeur optimiste. Le 23 août 1894 Freud parle de l'amélioration de ces symptômes cardiaques. **Deux ans avant la mort de son père il rend visite à ses parents qui séjournent à Ischl.**

Résumé du cas

Le Dr Max Schur se pose bien entendu beaucoup de questions sur l'établissement d'un diagnostic quelque 75 années après les événements. Il résume le cas de la façon suivante :

1. Freud remarque une arythmie à la suite d'une maladie fébrile probablement une influenza contractée en 1889. En avril 1894 lors de ces symptômes il se rappelle de ce trouble.
2. Au printemps de 1894, les troubles cardiaques s'aggravent : lettres datées des 19 et 25 avril, du 6 mai, du 22 juin 1894. Freud pendant plusieurs semaines a des crises quotidiennes, de fortes arythmies et de la tachycardie avec douleur angineuse et une faible dyspnée réduisant sérieusement son activité physique. Son médecin suppose qu'au moment des crises les plus graves le patient souffrit de tachycardie paroxystique accompagnée probablement de fibrillation auriculaire. (**Morts de Brücke et de Meynert en 1892**)

C'est au cours de l'été 1894 que cessa la collaboration de Freud et Breuer; crainte relative au facteur sexuel dans l'étiologie des névroses. Malgré les réticences de Breuer, Freud avait maintenu la relation avec lui malgré ses symptômes cardiaques d'avril 1894 et il l'avait consulté en tant que médecin.

Hypothèse: manifestation d'angoisse qui demeure dans le domaine physique, névrose d'angoisse. Peur excessive d'un danger réel: être confronté aux critiques de la communauté médicale et leur rejet possible. crainte de l'affrontement, etc. "Freud dans Inhibition, symptôme et angoisse écrit: Quand le psychisme n'arrive pas à faire face, par une réaction adéquate, à la tâche (au danger) qui le menace, il réagit par de l'angoisse".

article sur "les psychonévrose de défense - 15 mai et 1er juin 1894. en 1895 article en français: "Obsessions et phobies".

Lettre à Fliess du 30 mai 1893 sur les séductions précoces.

Le 2 mai 1896 accueil glacial à la société viennoise de psychiatrie et de neurologie d'une communication sur l'étiologie des névroses.

Puis abandon de la "neurotica" comme explication de l'étiologie de l'hystérie par séduction réelle au profit d'une nouvelle théorie dans laquelle le fantasme de la séduction se substitue à la réalité ; la réalité psychique fait son apparition comme concept.

Les quelques lignes ci-dessus sont un très bon résumé des événements à l'origine du débordement émotionnel de Freud; trop de stress et de tensions induites par ses avancées cliniques et théoriques conjuguées au deuil de ses deux "Maîtres" dont il s'était séparé pour pouvoir affirmer avec force le nouveau chemin qu'il avait emprunté pour découvrir la psychanalyse. Il s'agit d'épreuves considérables pour un être humain.

3. Les trois médecins que sont Freud lui-même, Breuer et Fliess envisagèrent deux possibilités : celle d'une myocardite chronique et celle d'une intoxication nicotinique. Breuer penchait pour la première hypothèse et Fliess pour la deuxième ; Freud oscillait entre les deux hypothèses.
4. Le docteur Schur pense que d'autres diagnostics sont possibles : celui de myocardite chronique est trop vague pour lui, et est à imputer à l'absence de moyens d'investigation clinique qui sont aujourd'hui connus. Il pense qu'au cours du printemps 1894 Freud a dû souffrir d'une thrombose coronaire. Freud a parlé « d'indurations

douloureuses » des muscles, cela ne permet pas pour autant de supposer qu'il ait souffert de rhumatisme articulaire aigu, avec des complications au niveau du coeur. Son état cardiaque ultérieur ne justifie en rien une telle conclusion. Le Dr Max Schur avance une autre possibilité celle d'une myocardite infectieuse aiguë d'origine indéterminée.

