

RECHERCHE EN PSYCHOSOMATIQUE

P psychosomatique
et
adolescence

Sami-Ali
Maurice Corcos
Sylvie Cady
Maurice Bensoussan
Martine Derzelle
Jean-François Le Goff
Leila Al-Husseini
Stefano Monzani
Patricia Lymes



edp sciences

**RECHERCHE EN
PSYCHOSOMATIQUE**

**Psychosomatique
et adolescence**

Vj k'ci g'k'p'v'k'p'c'm' 'i'g'h'd'p'm

**RECHERCHE EN
PSYCHOSOMATIQUE**

Psychosomatique et adolescence

Sami-Ali
Maurice Corcos
Sylvie Cady
Maurice Bensoussan
Martine Derzelle
Jean-François Le Goff
Leila Al-Husseini
Stefano Monzani
Patricia Lymes



edp sciences

Centre International de Psychosomatique
Collection *Recherche en psychosomatique*
dirigée par Sylvie Cady

Dans la même collection

Le cancer – novembre 2000
La dépression – février 2001
La dermatologie – mars 2001
La clinique de l'impasse – octobre 2002
Identité et psychosomatique – octobre 2003
Rythme et pathologie organique – février 2004
Psychosomatique : nouvelles perspectives – avril 2004
Médecine et psychosomatique – septembre 2005
Le lien psychosomatique. De l'affect au rythme corporel – février 2007
Soigner l'enfant psychosomatique – février 2008
Affect refoulé, affect libéré – mars 2008
Entre l'âme et le corps, les pathologies humaines – octobre 2008
Handicap, traumatisme et impasse – janvier 2009
Soigner l'allergie en psychosomatique – octobre 2009
Entre l'âme et le corps, douleur et maladie – août 2011
Psychosomatique de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte – janvier 2012
La psychomotricité relationnelle – mars 2012
Psychosomatique et maladie d'Alzheimer – juin 2012
Sexologie et psychosomatique relationnelle – mars 2013
Cancer et psychosomatique relationnelle – juin 2013
Affect et pathologie – décembre 2013

Éditions EDK/Groupe EDP Sciences

109, avenue Aristide Briand
92541 Montrouge Cedex, France
Tél. : 01 41 17 74 05
Fax : 01 49 85 03 45
edk@edk.fr
www.edk.fr

EDP Sciences

17, avenue du Hoggar
PA de Courtabœuf
91944 Les Ulis Cedex A, France
Tél. : 01 69 18 75 75
Fax : 01 69 86 06 78
www.edpsciences.org

© EDP Sciences, Montrouge, 2014

ISBN : 978-2-8425-1706-1

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage – loi du 11 mars 1957 – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

Introduction

Théorie relationnelle et adolescence

M. Sami-Ali

À la question, difficile entre toutes, de savoir comment apporter de l'aide à quelqu'un dont la pathologie est à mi-chemin du psychique et du somatique, il y a, bien sûr, la pratique courante qui consiste à traiter séparément les deux aspects extrêmes d'une pathologie relevant à la fois de la médecine et de la psychanalyse. Mais cela exclut en principe que des liens puissent exister, chez la même personne, entre des manifestations irréductibles à l'un ou à l'autre champ. On pourrait dans ces conditions faire appel à la « psychosomatique » qui est censée opérer ce que Freud nomme « le saut mystérieux » entre l'âme et le corps, simplement pour constater aussitôt qu'on se paye des mots. Car cela consiste à plaquer sur la pathologie organique une grille de lecture symbolique, faisant partout apparaître des significations qui se veulent profondes, sur le modèle de la conversion hystérique, mais qui en fait aboutissent à la plus grande confusion. Confusion entre hystérie et pathologie organique, confusion entre sens primaire et sens secondaire du symptôme, confusion surtout entre appliquer un modèle jamais interrogé et penser une nouvelle problématique dans sa pertinence. On peut d'ailleurs aboutir à la même conclusion si, partant toujours de la psychanalyse, on effectue une autre extrapolation, destinée à

