

DES TRANSFERTS ENTRE PSYCHÉ, COGNITION ET SOMA

Iacovos Cléopas

Presses Universitaires de France | « *Revue française de psychanalyse* »

2010/5 Vol. 74 | pages 1693 à 1698

ISSN 0035-2942

ISBN 9782130576327

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2010-5-page-1693.htm>

Pour citer cet article :

Iacovos Cléopas, « Des transferts entre psyché, cognition et soma », *Revue française de psychanalyse* 2010/5 (Vol. 74), p. 1693-1698.
DOI 10.3917/rfp.745.1693

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

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

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

IX – Neurosciences et psychanalyse

Des transferts entre psyché, cognition et soma

IACOVOS CLÉOPAS

La relation entre psyché et soma constitue un champ d'étude passionnant, consubstantiel de la nature humaine, ainsi qu'un point nodal du travail clinique. Les processus pulsionnels, les exigences de la représentation, l'ancrage mais aussi cette autonomie de « dépendance concomitante » (Freud, 1891) de l'un par rapport à l'autre sont des concepts permettant à la pensée théorique et clinique d'essayer de saisir le sens et la forme des mécanismes somatopsychiques qui seraient à la base de cette relation et des questions qu'elle révèle. Dont, comme F. Coblence (2009, 2010) d'après Freud le dit, « n'en sait – heureusement ? – rien » des réponses. Ce non-savoir, cet espace potentiel de négatif créateur, forme un appel constant qui nous est adressé. À rechercher, trouver et créer, dans le cadre de la relation clinique, des réponses transitionnelles. Ce non-savoir peut advenir le cadre d'émergence de processus d'autoorganisation de la vie d'âme et de la vie du soma.

C'est à partir de la clinique neuropsychologique que nous voudrions aborder certains aspects de ces questions complexes, difficiles en soi mais aussi difficiles en ce qu'elles conduisent souvent à des démarches d'isomorphisme trop vastes et de réductionnisme simpliste. Nous connaissons la polysémie qui caractérise la formation et l'expression d'un symptôme psychique, comme un compromis reflétant un conflit latent et qui essaie d'en construire une solution. Son vécu, son analyse et son interprétation, dans la relation transférentielle ouvrent les voies du processus thérapeutique. Mais qu'est-ce qu'il en est du symptôme neuropsychologique, en tant que processus dynamique et en tant qu'une forme de compromis neuro-cognitivo-psychique, à l'intersection des neurosciences, de la psychanalyse et de la psychosomatique. Le symptôme neuropsychologique nous adresse une demande continue de travailler la liaison entre la réalité psychique, la réalité des fonctions

cognitives et la réalité du corps. De travailler dans ces réalités, ainsi que de travailler leurs liens, dans et par le vécu transférentiel et contre-transférentiel. Dans ce sens, c'est un exemple clinique de la liaison entre le corps, la cognition et le psychisme. Les déficits et les troubles neuropsychologiques entravent profondément la fonction de l'épreuve de réalité et de l'épreuve de l'actualité (Leclaire et Scarfone, 2000) et dès lors, c'est la relation entre la réalité psychique et la réalité extérieure qui y est entravée. Au niveau neuronal, les lésions peuvent affecter, selon la cartographie cérébrale concernée, les processus de mentalisation et de la capacité d'autoorganisation du sujet (Cléopas, 2008).