5. Le syndrome de tachycardie paroxystique avec ou sans fibrillation auriculaire est bien connu. Il peut apparaître sans aucune trace notable de lésion organique. La douleur pseudo-angineuse et la dyspnée peuvent s'expliquer par l'insuffisance coronarienne que les crises de plus longue durée ont pu provoquer. **Une angoisse extrême peut parfois déclencher des crises que l'on considère alors comme des manifestations anxieuses.**
6. Chez des patients prédisposés au réflexe vasovagal, une grande variété de stimuli sensoriels et un stress émotionnel peuvent déclencher quantité de troubles circulatoires. Chez les patients atteints d'angine de poitrine ce même réflexe peut engendrer une crise d'angor pectoris. On rencontre aussi des réactions du type nausées, vomissements, diarrhées ou encore des signes de spasmes du côlon ou d'irritabilité colique avec entérocolite muco-membraneuse. Freud a eu plusieurs fois dans sa vie des troubles de ce genre. Les syncopes de Freud (nous lui en connaissons quatre ou cinq) survinrent toujours dans des situations de stress intense. Quant aux crises de colite et aux courtes périodes de fréquentes extra systoles, elles furent provoquées par l'excès de tabac et soulagé par une petite dose de belladone.
7. Le Dr Max Schur écarte l'hypothèse d'une hypersensibilité particulière à la nicotine car les crises aiguës auraient plus ou moins régulièrement coïncidé avec la reprise des cigares avec de graves réactions cardio-vasculaires qui seraient périodiquement réapparues tout au long de sa vie puisque Freud resta toujours un grand fumeur ; or ces crises ne réapparurent pas. Freud vécut encore 45 ans et il n'eut plus jamais de crise de tachycardie paroxystique avec fibrillation auriculaire.
8. Ernest Jones propose un diagnostic de psychonévrose grave dont il situe la phase culminante dans la seconde moitié des années 1890. « Freud aurait sans doute donné à une époque plus tardive le nom d'hystérie d'angoisse à ces troubles » (p. 336). Le docteur Schur se pose des questions : comment Ernest Jones explique-t-il le caractère psychonévrotique de tous ces malaises ? suppose-t-il qu'il y a eu névrose d'organe, somatisation de conflits et/ou d'angoisse, quelque chose que nous appellerions aujourd'hui un état « psychosomatique » ? ou bien croit-il qu'il s'agissait simplement d'une élaboration hypocondriaque de quelques extra systoles occasionnelles ? Freud au cours de sa vie n'a exprimé des angoisses de mort que deux fois dans toute sa correspondance : dans la lettre du 19 avril 1894 et dans celle du 16 avril 1896 à propos de la mort du sculpteur Tilgner décédé d'une crise cardiaque. L'humeur de Freud était très dépressive lorsque les troubles cardiaques atteignaient un paroxysme ; pour le docteur Schur « qu'un individu ait des idées pessimistes, qu'ils soit déprimé et effrayé par la mort au moment où il souffre de troubles cardio-vasculaires graves ne prouve pas que ces symptômes représentent la somatisation d'un conflit inconscient ou d'une angoisse excessive et incontrôlée » (p. 84)
9. le Dr Max Schur propose comme hypothèse une lésion organique avec défaillances temporaire du ventricule gauche. Pour soutenir une telle hypothèse il revient sur les symptômes évoqués par Freud qui sont pour lui des crises d'angor : fortes douleurs dans le bras gauche, et sentiment d'oppression. Les accès de tachycardie et l'arythmie sont des phénomènes courants dans cette maladie, dit-il. Pendant cette période Freud a donné des signes d'une légère insuffisance ventriculaire gauche, tels que l'essoufflement ou ce qu'il a appelé une « insuffisance motrice ». Il insiste sur le fait

que Freud a réagi positivement à des prises répétées et irrégulières de digitaline pendant plus d'un an. Le docteur Schur insiste sur le fait qu'une thrombose coronaire peut survenir à un âge relativement jeune (Freud avait 38 ans en 1894) et il pense qu'un malade peut ne pas savoir de symptômes angineux pendant des dizaines d'années et maintenir un fonctionnement cardiaque normal.