rendre compte de « la somatisation » en étendant à la pathologie organique le modèle de la névrose actuelle. Il s'agit chez Freud d'une partie de la psychopathologie dans laquelle l'énergie sexuelle est censée se décharger directement, sans élaboration psychique, à travers des symptômes corporels, allant de l'angoisse à la neurasthénie, et dépourvus de toute signification symbolique. Ce qui permet d'affirmer, une fois effectuée la transposition nécessaire, qu'on somatise parce qu'on ne mentalise pas, prenant pour une réalité négative (alexithymie ou pensée opératoire) un fonctionnement complexe qui se manifeste par le négatif. Fonctionnement qui d'ailleurs peut exister, et c'est le cas le plus fréquent, en dehors de toute maladie organique, ce qui suffit à montrer, une fois de plus, que la pensée tourne en rond. Il faut donc reprendre les choses à leur point de départ, pour penser autrement une pathologie qui se situe entre le psychique et le somatique, et qui ne saurait se ramener à une forme de psychanalyse appliquée. Cela signifie sortir entièrement du cadre psychanalytique pour penser l'ensemble de la pathologie humaine oscillant entre le fonctionnel et l'organique, et évoluant selon une dimension constituée par l'opposition entre le corps réel et le corps imaginaire. En introduisant cette perspective, on s'aperçoit déjà que la psychopathologie freudienne (névrose, psychose, perversion) appartient exclusivement au corps imaginaire et qu'elle ne peut le dépasser sans créer de confusions. Et le fait que le corps imaginaire prenne appui sur le corps réel, dans la mesure où les fonctions psychiques reposent sur des fonctions physiologiques constituées, ne change rien à cette conclusion. Mais toute la question est maintenant de savoir si cet autre point de départ est possible.

C'est exactement la tâche que s'est toujours fixée la théorie relationnelle, chez le sujet adolescent, posant comme premier principe que le psychique est relationnel au même titre que le somatique. Les deux plans coexistent comme éléments d'un ensemble relationnel, et non comme deux entités séparées. On voit tout de suite qu'on a désormais affaire à une situation globale à laquelle seule la causalité circulaire est applicable, en lieu et place de la causalité linéaire ; il faut à présent définir ce que nous entendons par relation. Celui-ci n'a rien à voir avec la relation d'objet dont parle la psychanalyse. D'abord parce que ce concept fait partie intégrante de la psychopathologie freudienne dont le champ de pertinence se limite aux troubles fonctionnels inscrits dans le corps

imaginaire. Son applicabilité à la pathologie organique relevant du corps réel ne fait que perpétuer la confusion initiale qui court partout dans les théories analytiques de la psychosomatique. À cet égard, la position théorique de Fairbairn, unique par ailleurs, n'entretient aucune ambiguïté, parce que, de propos délibéré, elle formule en termes de relation d'objets toute la conception de la libido, sans outrepasser le champ de la psychanalyse¹. À l'intérieur de ce champ toutefois, la relation d'objet s'oppose à l'absence de relation qui est censée caractériser le narcissisme primaire, que Freud postule pour rendre compte de la psychose et qui lui servira également pour étayer l'hypothèse des pulsions de mort. On voit comment les choses sont imbriquées dès qu'on passe de l'évidence d'un concept sur le plan pratique à sa justification proprement théorique. Mais cela nous incite à mieux définir notre position.

Pour nous en effet, qui affirmons le primat de la relation, la pathologie non relationnelle, quel que soit le moment de son apparition, a lieu dans une relation où l'autre est partie prenante, pesant sur toute l'évolution, de l'adolescent psychique autant que somatique.

Du coup, le concept de narcissisme qui se cristallise à l'adolescence devient moins contraignant : on s'aime parce qu'on a été aimé et qu'on aime à être aimé, ou bien, sur le versant pathologique, on s'aime parce qu'on n'a pas été aimé et qu'on aime à être aimé.

On peut maintenant prendre un peu plus de recul pour avoir une vision plus large.

Ce que nous appelons relation et qui concerne l'âme et le corps, existe à la naissance, avant la naissance, comme si la relation préexistait aux termes, mêmes qui devraient être reliée. En faisant partir l'évolution à son niveau intra-utérin, nous introduisons du même coup la question du rythme biologique lié à l'alternance du sommeil lent et du sommeil paradoxal, déjà perceptible à ce stade sous un aspect élémentaire qui préfigure tout le reste. Mais le rythme n'est pas un fait isolé, il est ce qui donne forme à la vie pour se confondre avec l'organisation temporelle. Organisation dans laquelle convergent le temps du corps et l'adaptation pour

1. Voir Fairbairn W.P., *Psychoanalytic studies of the personality*, London, Tavestock 1986.

aboutir parfois à des cas extrêmes où toute la subjectivité se trouve occultée. La pathologie de la temporalité² qui en résulte fait pendant à la subjectivité sans sujet qui caractérise le fonctionnement banal³. La temporalité conçue dans cette optique élargie, constitue ainsi l'une des dimensions fondamentales dont il faut tenir compte pour définir la relation.