M^{me} S est une femme grecque d'âge moyen, mère d'une jeune fille adoptée. Notre premier entretien a eu lieu sept mois après un infarctus cérébral ischémique de l'hémisphère gauche, ayant entraîné des séquelles aux aires prémotrice et motrice frontales et à un moindre degré à l'insula et à la partie antérieure du lobe temporal. Elle présente une hémiplégié droite et une aphasie de Broca, avec désintégration phonétique, troubles de la dénomination, automatismes verbaux, pertes de mots, paraphasies morphologiques et sémantiques, des éléments d'alexie et d'apraxie idéomotrice. Les symptômes aphasiques, le comportement, son mode de marche contractée, donnant l'impression d'une extension de la spasticité parétique à l'ensemble du corps, et l'expression de son visage se caractérisaient par d'importantes fluctuations et s'imprégnaient d'une grande tension suivie de décharges violentes. M^{me} S a une expression souriante intense et aussi déconcertée. Elle recherche expressément le contact visuel tout en demeurant silencieuse à mes propos. L'absence d'expression verbale, non justifiée au point de vue aphasique, contrastant avec la tension de sa présence physique, me fait penser à l'impossibilité de gérer et exprimer le vécu intérieur et intersubjectif. Son expression faciale, les mouvements du corps, démarraient en force pour rester ensuite figés, en suspend et en attente. L'élément le plus persistant était cette attente, une quête impérative et diffuse de la présence de l'autre, exprimée par la position du corps, la rythmicité respiratoire, le regard et progressivement par la prononciation phonétique. Je me rendais compte que pour exécuter tout mouvement, toute praxie, elle utilisait sa main droite, en faisant exactement le contraire de ce qu'il lui était conseillé en vue de sa réhabilitation fonctionnelle. En revanche en séance, lorsqu'elle voulait s'exprimer par la motricité elle utilisait son bras et sa main parétique. Comme si l'expression du vécu subjectif et actuel devrait s'inscrire aux limites imposées par la réalité du handicap physique et fonctionnel. Ce premier entretien, qui au départ était un examen clinique, s'est déroulé comme une consultation thérapeutique. Ceci tenait à la demande de la patiente. Elle voulait absolument « tout faire », ce sont ses propres mots, toute forme de

thérapie possible. C'était une demande infusée d'excitation au dépit de l'économie « étouffante » des parents qui insistaient de faire une chose à la fois, le nécessaire, un nécessaire non spécifié et pourtant absolu. Ainsi demandait-elle à me voir, en tant que celui qui, comme elle pensait, décidait du programme thérapeutique psy. L'expression « tout faire » révélait le même taux émotionnel, violent et surexcitant et aussi la même forme linguistique, que lorsque M^{me} S parlera à propos de son histoire personnelle la menant jusqu'à l'infarctus cérébral. Elle dit alors « tout cassait », « folie », puis encore « tous cassaient, père-mère-époux ». Elle se réfère aux disputes familiales, durant lesquelles tous étaient contre tous, au sein d'un tout indifférencié. Ainsi sa demande constituait-elle une contre-attaque envers le morphème indifférenciée « père-mère-époux ». Il y avait la recherche d'un contre-investissement, mais, en même temps, elle mettait en place une répétition d'une situation identique où tout aurait été fait. Au sujet de sa relation avec son époux, elle dit « moi divorce ». Elle est en instance de divorce, depuis sept mois, du moment de l'infarctus. C'était sa propre décision, soudaine. Je dirais que M^{me} S est en un état de divorce continu et accompli. Un divorce objectal, endopsychique, cognitif et corporel, jusqu'à l'hémiplégie, la division fonctionnelle et sensorielle du corps.

À propos de son mariage, elle écrit les mots « sentiments arlequin », sans les prononcer. Elle y associe un sourire d'allure hypomane et un geste de sa main, signifiant « du n'importe quoi ». Puis son visage prit une expression de tristesse et d'aporie profonde. Dans un état de tension augmentant, elle écrira en dessous deux phrases en majuscules, saturées de symptômes aphasiques et alexiques. *ΔΕΧ ΔΕΧΝΕΙΣ*, sans signification, puis en dessous, *Η ΚΟΦΗ ΜΟΥ ΜΙ ΤΙ ΕΙΝΑΙ*, signifiant « ma fille ne quoi est ». Une tentative de prononcer ces phrases conduira à des phonèmes sans aucun sens. En même temps, elle va biffer son écriture. Du point de vue neuropsychologique, nous dirions que nous rencontrons les limites de la fragilité du fonctionnement cognitif, une paraphasie dénuée de signification et l'émergence d'une réaction catastrophique, justifiée par les lésions cérébrales. D'autre part, nous nous demanderons si la suite des symptômes aphasiques comporte la valeur d'un processus psychique primaire, de représentation symbolique. Pourrions-nous y discerner une polysémie inconsciente ? Dans ce cas, la question sera de savoir de quel inconscient il retourne. Ou encore, s'agirait-il d'une désorganisation, d'un mouvement regrédient formel, dans le sens de la théorie psychosomatique. Une interprétation psychanalytique ou psychosomatique devra tenir compte du fait que l'entité somatopsychique se trouve prise dans un état régressif formel obligé, en raison des handicaps mentaux et physiques. Auparavant, la patiente s'exprimait