En conclusion des différentes observations, le docteur Max Schur avance les hypothèses suivantes : « en résumé, nous n'avons aucune raison valable de souscrire à la thèse de Jones selon laquelle tous ces malaises étaient les manifestations particulières de la psychonévrose de Freud. Je pense pour ma part qu'entre la fin de l'année 1893 et l'année 1896, Freud souffrit de crise de tachycardie paroxystique, accompagnée de douleur angineuse et de signes de défaillance du ventricule gauche, que ces crises atteignirent leur paroxysme au mois d'avril 1894 et qu'il eut à ce moment une lésion myocardiale organique, très probablement une thrombose coronaire d'une artériole ou peut-être une myocardite infectieuse avec sensibilité temporairement accrue à la nicotine ». (p. 87, Max Schur, *la mort dans la vie de Freud*, éditions Gallimard 1975 pour la traduction française.)

À propos de la nicotine et du tabac, nous avons une lettre de Sigmund Freud du 12 février 1929 : « j'ai commencé à fumer à 24 ans, d'abord des cigarettes puis très vite exclusivement des cigares ; je fume encore aujourd'hui (à l'âge de 72 ans et demi), et répugne beaucoup à me priver de ce plaisir. Entre 30 et 40 ans, j'ai dû cesser de fumer pendant un an et demi à cause de troubles cardiaques qui furent peut-être (causés par) les effets de la nicotine, mais qui étaient probablement les séquelles d'une influenza. Depuis, je suis resté fidèle à cette habitude ou à ce vice, et j'estime que je dois au cigare un grand accroissement de ma capacité de travail et une meilleure maîtrise de moi-même. Mon modèle en cela a été mon père qui fut un grand fumeur et l'est resté jusqu'à l'âge de 81 ans ».

Le résumé ci-dessus a été communiqué à mon collègue et ami, le Pr. Daniel Thomas, chef du service de cardiologie du GHU la Pitié-Salpêtrière et aussi enseignant du DU de Psychosomatique intégrative. Il s'intéresse aux approches psychosomatiques. Je me suis adressé à Daniel Thomas pour avoir un avis éclairé sur les symptômes cardiaques de Freud et, aussi, pour m'informer des connaissances des médecins de la fin du XIX^e siècle. Que savaient-ils exactement ? Je joins donc à ma communication les réflexions du Pr. Thomas: ma question était: Quel est le diagnostic probable en ce début du XXI^e siècle ?

(Bonjour , Très intéressant).

" Voici les commentaires que je suis en mesure de faire à partir des informations que tu m'apportes:

1/ Compte tenu de l'âge auquel les troubles cardiaques sont apparus (avant 40 ans) on pourrait en première approche penser qu'il ne s'agit pas d'une pathologie coronaire. Mais la description qu'il fait des symptômes ("pression", sensations de brûlures avec irradiation dans le membre supérieur gauche), les circonstances (il ne fait pas allusion à un lien avec l'effort) et la présence d'un tabagisme n'exclut pas des phénomènes de spasme coronaire, dont les manifestations surviennent habituellement au repos et se voient pratiquement exclusivement chez des fumeurs. Dès la fin du 19^e siècle, Huchard décrivait déjà dans son traité de médecine l'"angor spasmo-tabagique" qui est devenu une réalité de la cardiologie moderne lorsque le spasme coronaire et sa démonstration lors de coronarographie a été mise en vedette dans les années 80. Je me souviens même d'une

présentation de l'équipe de l'Hôpital Boucicaut à la Société Française de Cardiologie qui avait fait une coronarographie avec des clichés avant puis après le "fumage" d'une cigarette et qui montrait de façon évidente la diminution de calibre des coronaires...