La deuxième dimension, inséparable de la première, est fournie par l'espace. Celui-ci commence par être l'espace du corps propre comme si avoir un corps était l'équivalent d'avoir un espace, les deux réalités étant parfaitement solidaires. C'est ainsi que le corps est à même de structurer l'espace selon ses dimensions particulières régies par des couples de termes opposés : dedans-dehors, haut-bas, droite-gauche, proche-lointain, etc. Deux processus sont ici à l'œuvre simultanément : l'enfant doit apprendre la droite et la gauche par rapport à l'autre représentant le principe de la position dans l'espace avec ses prolongements au niveau de l'apprentissage de l'écriture notamment, en même temps qu'il constitue l'espace de la représentation par projection de l'espace corporel. Et comme avec le temps, le poids de l'adaptation se fait de nouveau sentir dans la rupture plus ou moins consommée entre l'expérience corporelle de l'espace et sa représentation abstraite, fondée sur le recours à des « trucs », à des cadres de référence empruntés, afin de combler un vide initial. Un peu à la manière d'une prothèse. Ce qui se trouve entravé dans ce cas, autant que dans la temporalité adaptative, c'est le fonctionnement du corps propre en tant que schéma de représentation. Mais cela ne se limite pas à la latéralisation cérébrale et fait partie de la même problématique : il y a une continuité entre ces différents plans, engageant de plus en plus le corps en profondeur.

La troisième dimension qui intervient dans la relation est fondée sur le rêve. Le rêve qui reste biologiquement déterminé, inscrit qu'il est dans la phase de sommeil paradoxal, et se produisant dès lors, durant la même nuit, à des intervalles réguliers. Cette simple considération suffit à montrer que le rêve suit un rythme qui ne relève d'aucune explication psychologique et qu'il ne se met pas en mouvement, comme le soutient Freud, pour accomplir, sur le mode hallucinatoire, un désir qui risque de provoquer le réveil. En

2. Voir Sami-Ali. *Le corps, l'espace et le temps*, chap. 3. Paris, Dunod, 1998.

3. Voir *Id.*, *Le banal*. Paris, Gallimard, 1980.

d'autres termes, le rêve existe indépendamment de toute réalisation de désir, considérée comme le seul motif en jeu, ce qui doit orienter différemment la manière dont nous concevons l'activité onirique. Celle-ci, en outre, ne se limite pas à la phase de sommeil paradoxal où le rêve déploie toute la richesse symbolique dont nous sommes familiers, mais s'étend également aux autres phases marquées par la prévalence d'une pensée proche du fonctionnement vigile. Ainsi le cerveau endormi ne cesse de rêver, exactement comme éveillée ; nous continuons à penser, même quand nous ne pensons à rien, car ce rien est encore une pensée. Dans ces conditions, un rêve particulier est à même d'être effectivement la réalisation d'un désir, sans qu'on puisse en faire la règle générale.

Nous ne sommes plus dans le cadre de la théorie freudienne : on rêve tout le temps, comme on pense tout le temps, l'une et l'autre activités étant déjà inscrites dans l'organisme lui-même, données dès le départ, telles deux possibilités extrêmes de fonctionnement, correspondant à la conscience onirique et à la conscience vigile. La première est entièrement fondée sur la projection, créant, en dehors du sujet, une réalité, qui est le sujet et à laquelle on croit absolument comme à la réalité. Dans ce contexte, la projection n'a pas un rôle partiel que, d'ailleurs, il peut aussi avoir à l'intérieur de certains rêves ; elle est au contraire ce qui permet au rêve de se constituer en tant que pensée de l'imaginaire. Elle coïncide avec un processus d'objectivation au niveau de l'être. Ainsi, dans cette nouvelle perspective, tout se déroule désormais selon d'autres coordonnées que celles de la pensée relationnelle, à travers un espace et un temps imaginaire, intégrant la contradiction mais ne présentant pas moins une autre cohérence. Cependant, entre la conscience onirique et la conscience vigile s'instaure une relation d'inclusion réciproque, susceptible de se rompre éventuellement pour créer, dans le cas du fonctionnement adaptatif parvenu au banal, une conscience vigile sans conscience onirique, et que l'activité onirique peut aussi se manifester dans la conscience vigile, sous forme d'équivalence de rêve (fantasme, rêverie, hallucination, jeu, illusion, comportement magique, affect...), il devient alors possible d'observer, d'un moment à l'autre, des oscillations entre état de rêve et état de veille, imprimant un rythme particulier à l'ensemble du fonctionnement psychique. C'est dire que le rythme ne détermine pas seulement l'architecture du sommeil et du rêve, il sous-tend également toute la conscience vigile se projetant dans le temps.

