P. Schmoll*

Processus identificatoires et somatisation : éléments pour une théorie des phénomènes psychosomatiques

Le groupe de travail strasbourgeois « Corps et Langage » réunit des chercheurs et des praticiens de formations différentes (biologie, médecine et sciences humaines) dans le but d'étudier les articulations existant entre fonctionnement de l'organisme, systèmes de représentations et langage. Dans cette perspective, ceux d'entre nous qui mènent une recherche de clinique psychosomatique ont été conduits à relever la coïncidence qui existe entre la maladie organique ou le trouble fonctionnel dont souffre le patient et certains processus identificatoires dans lesquels ce dernier se trouve engagé.

J. Guir (3) souligne cette coïncidence à propos des maladies lésionnelles. Il donne plusieurs exemples de lésions, notamment au niveau de la peau (psoriasis, eczéma, etc.), dont la localisation sur le corps du patient renvoie de façon mimétique à un trait caractéristique de l'image du corps d'un autre, généralement d'un membre de la famille de ce patient. Le patient est ainsi atteint par la maladie en un endroit de son corps qui est le même que celui où le corps de l'autre, soit présente une altération réelle visible (cicatrice, trou, malformation, maladie...), soit simplement aurait dû ou aurait pu pour quelque raison être altéré ou mutilé.

Poursuivant cette approche à propos de cas cliniques précis, notamment d'un cas de recto-colite ulcéro-hémorragique chez une petite fille (1) et d'un cas de cancer du sein chez une femme (4), J. Guir montre que l'autre à

* Section de Psychologie de l'Université Louis-Pasteur – Strasbourg I.

qui renvoie la lésion organique est un personnage à qui le sujet a été sommé par ses parents de s'identifier. En règle générale, c'est à un des parents de ses parents, donc à un de ses grands-parents, que le sujet s'est ainsi identifié. Dans le cas de cancer du sein décrit par J. Guir, la femme dont il s'agit est contrainte de s'identifier à la mère de son père. Ce saut de deux générations s'exprime par le fantasme d'enfanter et d'allaiter le père.

Certains signifiants, relatifs à l'identité du sujet, prennent dans ces cas une importance particulière. Le moment même où se déclenche le processus organique qui débouchera sur la maladie est celui où l'âge d'un membre de la famille rappelle par son chiffre une date de naissance dans la famille. Dans le cas de cancer du sein dont il s'agit, le frère de la patiente porte le même prénom que le père du père et lui est, de ce fait, imaginairement assimilé par elle : le processus tumoral se déclenche au moment où ce frère atteint l'âge qu'avait le grand-père paternel quand le père est né, rappel de la naissance du père qui renvoie la patiente à la position de mère dans laquelle elle est sommée de se tenir vis-à-vis de son propre père.

Ces observations relatives aux processus identificatoires qui semblent à l'œuvre dans certaines maladies organiques sont confirmées par les entretiens qu'a M. Sokic à Colmar avec des patients atteints notamment d'ulcère gastro-duodénal, de rectocolite ulcéro-hémorragique ou de cancer du cerveau, et par ceux que j'ai moi-même avec des cancéreux (notamment cancers des voies aéro-digestives supérieures et cancers des tissus lymphoïdes).

Enfin, quoiqu'on fasse traditionnellement la distinction entre maladies psychosomatiques (lésionnelles) et symptômes de conversion (troubles non lésionnels), il semble que ces derniers mettent en jeu des processus identificatoires semblables. J'ai souligné en relisant les observations de Breuer et Freud que le symptôme de conversion des patientes dont ils exposaient le cas pouvait souvent être rapporté à un lieu du corps d'un autre, généralement leur père, qui présentait à cet endroit une altération réelle ou imaginaire (12).

Toutes ces observations posent la question de savoir de quelle façon un processus psychique (ici un processus identificatoire) peut s'articuler à un processus organique (ici le processus pathologique à l'œuvre dans la maladie ou le trouble fonctionnel). En particulier, la somatisation (qu'on entendra ici dans son sens le plus large, incluant la conversion) est-elle le fait même des processus identificatoires observés ? Ou bien, au contraire, faut-il concevoir ces processus identificatoires comme des formes de défense contre la somatisation, formes que leurs contradictions internes rendraient cependant insuffisantes à prévenir cette somatisation ? La maladie est-elle le reflet dans le corps d'une identité pathogène ou bien l'effet d'une perte d'identité ?