autour de sa vie affective et relationnelle. Cette expression, à travers le discours aphasique, concernait et réactualisait un vécu traumatique. Une investigation plus approfondie de ce matériel pourrait accentuer l'état de désorganisation. Pourtant, le laisser-passer, je le raye à mon tour, serait aussi une négativation traumatisante sur le plan des réalités psychique et cognitive. Morphologiquement, le second graphème est une reprise des trois signes du premier en y ajoutant quatre autres. Le premier graphème pourrait signifier « ne » ou « ne pas ». Le second graphème, de par sa terminaison, a la forme d'un verbe, à la deuxième personne, adressant une demande à un objet. De ces mots, elle dit ne rien comprendre. Son visage avait une expression d'agnosie, d'inquiétude figée. Je lui proposais alors une prononciation lente et musicale des lettres, en introduisant ainsi un étayage, un amorçage de l'expression et un jeu phonétique. Elle enchaîne en prononçant le mot *δείχνεις* (montrer), tout en demandant « c'est ça ? ». Nous y associerons la prononciation des mots phonétiquement contigus *διώχνεις* (chasser) et *δένεις* (attacher). Ces associations essentiellement perceptives et sensorimotrices, le jeu en commun avec les sons et les formes, ont réanimé le discours aphasique nérotique et ont étayé la reprise du flux du discours, des fonctions cognitives et de l'expression sensorimotrice. L'émergence des trois nouveaux morphèmes, *montrer*, *attacher* et *chasser*, lui faisait plaisir. Ce plaisir ne concernait pas le sens, le symbolisme, ni la mise en mots de ce qu'elle voulait exprimer. Mais, la disponibilité d'une mise en mouvement, en forme, par des processus transitionnels autour du perceptif et du traumatique, au sein de la relation transférentielle. Ces processus, créant un champ de réalité somatopsychique transitionnelle, permettront un travail de représentation, un travail mutuel entre réalité psychique et réalité extérieure. Dans ce sens, nous pensons qu'il existe une double exigence de travail, du corps vers la psyché et de la psyché vers les fonctions corporelles (Cléopas, *op. cit.*). Lorsqu'un mot se perd et se dissout, c'est un objet et la relation d'avec l'objet qui se trouve en danger de perte. La représentation d'une relation et la représentation de l'action, de la formation sujet-objet-pulsion, entrent dans une voie de perdition. Les mots *trouvés-crés* sont des verbes, des éléments essentiels pour l'organisation des représentations d'actions. Chacun se réfère à des formes de pulsions partielles, à des formes d'organisation et de fonctionnement somatopsychique. Il est possible que l'émergence intersubjective de ces verbes esquisse un investissement pulsionnel autour de la désorganisation cognitive et corporelle. La clinique de ces patients montre que le jaillissement d'éléments venant de l'inconscient a un effet traumatique, puisqu'il s'agit d'un inconscient délié (Oppenheim-Gluckman, 2000), surgissant au sein d'une topique plus ou moins déliée en elle-même.