Mais le rêve nous paraît être la réalité ultime au-delà de laquelle on ne peut aller : il n'y a pas un arrière-plan qu'il occulterait et qui lui donnerait les traits négatifs d'un phénomène secondaire qu'il faut interpréter. Interpréter, c'est-à-dire réduire, ramener à quelque chose d'autre, comme si, à chaque fois, le rêve se trompait de chemin en voulant tromper le rêveur. Cela indique la possibilité d'une autre stratégie thérapeutique dont il sera question plus loin.

La quatrième et dernière dimension dans la relation est pourvue par l'affect, qu'il importe d'abord de situer par rapport à la représentation. Rappelons ce principe très général : l'affect et la représentation sont l'avvers et l'envers d'un même phénomène originel. Par conséquent, il ne peut y avoir affect, à moins que l'un des termes en présence ne soit supprimé, c'est-à-dire refoulé. On est ainsi amené à concevoir, contrairement à l'avis de Freud, que l'affect puisse subir un refoulement symétrique à celui de la représentation, selon des modalités différentes, dont trois en particulier ont pu être dégagées. La première consiste à montrer que l'affect, une fois délibérément arrêté dans son développement, ne continue pas moins d'évoluer, quasiment pour son propre compte, en dehors de tout contrôle. Le sujet sait à quel moment il a réprimé l'affect pour la première fois, mais il ignore le destin qui lui fut réservé. Il est devenu inconscient par suite d'une rupture où il faut reconnaître une forme de refoulement. Refoulement qui est capable de se maintenir longtemps sans retour du refoulé, surtout si l'activité onirique est, du même coup, mise hors jeu : il n'y a pas de rêve.

La deuxième modalité du refoulement de l'affect, qui parfois se trouve imbriquée à la précédente, aboutit également au même résultat, parce que toute l'attitude personnelle à l'égard de la vie affective a subi une profonde modification. Une distance s'est ainsi créée par rapport à tous les affects, qui cessent d'atteindre le sujet consciemment, sans pour autant disparaître dans la réalité. Ils sont là, mais devenus inaccessibles à la faveur d'un refoulement qui porte sur l'ensemble du caractère.

La troisième variété du refoulement de l'affect renvoie à une dichotomie qui vient séparer radicalement le psychique et le somatique, en aboutissant à deux séries de phénomènes autonomes qui coexistent sans s'influencer. L'angoisse est un état de conscience qui n'a rien à voir avec le dérèglement physiologique qui l'accompagne – comme par hasard. Dérèglement qui est saisi en soi, tel un trouble organique dont seul l'organique rendra compte. À cette

frontière où règne la confusion, la spasmophilie joue souvent un rôle déterminant, à l'instar d'ailleurs de toute autre intervention médicale partageant la même dichotomie. Celle-ci peut également inciter le médecin à agir sur le psychique, comme si, une fois de plus, celui-ci existait en soi. En procédant de la sorte, l'unité du phénomène, articulant l'âme et le corps, se trouve définitivement perdue, en même temps que la possibilité de reconnaître l'affect. Pour comprendre ce qui a lieu dans ce cas, qui touche directement le problème de l'alexithymie, force est de remonter au refoulement de l'affect qui le fonde, au lieu d'inventer, avec Taylor par exemple, des schémas neurophysiologiques *ad hoc*, ce qui consacre définitivement le refoulement. Et tout se passe, encore une fois, comme si en dehors de la psychanalyse, il n'y avait pas de salut⁴.

Or, ce qui rend possibles de telles démarches, c'est la conception même de l'affect dont elles relèvent. Converti en objet parmi d'autres, il se définit comme une quantité d'excitation qui croît, et décroît, se transforme, se déplace. Et c'est toute la dimension relationnelle qui se trouve, du même coup, méconnue. Mais qu'est-ce que l'affect sinon cette relation particulière à l'autre, qui passe par la langue maternelle, par le corps propre⁵ et par la projection ? Relation qui aboutit à la création d'un objet qui devient à la fois effet et cause : l'objet fait peur parce qu'on a peur et on a peur à cause de l'objet. Circularité qui demeure inséparable du processus projectif mis en œuvre dès le départ et qui constitue la structure essentielle du phénomène. En ce sens, on est dans un mouvement qui s'apparente au rêve et qui, d'une manière analogue, s'accompagne d'un sentiment de réalité : les mots de l'affect échangés à l'intérieur de la relation deviennent des choses. Ces quatre dimensions se retrouvent face à la problématique adolescente.