Dans le but de contribuer à ce débat théorique, je me propose ici de dégager les possibles articulations entre certaines ,notions qui sont centrales dans l'approche psychosomatique, tant sur son versant psycho-physiologique que sur son versant psycho-pathologique et psychanalytique. Je pense en particulier au concept d'identification tel qu'il est entendu en psychanalyse et au concept de stress qui a révélé sa pertinence dans l'approche neuroendocrinologique des maladies dites « de l'adaptation ». Les processus identificatoires dans lesquels se trouvent pris le sujet humain au cours de son développement individuel révèlent en effet son inadaptation essentielle source de déséquilibres organiques, en même temps qu'ils se présentent comme une réponse à ce problème d'adaptation.

LE « STRESS » ET LES MALADIES DE L'ADAPTATION

En 1936, travaillant sur des extraits glandulaires qu'il injecte à des animaux, H. Selye (13) découvre que ces injections ont des effets secondaires inattendus : modifications métaboliques, ulcérations, etc. Il pense d'abord que ces effets tiennent à l'impureté des mélanges injectés, puis se rend compte qu'ils sont produits par l'organisme de l'animal lui-même, en réaction à l'agression par les produits injectés.

Toute agression de l'organisme par un agent quelconque se révèle donc avoir une double action : l'action spécifique de l'agent agressif, ce que l'on nomme le syndrome lésionnel, c'est-à-dire la lésion qui est l'effet normal et attendu de l'agent, mais aussi une action a-spécifique, le syndrome réactionnel, qui est toujours le même quel que soit l'agent parce qu'il constitue une réaction, non pas aux caractères propres de ce dernier, mais à l'agression en tant que telle. Ainsi peut-on montrer que dans certaines maladies, telles que l'ulcère, la recto-colite, les allergies, etc., la lésion n'est pas tant le fait de l'agent agressif, souvent inoffensif en lui-même (les poussières et pollens dans le cas de l'asthme, par exemple), que d'une réponse inadaptée de l'organisme à l'agression.

Comme endocrinologue, H. Selye souligne principalement le rôle du système endocrinien dans cette réaction à l'agression. Mais R. Leriche avait déjà étudié celui du système nerveux adréno-sympathique, notamment dans l'apparition des désordres vasomoteurs, qui jouent un rôle important dans les états de choc. À sa suite, H. Laborit (5) présente une expérience dans laquelle l'injection combinée de dérivés de la phénothiazine (dont la chlorpromazine) et d'un analgésique central analogue de la morphine, la péthidine, provoque ce qu'il nomme une neuroplégie : une inhibition à la fois centrale et périphérique du système nerveux végétatif, où prédomine l'inhibition hypothalamique. Cette inhibition a pour effet de supprimer la réaction a-spécifique de l'organisme à l'agression : elle est actuelle-

ment utilisée en anesthésie et pour prévenir les effets secondaires du choc opératoire.

La neuroplégie de Laborit permet d'éclairer la signification du « stress » de Selye. La réaction a-spécifique mise en évidence par ce dernier semble dominée, non par des réactions endocriniennes, mais par des réactions adréno-sympathiques. L'agression stimule le système nerveux sympathique, ce qui a pour effet une vasoconstriction au niveau de l'aire splanchnique (organes abdominaux), qui prive ces organes d'approvisionnement sanguin. Ce qui explique que les lésions caractéristiques de la réaction au « stress » prédominent sur l'intestin, le foie, le rein. Au contraire, cette stimulation adréno-sympathique provoque une vasodilatation au niveau des organes de l'autonomie motrice, soit une irrigation du système nerveux locomoteur, des muscles striés, du cœur et des vaisseaux qui les alimentent.

Cette réaction de l'organisme à l'agression a pour fonction de mobiliser les capacités de mouvement chez les animaux évolués dont les espèces ne peuvent se maintenir dans un milieu agressif qu'en faisant disparaître l'agent agresseur ou en le fuyant : elle a pour effet d'interrompre les mécanismes végétatifs (digestion, excrétion, etc.) et d'activer au contraire l'appareil sensoriel et moteur pour la lutte ou la fuite. Préjudiciable à l'homéostasie du milieu interne, ce n'est une réaction de défense que si elle permet de soustraire l'organisme à l'agent causal.

Les lésions au niveau abdominal (ulcères) sont des effets de désordres aigus. Mais H. Selye développe actuellement le domaine des conséquences chroniques de la réaction aux agressions. II a montré jusqu'à présent les relations physio-pathologiques qui lient l'inflammation, les syndromes d'hypertension et de néphrosclérose, les affections cardiaques, telles qu'infarctus et artériopathies coronaires, les artériopathies périphériques. Le système neuro-végétatif y garde, selon Laborit, un rôle prépondérant, mais la lenteur de l'établissement de ces troubles permet d'envisager des facteurs endocriniens, hypophyso-surrénaliens notamment.