Ainsi, je pense que l'effet bénéfique de ces associations tient surtout à un processus transitionnel au niveau de la réalité cognitive et sensorimotrice, au sein de la relation clinique. Le sens de la seconde phrase écrite, au sujet de sa fille adoptée, s'est révélé bien plus tard. Elle écrit « ma fille ne quoi est » : qu'est-ce, ou n'est pas, sa fille. M^{me} S se dit être « moitié femme », exprimant un déficit identitaire profond, redoublé et actualisé par le handicap physique, un lien entre l'hémiplégie du corps et une « hémiplégie psychique ». L'adoption de sa fille constituait une tentative de réparation de la carence et de l'angoisse qui y étaient liées. Et, la question posée à travers le discours aphasique en était l'expression.

Dans cette séance, l'échange transférentiel a amorcé un processus de mentalisation cognitive et progressivement psychique. À partir de l'examen clinique, de l'anamnèse, ou même des épreuves neuropsychologiques, il m'a semblé important d'introduire et de proposer des liaisons, au niveau verbal, moteur, ou sensoriel, entre certains éléments de ce divorce généralisé, ainsi que d'essayer de proposer des différenciations à l'intérieur de sa symptomatologie, vécue d'une manière confuse, en un tout. On ne se référera à l'affect que peu – si ce n'est dans des questions d'ordre diagnostique – quoique les mouvements régressifs émotionnels, de pulsions de mort y étaient omniprésents. Je pense que c'est le cadre, en tant que contenant, qui se met au lieu d'une référence à l'état affectif. Au bout de cette séance, M^{me} S semblait plus calme, ce qui se manifestait par ses expressions corporelles et verbales. Son regard n'était plus constamment posé et dirigé vers l'autre, reflétant un processus intérieur. Notre travail psychothérapeutique a repris deux mois plus tard. Pendant cet entre-temps la patiente a entamé un investissement et une intégration du vécu du handicap et des thérapies de réhabilitation. Ces thérapies constituent un terrain de forts mouvements régressifs et d'excitation, non mentalisés et sans qu'un processus refoulant, voire de répression, soit possible. Ces mouvements, lorsqu'ils sont vécus à travers la relation transférentielle et contre-transférentielle, offrent la possibilité d'une reprise des instincts de vie et des investissements pulsionnels. Comme elle dira, cette rencontre fut pour elle un « signe référence ». Elle retrouvait ainsi une trace mnésique à laquelle elle retournait afin de retrouver un calme, un point d'appui pour penser son vécu. Il s'agit d'une forme de trace mnésique transitionnelle, ou d'une structure encadrante, représentant un aspect de la relation thérapeutique, à l'intérieur de laquelle, potentiellement, tout pourrait être représenté, sans pour autant que tout soit fait. Je me demande si nous pourrions parler d'une mise en disposition d'une plasticité, psychique, mentale, somatosensorielle, voire peut-être neuronale, non pas déjà à effets établis dans le sens d'une réorganisation somatopsychique et cérébrale, mais une plasticité transitionnelle.

Je pense qu'une telle plasticité est l'œuvre de la relation transférentielle, de son épaisseur somatopsychique et de son étendue entre le soma et la psyché, établissant ainsi une forme de monisme transitionnel.

Iacovos Cléopas
2, rue Nestos
11527 Athènes
Grèce

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Cléopas I. (2008), « Le transfert, un champ transitionnel à l'intersection de la psychanalyse et des neurosciences », *RFP*, t. LXXII, n° 2, p. 501-520.
- Coblence F. (2009), « La vie d'âme. Psyché est corporelle, n'en sait rien », *Bulletin de la SPP*, n° 94, p. 39-121.
- (2010), « Exposé dans le prolongement du rapport », *70^e CPLF*, Athènes 13 au 16 mai 2010.
- Freud S. (1891 *b*), *Contribution à la conception des aphasies : une étude critique*, tr. fr. C. Van Reeth, Paris, PUF, 1983.
- Leclaire M., Scarfone D. (2000), « Vers une conception unitaire de l'épreuve de réalité », *RFP*, t. LXIV, n° 3, p. 885-912.
- Oppenheim-Gluckman H. (2000), *La Pensée naufragée. Clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés*, Paris, Economica.