Comment maintenant définir le phénomène psychosomatique dans sa complexité à l'adolescence ?

Celui-ci, une fois de plus, ne saurait être que la relation, non des mécanismes internes mis en cause dans la « somatisation ». Relation fondamentale en tout cas qui s'établit entre fonctionnement et situation relationnelle, deux termes absolument complémentaires

4. Voir Sami-Ali. *Le rêve et l'affect. Une théorie du somatique*. Paris, Dunod, 1998, p. 186, note 1.

5. Voir A.R. Damasio. *Le sentiment même de soi*. Paris, Odile Jacob, 1999.

qui n'existent que l'un par rapport à l'autre. Faute d'avoir pensé la complexité sous cet angle toutes les théories de la psychosomatique issues de la psychanalyse sont acculées de ne tenir compte que du seul fonctionnement qui doit désormais se charger de tout expliquer. Et il l'explique par le « dysfonctionnement⁶ » qui a nom alexithymie ou pensée opératoire, c'est-à-dire par quelque chose qui s'oppose radicalement à la complexité : on somatise par défaut de mentalisation. Autant dire que la porte est ouverte parce qu'elle n'est pas fermée. Arrivé à cette conclusion, il faut peut être revenir sur les prémisses mêmes qui y ont conduit pour comprendre que si le modèle analytique ne permet pas de penser la complexité c'est tout simplement que le modèle analytique n'est pas applicable. Et qu'il faut chercher autre chose.

En difficulté à cette époque, comment déterminons-nous le fonctionnement psychique à l'adolescence ? En le situant par rapport à l'activité onirique, ce qui donne déjà deux formes extrêmes selon que les rêves existent ou n'existent pas, pour un sujet particulier. On se place ici cependant non pas au niveau proprement biologique, mais plutôt dans la perspective du rêve en tant qu'événement vécu dont l'existence même dans la conscience vigile est fonction d'une mémoire qui retient ou efface. Effacement qui, aux confins du banal, devient parfois si complet que seul un refoulement caractériel, en accord avec l'adaptation, est en mesure d'en rendre compte. Mais, de nouveau, on a affaire au refoulement réussi, celui dont Freud dit qu'il se trouve en dehors du champ de la psychanalyse.

À ces deux premières formes de fonctionnement, s'en ajoutent deux autres qui évoluent dans le temps passant de la présence à l'absence des rêves ou de l'absence à la présence des rêves, ce dernier cas concernant spécialement la récupération de la fonction onirique au cours d'un travail thérapeutique approprié. Alors que ces différentes modalités furent décrites depuis longtemps⁷, il semble maintenant nécessaire d'en isoler encore une cinquième correspondant à l'instabilité du fonctionnement onirique faisant continuellement alterner des périodes de rêves et d'absence de rêve, comme si le sujet ne parvenait pas à faire son choix.

6. Voir G.J. Taylor. *Psychoanalysis and psychosomatics, a new synthesis*. Insight, 1993, n° 1.

7. Voir Sami-Ali. *Penser le somatique*. Paris, Dunod, 1987.

Dans ce même contexte, qui voit l'activité onirique à peine effleurée, l'oubli total des rêves est susceptible de passer par des nuances où l'on peut reconnaître des formes équivalentes de l'oubli. C'est le cas en particulier quand ne sont retenus dans la mémoire que les rêves de travail comme si le dormeur ne devait pas rompre avec les exigences de l'adaptation, poursuivant, au-delà de l'endormissement, un état de vigilance. Il s'avère alors que le désir du rêve, c'est de n'avoir pas de désir de rêve, alors que le même rythme régi par la vie scolaire continue sans relâche. Une autre variante de ce même fonctionnement dans lequel s'équivalent rêver et ne pas rêver, on le rencontre chez des sujets pour qui les rêves paraissent toujours coupés de toute possibilité de réalisation, « trop beaux pour être vrais », hors d'atteinte. S'il y a ici refoulement, c'est uniquement dans cette absence de lien, instaurant une distance infranchissable entre le sujet et ses propres projections.

