

Regard actuel sur le modèle psychosomatique de Joyce McDougall

par Béatrice LE FRANÇOIS

MODÈLE OU PARCOURS ?

Peut-on qualifier de modèle l'élaboration clinico-théorique de J. McDougall ? Je trouve qu'il s'agit plutôt d'un parcours, qu'elle retrace en 1989 pour les lecteurs français dans son livre, « Théâtres du Corps », consacré à la psychanalyse en psychosomatique. Elle définit ce parcours comme une *odyssée théorique* à partir de sa formation au début des années cinquante.

Jeune analyste, elle écoute les évocations des épisodes somatiques de ses patients comme un matériel associatif comme un autre, ne faisant pas encore tout à fait sien le point de vue *économique*, de la *décharge de l'excitation hors psyché* lorsque les mécanismes défensifs psychiques sont débordés.

Elle se trouve alors confrontée à certains échecs du processus ou impasses thérapeutiques qui vont susciter des questionnements auxquels elle apportera ses réponses personnelles, définitivement enrichies à partir de 1962 par la connaissance des travaux de l'École de Paris et du livre « L'investigation psychosomatique » de P. Marty, C. David et M. de M'Uzan.

Son élaboration théorique en psychosomatique est donc évolutive ; modifiée par son expérience clinique avec des patients aux organisations psychiques très différentes, adultes, enfants et adolescents, névrotiques ou encore psychotiques,

addictifs et pervers (1978 « Plaidoyer pour une certaine anormalité », 1982 « Théâtres du je »). S'y retrouvent aussi les imprégnations théoriques de son maître D. Winnicott (objet transitionnel, angoisse d'effondrement), et d'autres analystes de sa formation anglo-saxonne, M. Klein (identification projective), H. Segal (symbolisation), W. Bion (travail de transformation des éléments bêta en éléments alpha) et M. Mahler (symbiose mère-bébé), ainsi que de ses collègues français, son amie P. Aulagnier (pictogramme), M. Fain (prématurité du moi), M. de M'Uzan (pensée opératoire, esclave de la quantité), A. Green (travaux sur la psychose et le narcissisme) et J. Lacan (signifiant, forclusion, manque à être). Elle articule avec talent leurs concepts qui font souvent écho à ses propres idées, même lorsqu'ils sont contradictoires. Elle n'hésite pas à osciller suivant les impératifs d'une clinique toujours guidée par un travail approfondi sur son contre transfert, « *une psyché pour deux sur la scène analytique* ». Tous ces éléments ont fait écrire à R. Menahem que le travail analytique de J. McDougall est idiosyncrasique.

Enfin, la référence au développement du bébé en relation à l'objet primaire y est centrale. J'indique d'emblée que, pour J. McDougall, l'option théorique de « l'originaire » est celle d'une *indistinction du psychosoma du bébé avec la mère Univers*. Sa conceptualisation se construit à partir d'un double mouvement : d'une part, les références aux théories du développement essentiellement winnicottiennes, de l'autre, les apports renouvelés d'une clinique variée revue à la lumière des psychosomaticiens. Son modèle est donc

un modèle ouvert.

SIGNIFICATION

En ouverture de son livre, « Théâtres du corps », J McDougall rapporte deux souvenirs de son enfance néo-zélandaise. Elle évoque l'urticaire qui l'affectait lors de chaque vacances d'été chez sa grand-mère paternelle. Ses parents et la petite fille qu'elle était y subissaient la tyrannie de cette grand-mère si fière de son élevage de vaches jersiaises dont Joyce buvait le lait. À cinq ans, elle s'opposa à la conclusion familiale qui attribuait l'urticaire à l'ingestion du lait, en rétorquant que c'était sa grand-mère qui en était la cause. Elle avait donc donné une *signification* à la maladie somatique. Je pense qu'elle ne se départira pas de cette attitude. Ainsi, elle évoque un deuxième souvenir, celui des somatisations graves de sa grand-mère qu'elle attribue à la personnalité de cette femme, aux *affects gelés* subissant le traumatisme d'une trahison. Mais dans ce deuxième exemple, réélaboré pour la publication de l'ouvrage, l'idée de signification d'une maladie somatique se complexifie. Il s'agit moins de trouver un sens à une somatisation, à partir d'un système représentatif, que de chercher les mécanismes psychiques et leurs défaillances qui aboutissent à une somatisation.