Mais il faut noter également que les crises de tachycardie sont susceptibles d'entraîner un angor fonctionnel puisqu'il rapporte une certaine simultanéité des symptômes rythmiques et douloureux.

L'hypothèse d'une thrombose aiguë coronaire dès cet âge est également possible chez un fumeur. Cependant on imagine que cela, même si ce n'est pas totalement exclu, ne l'aurait pas mené sans autre souci coronarien jusqu'à un âge aussi avancé.

Donc, si pathologie coronaire sous-jacente il y a, c'est donc plutôt un spasme coronaire

NB: Il a été assez perspicace pour évoquer lui même a posteriori la responsabilité du tabac dans cette lettre du 12 février 1929 reproduite à la fin de ton texte.

2/ Les troubles du rythme sont plus difficiles à rattacher directement à son tabagisme, même s'ils pourraient éventuellement les favoriser puisqu'ils semblent s'amender lorsqu'il arrêtera temporairement de fumer.

Cependant, à cet âge, des troubles du rythme, qui ne semblent pas avoir réapparu par la suite (?), peuvent correspondre à des tachycardies supraventriculaires type Bouveret, bénignes, survenant plus volontiers chez des sujets jeunes et sur coeur sain le plus souvent, mais pouvant être impressionnantes compte tenu de la fréquence cardiaque élevée et parfois s'accompagner de sensations de douleurs thoraciques.

Une fibrillation auriculaire est moins probable car si il emploie le terme d'"arythmies" il ne fait pas directement allusion au caractère irrégulier du rythme cardiaque dans la description des symptômes. La digitaline qui était à l'époque le seul médicament antiarythmique disponible semble avoir eu un effet ... mais elle n'a pas d'effet spécifique sur "un type" de trouble du rythme. cela n'est donc pas très informatif.

Quant à l'impact, d'une psycho-névrose sur ces phénomènes fonctionnels en particulier rythmiques, par le biais du système neuro-végétatif, pourquoi pas. On sait que le système nerveux autonome est un des trois éléments intervenant dans le déclenchement des troubles du rythme: c'est le fameux "triangle" arythmogène avec : le "substrat" (le muscle cardiaque malade ou la fibrose constituée au sein du muscle), la "gâchette" (les extrasystoles qui sont en fait présentes plus ou moins chez la plupart des individus sans obligatoirement de conséquences) et les "facteurs régulateurs" le plus dominant étant le système nerveux autonome.

3/ Enfin le terme de "myocardite chronique", auquel il est fait allusion, recouvrait à l'époque l'ignorance des pathologies non étiquetées et ne doit pas être prise en compte, à mon avis, même s'il est évoqué par les exégètes qui se sont penchés sur l'interprétation des peines de coeur du grand homme.

Il est aussi peu plausible d'établir un lien entre l'épisode infectieux (influenza) de 1889 et ce qui apparaîtra en 1894.

Pour conclure, nous ne pouvons bien sûr n'être que dans la "probabilité" éclairée "a posteriori". Il est déjà tellement possible de se tromper dans l'approche diagnostique faite en temps réel... alors la lecture archéologique des pathologies passées me semble un exercice encore beaucoup plus difficile dans lequel nous devons faire preuve de beaucoup de modestie.

J'espère que ces réflexions te seront utiles. Nous pourrions en reparler si tu le souhaites."

Jean Benjamin Stora, Paris mars 2010.

Bibliographie

Anzieu, D. (1959) *L'auto-analyse de Freud et la découverte de la psychanalyse*, Tome I et II. Paris, PUF.

Breuer, J. et Freud, S. (1893-1895). *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956

Freud, S. (1887-1902). *Naissance de la psychanalyse, lettres à Fliess*. Paris, PUF, 1956.

Schur, Max (1972). *La mort dans la vie de Freud*. Paris, Gallimard, traduction 1975