Cependant, avant d'aller plus loin, il importe d'insister de nouveau sur le fait qu'aucune forme de fonctionnement psychique, ouverte ou fermée à l'activité onirique, l'intégrant d'une manière régulière ou aléatoire, ne se trouve nécessairement en rapport avec la pathologie organique. Ce rapport, en revanche, il faut le rechercher au niveau de la situation relationnelle, quitte à le découvrir.

Cette situation peut être conflictuelle, comportant en principe au moins deux issues possibles, et pourtant elle est capable d'évoluer vers l'impasse. Il y a d'abord l'impasse hystérique qui est un conflit de pouvoir, dans lequel deux volontés s'affrontent sans consentir à un compromis. Mais celui-ci existe, il servira probablement le moment venu. Dans les autres formes d'impasse, en revanche, l'impossibilité semble relever de la structure logique de la situation : soit que celui-ci est fondé sur la contradiction, soit qu'elle implique le cercle vicieux, soit enfin qu'elle met en œuvre l'alternative absolue⁸. Autant de cas de figure où le conflit s'enferme sur lui-même indéfiniment. Certes, tout dépend de la manière dont le sujet formule les termes du conflit mais, une fois formulée, il n'y a plus d'issue possible. Des considérations récentes, concernant l'expérience du temps, nous ont permis d'articuler l'impasse à des formes de temporalité, subjective et adaptative à l'adolescence, allant de la répétition et du cycle à la

8. Voir Sami-Ali. *Le rêve et l'affect. Une théorie du somatique*, op. cit.

négarion pure et simple du déroulement temporel, avec chaque fois la menace d'épuisement⁹.

Dans de telles situations d'enfermement, plus d'une réaction est envisageable. D'abord que la contradiction, faute d'être résolue, puisse être absorbée par une organisation délirante qui, en outre, présente l'avantage d'être en corrélation négative avec la pathologie organique. On l'observe même *a minima* chez les grands allergiques dont l'asthme ou l'eczéma disparaît à la faveur d'une poussée maniaque ou hypomaniaque. Mais il y a ensuite la possibilité que l'impasse soit à l'origine d'une création qui tend vers le sublime à travers ce qui la rend justement impossible¹⁰. Enfin, vient la maladie organique comme le signe d'une situation dans laquelle on est enfermé, et vers laquelle viennent converger toutes les composantes subjectives, et objectives, d'une vie singulière.

Que la maladie organique puisse faire son apparition à l'intérieur d'une impasse ne signifie pas qu'on introduit par là subrepticement de nouveau la causalité linéaire : non, on ne tombe pas malade à cause de l'impasse, alors que seule la causalité circulaire semble ici applicable. Tout se passe au contraire comme si la même difficulté, la même aporie d'être tellement visible à l'adolescence, était simultanément projetée au double plan biologique et relationnel, de sorte que c'est maintenant cette totalité qu'il s'agit d'interroger en vue de la ramener à l'unité, et de penser la thérapeutique à partir de là.

Un dernier point reste à préciser : alors qu'il s'est développé indépendamment du stress et de la double entrave (*double bind*), le concept de l'impasse a partie liée avec l'un et l'autre. Rétrospectivement en effet, dans la mesure où le stress fait état des modifications physiologiques et biologiques qui ont lieu à l'intérieur de l'organisme exposé au stress, on s'aperçoit qu'une situation d'impasse fut réellement créée, interdisant à l'animal d'attaquer ou de fuir. De même, la double entrave renvoie à des injonctions contradictoires qui achèvent d'instaurer une situation impossible. Il y a là deux variétés de l'impasse, l'une concerne la pathologie organique et l'autre la maladie mentale, cependant que la problématique qu'elles soulèvent demande à être pensée autour de la problématique de l'adolescence.

9. Voir Sami-Ali. *L'impasse relationnelle*, op. cit.

10. Voir Al Maari. *Chants de la nuit extrême*. Traduction, présentation et calligraphie par Sami-Ali. Paris, Éditions Verticales, 1998.

Comment à partir de ce qui précède définir la thérapeutique ?

Si chacune des contributions qui forment le corps du présent ouvrage y apporte une réponse différente, il paraît nécessaire cependant de dégager ici les principes généraux appelés à guider toute pratique clinique à l'adolescence.