LA CONVERSION HYSTÉRIQUE DANS L'HYSTÉRIE DE RÉTENTION ET L'HYSTÉRIE ARCHAÏQUE

Au début, je l'ai mentionné, J. McDougall écoute les dires des patients comme un matériel associatif, facilement rapporté à la problématique œdipienne. Elle se rend compte cependant que l'inadéquation de cette attitude la conduit à des questions auxquelles elle ne trouve pas encore de réponse.

La somatisation équivaut-elle à la conversion hystérique mise en évidence par S. Freud ? Elle commence par opter pour un symbolisme organique. Mais elle constate chez les patients poly-somatisants une absence de symbolisation sexuelle de l'organe malade qui permet de distinguer la somatisation de la conversion. Cependant, dans certaines maladies à crise, elle reprend la notion freudienne d'hystérie de *rétenion* dont lui paraissent relever les affections *d'inhibition*, rétenion du souffle chez l'asthmatique ou des selles chez le colitique, ou baisse de l'immunité par exemple. Elle se démarque ainsi des travaux de P. Marty sur les personnalités allergiques, tout en reprenant dans le cours de ses illustrations cliniques ultérieures l'évitement des conflits de ces personnalités. Elle oppose à l'hystérie de rétenion une forme de manifestation défensive par *l'expulsion*, de vidage, comme dans la rectocolite hémorragique. Elle est donc guidée alors par une tentative de réintroduire le *symbolisme organique*, recours auquel elle semble attribuer la vertu de *repsychiser les défenses les plus régressives* du patient.

Elle pense alors à une forme d'hystérie qu'elle propose d'appeler *hystérie*

archaïque où les chaînes associatives ne mènent pas aux conflits libidinaux et à l'interdiction de la satisfaction sexuelle mais à l'interdiction, bien plus radicale, de l'identité propre, de l'identité sexuelle, et même de l'existence. Elle montre dans ses illustrations cliniques comment entendre les manifestations de ces extrêmes détresses, qui prédisposent aux somatoses.

PSYCHOSOMA ORIGINAIRE ET MÈRE UNIVERS

Je cite ici les métaphores concernant l'organisation précoce de la psyché auxquelles J. McDougall fait référence, les ayant lues ou en ayant discuté avec leurs auteurs. Ce sont » des métaphores évocatrices qui caractérisent différents aspects des processus psychiques comme les travaux de W. Bion sur « les transformations des éléments bêta en fonctionnement alpha » (1962, 1963), le « manque à être » de J. Lacan(1966), le concept de Melanie Klein (1935) des positions « paranoïde-schizoïde » et « dépressive », le stade de « symbiose » et de « séparation-individuation » de M. Mahler, le concept de D. Winnicott d' « espace transitionnel » et de l'existence d'un « vrai self » (1953), le concept de H. Kohut (1971, 1977) du « soi-objet », la théorie de D. Stern (1985) de la « conscience » pré-verbale et le sens d'un self naissant ou d'un « core-self », la « hiérarchisation des fonctions » de P. Marty (1980), la « censure précoce » de D. Braunschweig et M. Fain (1975), enfin et chez P. Aulagnier (1974, 1980,1984), le concept important de « pictogramme » et ce qu'elle décrit de la relation

complexe entre le « processus originaire » et les processus primaire et secondaire. »

Les observations cliniques qui président à la théorisation de J. McDougall sont celles de patients aux troubles narcissiques les menant au fantasme, voire à la certitude délirante que les pensées de l'analyste sont les mêmes que les siennes. C'est le fantasme d'une psyché, d'un sexe (pour les homosexuels), d'un corps (pour les somatisants), pour deux. Cette théorisation se réfère à son modèle du début de la vie psychique initié par une indistinction nourrisson-mère univers. **Au tout début, insiste-t-elle, il y a une indistinction psyché-soma, les sources de la psyché jaillissent à partir du soma. Elle en infère la potentialité régressive de la psyché vers ses sources somatiques. Cette indistinction psyché-soma du nourrisson est elle-même incluse dans l'indistinction nourrisson-mère univers.** À partir de cette indistinction, deux mouvements vont dès lors et pour toujours s'opposer chez l'être humain : « le désir de fusionner avec le corps maternel ; le désir d'indépendance totale tout en faisant toujours partie de l'univers maternel ». Un environnement maternel qui ne serait pas good enough ne permet pas d'intégrer une représentation d'une mère maternante à laquelle le bébé peut s'identifier. Un bébé qui s'organise ainsi psychiquement, et pour toute la vie, ne parviendra pas à être suffisamment maternant pour lui-même ; il n'écouterà pas les signaux de son corps souffrant, annonciateurs de maladie. J. McDougall reconnaît donc le modèle de l'origine traumatique précoce de la prédisposition à la somatisation. Elle se sent proche

ici des travaux sur l'insomnie infantile de « L'enfant et son corps » de M. Fain, L. Kreisler, et M. Soulé de 1974. Elle fait sien le concept de « prématurité du moi » qui pourtant me paraît être différent. Pour M. Fain, un bébé confronté à un environnement maternel incapable de satisfaire ses besoins vitaux est obligé d'apprendre trop tôt à se passer de l'objet maternel et à satisfaire tout seul ses propres besoins par des mécanismes adaptatifs moïques.

Par ailleurs, certains patients amènent J. McDougall à considérer que certaines mères refusent inconsciemment à leur nourrisson l'autonomisation nécessaire à leur développement psychique. Une telle mère utilise son bébé pour ses propres satisfactions libidinales et narcissiques. J. McDougall désigne ainsi un enfant-bouchon dont l'accession à un sentiment d'identité propre, d'identité sexuelle, de subjectivation, est impossible. Dans certains cas, seule la mère-univers porte l'Idéal à jamais inatteignable. Les conceptions sont ici très proches de celles sur la psychose, incluant la forclusion de l'imgo paternelle.

J. McDougall reprend et applique aux somatoses, ses travaux sur les étapes du développement dont les perturbations contribuent à la prédisposition aux névroses de comportement déjà mentionnés dans les « Théâtres du je ». Ainsi en est-il des objets prétransitionnels, les « security blankets » préparant aux objets transitionnels, qui sont les moyens de pallier à l'absence maternelle. Pour J. McDougall, le désinvestissement transitoire du bébé par une mère à la recherche de satisfactions libidinales adultes, sexuelles, professionnelles ou sociales, favorise l'autonomie du bébé, sa vie fantasmatique, son accès au

langage et à l'univers symbolique. Là aussi, se signale une différence avec la conceptualisation de M. Fain. Selon lui, le désinvestissement maternel du bébé pour répondre au désir sexuel de son amant, conditionne « la censure de l'amante » qui entraîne le « prélude à la vie fantasmatique » du bébé.

Dans les « Théâtres du je », J. McDougall avait mis en évidence les défaillances de la constitution des objets transitionnels. Les objets transitionnels pathologiques préfigurent les objets des futures addictions que les patients addictifs utilisent dans l'espoir, toujours déçu, de pallier à l'absence de mère interne maternante à laquelle ils pourraient s'identifier.

Depuis lors, J. McDougall ne s'intéresse plus seulement à l'écoute de l'évocation de l'incident somatique en tant que matériel associatif mais aussi à la dimension économique du fonctionnement psychique.

AFFECT ET REPRESENTATION

J. McDougall va maintenant s'intéresser à la façon dont le corps vient sur la scène analytique puis élabore ses conceptions théoriques.

Elle note le moment de la survenue de l'incident somatique dans le processus de la cure, le rapport entre l'organisation psychosomatique du patient et de la relation transféro-contre-transférentielle. Elle souligne qu'elle est amenée à se démarquer du modèle de P. Marty parce que ses patients s'adressent à elle pour une demande d'analyse et non parce qu'ils sont adressés par leur médecin pour une maladie. Cette différence se traduit concrètement par une différence de la

mentalisation du patient. Pour elle, la première idée, très classiquement freudienne, et qu'elle utilise déjà avec ses patients addictifs et pervers recourant à l'acting, c'est que la survenue d'un accident somatique signe le débordement des capacités défensives psychiques. Cela, aussi bien chez tout un chacun selon les événements de la vie que, de façon plus complexe, chez des sujets qui s'organisent sur ce mode, en particulier chez les somatisants chroniques.