Dans la mesure où celle-ci concerne surtout la pathologie organique, la question qui doit d'abord se poser ne porte pas sur la psychogenèse mais sur le lien possible avec la personne. En ce sens, la pathologie organique n'est pas tenue, avant toute investigation, pour une somatisation sur le modèle de la conversion hystérique. Ce qui doit nous orienter, en revanche, c'est la possibilité de l'existence d'une impasse relationnelle à l'arrière plan du tableau clinique. Notre tâche principale sera ainsi de découvrir, éventuellement dès la première rencontre¹¹, dans quelle sorte d'enfermement le sujet se trouve déjà pris. Ce qui implique en même temps que le fonctionnement personnel soit déterminé relativement à l'espace, au temps, au rêve et à l'affect, en vue de jauger quel est le potentiel disponible au départ. Et c'est là l'essentiel : comme l'impasse est par définition une situation sans issue, et elle le sera aussi longtemps qu'on est dedans, la seule question à poser est celle de savoir comment elle s'est progressivement constituée à travers toute une vie. En devenant objet de réflexion, elle est maintenant, pour la première fois, devant le sujet et non autour de lui, l'englobant tout à fait et absorbant ses forces vives. La perspective thérapeutique est déjà mise en place, elle va consister à transformer les termes mêmes de l'impasse en libérant tout l'imaginaire entravé jusque-là. L'imaginaire qui est d'abord le rêve et l'affect, ce qui signifie la transformation de tout le fonctionnement. Ici, c'est uniquement la relation au thérapeute qui permet cette mutation.

De différentes façons d'ailleurs, mais, pour commencer, en prenant l'activité onirique comme axe central de tout le travail thérapeutique. Quand les rêves ont cessé d'appartenir à la conscience vigile ou que leur existence y demeure aléatoire, le simple fait d'en dire l'importance introduit au changement véritable. La règle à appliquer ici reste toujours la même : il faut que les rêves trouvent leur place dans la relation afin de la trouver dans le fonctionnement. Et leur importance consiste à pouvoir établir des liens entre

11. Voir Sami-Ali. *L'impasse relationnelle. Temporalité et cancer*, op. cit.

le présent et le passé, allant jusqu'à l'enfance, enfance qui souvent semble avoir été définitivement engloutie dans l'oubli. Cette démarche, soit dit en passant, va à l'encontre de l'évolution de la technique psychanalytique où le transfert est de plus en plus privilégié au détriment du rêve¹².

À la limite, il y a comme une initiation à la vie onirique, lorsque les rêves émergent de nouveau, au bout d'un temps plus ou moins long, qui consiste à instaurer des liens, simples et vrais, avec les événements présents et passés. C'est ainsi que les rêves acquièrent un sens *intrinsèque* faisant un avec l'histoire personnelle. Pas besoin, par conséquent, de projeter des interprétations, qui sont censés être « profondes », et qui impliquent que les rêves ne sont jamais ce qu'ils sont, parce qu'ils sont là pour dissimuler autre chose. Autre chose que, par définition, l'analyste seul est en mesure de savoir. Dans cette optique l'imaginaire n'est pas premier, alors qu'il l'est justement dans la théorie relationnelle.

En allant un peu plus loin, il est loisible d'affirmer que l'aspect parfois énigmatique des rêves provient du fait que le rêveur se trouve soudain face à une conclusion dont il ne connaît pas les prémisses. Des étapes intermédiaires manquent qu'il suffirait de restituer pour rendre au texte onirique toute son intelligibilité, sans recourir à *l'hypothèse de déguisement*, les restes diurnes remplaçant dans ce cas ce qu'on met d'habitude sur le compte de l'élaboration inconsciente. Par ailleurs, on a pu le démontrer même relativement au rêve inaugural de *L'interprétation des rêves*, l'injection faite à Irena¹³. Quoi qu'il en soit, plus on va dans le sens d'établissement des liens entre les différentes composantes de l'expérience de rêve, moins se fait sentir le besoin de postuler des processus internes, car tout se ramène alors au relationnel.

Mais il est encore une autre raison, plus particulière à certains fonctionnements, pour ne pas entamer par des interprétations le processus onirique quand il se remet en marche après un long temps d'arrêt : c'est que le retour des rêves signifie la fin d'un refoulement qui porte sur toute la fonction. La tâche la plus urgente dans ces conditions doit consister à laisser s'installer progressivement

12. Voir Flanders S. (ed.). *The dream discourse to day*. London, Routledge, 1993.

13. Shur, *Some additional day residue of the specimen dream of psychoanalysis*, in R. Loewenstein et al. (eds). *Psychoanalysis : a general psychology*. New York, International Universities, Press, 1966.

les rêves dans la relation. Ce qui suppose également que le patient participe activement à cette nouvelle expérience où les rêves ont de plus en plus un rôle à jouer par rapport à l'autre. Et inversement.