La décharge de l'affect inélaborable, terme qu'elle préfère à celui « d'excitation », est en même temps un recours en lui-même défensif régressif, et même plus, une régression aux manifestations à visée défensives les plus archaïques des premiers moments de la vie. Que la décharge se produise dans le corps, par le comportement, ou dans le soma, par la somatisation, elle constitue une tentative d'auto-guérison.

J. McDougall avait déjà repéré et cerné des particularités des patients somatisants. Elle rapporte combien elle a été frappée par les mouvements défensifs de certains patients, cardiaques entre autres, se distanciant de leurs imagos par un recours au factuel dans un discours désaffecté. Elle reconnaît les mécanismes de la pensée opératoire décrits par M. de M'Uzan et P. Marty en 1962. En 1974, elle écrit l'article « Le soma et la psychanalyse », où elle évoque les travaux de l'École de Chicago sur l'alexithymie (Sifneos, Reedah, fin des années soixante). Il s'agit de l'incapacité à trouver le mot pour qualifier ses propres sentiments. J. McDougall en rapproche la qualité un tableau clinique où les patients éprouvent une confusion pour distinguer entre la qualité de leurs

affects. Elle interprète cette confusion comme une régression à un niveau présymbolique, à l'époque où les états de tension n'étaient pas différenciés.

Quant à la pensée opératoire, elle s'accompagne souvent d'une atonie de l'humeur, une dépression asymptomatique, que P. Marty appelle « dépression essentielle ». De son côté, J. McDougall préfère le terme de patients désaffectés. Elle va s'attacher à rechercher les mécanismes qui aboutissent à de tels états dont la qualité défensive ne fait aucun doute pour elle.

SCHÉMA DE SON ELABORATION CLINICO-THEORIQUE

J. McDougall décèle le chaînon manquant entre les états hystériques et psychosomatiques dans la conception articulée par Freud de la névrose actuelle, en conformité avec les vues de l'École de Paris. Il s'agit d'une métapsychologie de l'affect auquel elle propose un quatrième destin : « (...) où, suivant la forclusion psychique de certaines représentations mentales, un affect peut être étouffé quant à son expression, sans aucune compensation pour la perte de l'expérience et de celle de la représentation de l'événement auquel elle était liée. (...) Dans cette éventualité nous pouvons poser que la psyché est dans un état de privation » (p. 60).

PRIVATION PSYCHIQUE, FORCLUSION

J. McDougall propose cette conception même si elle reconnaît qu'elle recèle quelques mystères. Cette option théorique l'éloigne des concepts de l'École de Paris. Très schématiquement, si tous s'accordent sur la notion de démentalisation, pour M. de M'Uzan, la somatisation est « bête », elle n'a aucun sens. Pour P. Marty, elle est une régression à un palier de fixation fonctionnelle à valeur défensive ou, plus grave, elle est liée à une désorganisation progressive. Pour M. Fain, elle est liée à un inachèvement du processus pulsionnel.

Pour J. McDougall, la psyché, soumise à des réactivations traumatiques de douleurs psychiques elles-mêmes liées aux carences précoces de l'environnement mentionnées plus haut, serait privée de sa capacité à traiter ces états.

Dans certains cas, le système représentatif est dégradé. Les représentations de mots du préconscient font retour aux représentations de choses, c'est à dire au processus primaire. Ces dernières renvoient aux modes de défenses primitifs où les expressions somatiques étaient les seules issues. Par exemple, un patient qui a une rectocolite hémorragique se vide, comme si son intestin devait se débarrasser d'un poison. Comment cette représentation serait-elle liée aux angoisses sans nom inélaborables par la psyché qui enverrait des messages au soma ? L'auteur propose ici l'idée de psychose actuelle dans la mesure où la somatose vient à la place des idées délirantes propres à la psychose.

Dans d'autres cas où les représentations symboliques donnent lieu aussi à des affects insupportables, il peut se produire plus qu'une régression à un niveau

présymbolique. La représentation est éjectée hors psyché à l'instar des mécanismes projectifs décrits par Freud, ou attribuée à un autre, en un mécanisme d'identification projective décrit par M. Klein (p. 88). Pour J. McDougall, dans ces cas, « l'affect est gelé et ne trouve pas à se faire représenter. Se produit alors une rupture entre la psyché et le soma, rupture s'accompagnant d'une rupture entre processus primaire et processus secondaires ». L'auteur en déduit une altération du préconscient et un écroulement de la fonction onirique de sorte que le patient ne peut être soulagé de ses tensions par la satisfaction hallucinatoire de désir. « La psyché est alors acculée à émettre des signaux somatopsychiques infra-verbaux et archaïques pour sauver le moi d'une mort psychique ».

La décharge par la voie courte dans le psychosoma produit la réponse délirante du physiologique. Je reste ici très proche du texte de l'auteur pour restituer le fil de sa pensée qui laisse apparaître sa fréquentation des travaux de M. Fain (préconscient, système sommeil-rêve) tout en en différant.

La maladie serait-elle la folie du soma en réponse à la menace de la mort de la psyché ?

Pour terminer ce résumé des idées de J. McDougall, je note qu'elle semble parfois proche de penser à « l'irreprésentable », aux traces non-mnésiques laissées par les traumatismes du début de la vie, à ces failles toujours béantes (Ferenczi) sans représentation. Certes, elle écrit que l'analyste, sur la scène analytique où se joue le drame « d'une psyché, un sexe, un corps pour deux », est

amené à « créer » des représentations à la place des représentations manquantes de ses patients. Néanmoins, elle s'en tient, finalement, à l'idée de représentations forcloses que l'analyste doit s'efforcer de mettre au jour.

BIBLIOGRAPHIE

MARTY, Pierre / M'UZAN, Michel de
La pensée opératoire (1963)
in: SCHMID KITSIKIS, E. (dir.) ; PERRET CATIPOVIC, M. (dir.) ; PERRET VIONNET S. (dir.). - Le fonctionnement mental
Lausanne, Delachaux et Niestlé, 1991, pp. 133-148

McDOUGALL, Joyce
Plaidoyer pour une certaine anormalité
in: McDOUGALL J. - Plaidoyer pour une certaine anormalité
Paris, Gallimard, 1978, pp. 209-222

McDOUGALL, Joyce
La psychosoma et la psychanalyse
in: McDOUGALL J. - Plaidoyer pour une certaine anormalité
Paris, Gallimard, 1978, pp. 161-172

MARTY, Pierre / M'UZAN, Michel de / DAVID, Christian
L'investigation psychosomatique : sept observations cliniques
Paris, Presses Universitaires de France, 1994, 263 p.
2e éd. 1962 1 ed

McDOUGALL, Joyce
Théâtres du corps : le psychosoma en psychanalyse
Paris, Gallimard, 1989, 220 p.

GREEN, André
Narcissisme de vie, narcissisme de mort
Paris, Editions de Minuit, 1982, 280 p.

McDOUGALL, Joyce
Théâtres du Je
Paris, Gallimard, 1982, 247 p.

BRAUNSCHWEIG, Denise / FAIN, Michel
La nuit, le jour : essai psychanalytique sur le fonctionnement mental
Paris, Presses Universitaires de France, 1975, 302 p.

WINNICOTT, Donald Woods / MONOD, Claude (trad.) / PONTALIS, Jean-Bertrand (préf. & trad.)
Jeu et réalité : l'espace potentiel
Paris, Gallimard, 1975, 219 p.

MARTY, Pierre
La relation objectale allergique
in: NICOLAIDIS, N. (dir.) ; PRESS, J. (dir.). - La psychosomatique hier et aujourd'hui
Lausanne, Delachaux et Niestlé, 1995, pp. 53-90

La dépression essentielle
Revue française de psychosomatique, 1995, n° 8, pp. 209-213

MARTY, Pierre
Mentalisation et psychosomatique
Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1991, 53 p.

MENACHEM, Ruth
Joyce McDougall
Paris, Presses Universitaires de France, 2000, 128 p.
2ème éd. corr.