Que le rêve soit le seul lien, par-delà l'oubli, avec l'enfance, éclaire d'un jour nouveau un fait étrange : que le refoulement de l'affect, lié au deuil en particulier, passe toujours par le refoulement de la fonction onirique. Sans rêves en effet, la situation de perte est tout à fait neutralisée, réduite, qu'elle est un événement parfaitement localisable dans l'espace et le temps, quoique dépourvu de toute la charge émotionnelle qui la fait exister en tant que réalité. C'est précisément tout cet aspect de l'expérience humaine qui touche si près à des impasses précoces, que le travail relationnel sur les rêves est en mesure de réactiver. À condition, bien sûr, que le thérapeute soit lui-même en résonance. Sous cet angle, le rêve paraît comme la projection totale, même si quelques fragments seulement témoignent, d'une vie qui commence peu à peu à émerger au-delà de son enfermement primitif. La pathologie organique ne peut qu'en bénéficier, alors le corps imaginaire paraît l'emporter de plus en plus. Il y a là comme une forme atténuée, maîtrisée et sans excès, de la corrélation négative précédemment évoquée, entre psychose et pathologie organique. Dans le cas actuel, l'organisation psychotique est remplacée par l'activité onirique faisant basculer la balance du côté de l'imaginaire. Or, à l'adolescence, l'imaginaire est d'importance : il peut exister avec violence ou être refoulé.

Et le thérapeute de l'adolescent alors ? Il est celui qui est en relation avec le rêve et l'affect, par rapport à lui-même et à l'autre. D'aucune manière, il ne cherche à neutraliser la relation en neutralisant ses propres affects. Ceux-ci doivent être là, mais libres, au cours d'un face à face en raison d'une fois par semaine. Or, c'est cette relation affective, que toute la technique psychanalytique s'emploie à éliminer, en laissant d'ailleurs en suspens toute la problématique de l'affect.

Le plus ardu dans ce travail chez l'adolescent, c'est de respecter ce qui est là.

Vj k'ci g'k'p'v'k'p'c'm' 'i'g'h'd'p'm

Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence Approche psychosomatique

Maurice Corcos

L'évolution des modèles conceptuels concernant la psychopathologie des troubles des conduites alimentaires (TCA) a été marquée par un déplacement des intérêts qui se sont portés tour à tour sur la nature des fantasmes et le conflit pulsionnel sous-tendant le symptôme, puis sur la question de la valeur fonctionnelle de l'objet, et enfin sur la problématique du lien à l'origine d'une pathologie de l'organisation de la personnalité. Mais le tout dans une dimension de construction du monde psychique du sujet, négligeant l'importance de l'édification parallèle du soi somatique.

Notre démarche a été de reprendre les différentes dimensions psychopathologiques participant à la compréhension des addictions en privilégiant l'angle psychosomatique et en évaluant en quoi cela peut modifier notre évaluation clinique et nos attitudes thérapeutiques.

Nous avons abordé notre réflexion par l'étude des dimensions socioculturelles impliquées dans la genèse et la pérennisation des conduites addictives. Nous l'avons pensé en étroite articulation avec une dynamique familiale singulière, tant il est vrai que la libido n'investit pas directement le social. Si l'on pense avec force

Vj k'ci g'k'p'v'k'p'c'm' 'i'g'h'd'p'm

Table des matières

M. Sami-Ali	5
Introduction – Théorie relationnelle et adolescence	
Maurice Corcos	19
Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence	
Approche psychosomatique	
Sylvie Cady	31
Allergie et adolescence	
Maurice Bensoussan	43
Quelle psychothérapie pour l'adolescent ?	
Martine Derzelle	57
« L'âge où le corps est un ennemi »	
Où l'adolescent confronté à un parent atteint de cancer	
Jean-François Le Goff	75
Douleurs à l'adolescence et thérapies avec les familles	
Leila Al-Husseini	85
Une adolescente en quête d'identité	
Stefano Monzani	93
L'adolescence entre nihilisme et utopie concrète	
Propos pour un idéal d'adolescence	
Patricia Lymes	107
Adolescence et handicap	
Bibliographie	125