Le système neuro-endocrinien supporte les communications à l'intérieur de l'organisme et entre l'organisme et le milieu environnant. Les études d'agressologie tendront sans doute de plus en plus à montrer qu'un facteur d'adaptation de l'organisme aux agressions de l'environnement joue pour une part variable dans toutes les maladies où un facteur endocrinien a pu être décelé. Je pense en particulier à certains cancers où ce facteur est important.

Soulignons que les relations somato-végétatives mises en évidence par H. Selye et H. Laborit dans le syndrome d'adaptation fonctionnent dans deux cas possibles : dans le cas d'une agression de l'organisme par un agent exogène et dans le cas d'une stimulation endogène, qui se présente alors sous une forme correspondant à la notion de besoin. En fait, toute situation d'adaptation associe ces deux ordres

de facteurs, mais dans des proportions variables : en état de besoin (stimulation endogène), un stimulus spécifique (stimulation exogène) déclenche la chaîne des actes spécifiques qui doivent permettre à l'organisme de satisfaire le besoin.

Chez les perruches, par exemple, la seule couleur d'une tache située sur le bec de l'oiseau, bleue chez les mâles, d'un brun orangé chez les femelles, est le signal de la distinction entre les deux sexes. En période de rut, c'est la perception de cette tache qui, si elle est brune, déclenche chez le mâle un comportement de parade sexuelle. Cette chaîne d'actes peut être innée : l'animal a faim, il perçoit un stimulus qui lui signale la présence de sa proie, l'association de ces deux éléments déclenche une conduite de chasse. Elle peut être acquise ou laisser place à des schèmes acquis qui s'intercalent entre les actes innés : un animal utilise toujours les résultats d'expériences vécues antérieurement pour adapter sa réponse aux stimuli de l'environnement.

L'étude de l'homme montre cependant que l'apparition d'un besoin donné ne suscite pas chez lui un comportement aussi spécifiquement approprié à sa satisfaction que chez l'animal. La vie en société contraint l'homme à gagner sa nourriture en accomplissant un travail qui a rarement un rapport direct avec l'obtention de cette nourriture par la chasse ou la cueillette. Les besoins sexuels autour desquels s'organise l'équilibre de la société chez les animaux, sont réprimés chez l'homme, orientés vers des objets culturels, qui montrent que ces besoins ont une certaine plasticité, que leur satisfaction n'est pas aussi soumise que chez l'animal à la recherche d'un objet spécifique.

Un problème se pose donc dans l'application à l'organisme humain des notions d'adaptation et d'inadaptation, car le besoin semble chez l'homme insatisfait par nature : toute réponse qui y est apportée laisse un manque par lequel se révèle la dimension humaine du désir. Soumis à l'agression endogène induite par ce manque, l'organisme humain présenterait donc une sensibilité plus grande aux maladies de l'adaptation.

LE PROBLÈME DE L'ADAPTATION CHEZ L'HOMME

L'organisation et la différenciation du système nerveux tendent avec l'évolution des organismes à une complexité croissante. Les animaux les plus évolués présentent de ce fait une aptitude à l'acquisition plus grande que les animaux les plus simples. Or, K. Lorenz (7) estime que deux chaînes de comportement, l'une innée, l'autre acquise, visant le même objet ne peuvent coexister chez un même individu. L'augmentation de l'importance du bagage acquis chez les mammifères supérieurs va donc de pair avec une diminution du rôle de l'instinct. Les conduites ritualisées, déclenchées sur apparition d'un stimulus approprié et

adaptées à la satisfaction du besoin correspondant sont plus rares à mesure que les organismes deviennent plus complexes et doivent s'adapter à un milieu plus riche en événements imprévisibles.

Dans le passage des singes les plus évolués à l'homme, les modifications considérables qu'on peut observer dans les comportements ont été permises par le développement particulier qu'a connu le cerveau du fait d'un processus biologique particulièrement effectif chez l'homme, à savoir le processus de néoténie. Ce processus de néoténie, c'est-à-dire la persistance, temporaire ou permanente, de formes fœtales au cours du développement de l'organisme, manifeste bien sûr ses effets les plus importants dans l'inachèvement du cerveau humain à la naissance. Le cerveau du fœtus de singe se développe rapidement avant la naissance : il atteint 70 % de sa taille définitive au moment où l'animal naît, et le jeune chimpanzé achève sa croissance cérébrale dans l'année qui suit sa naissance. L'homme possède au contraire à la naissance un cerveau qui n'a que 23 % de sa taille définitive. La croissance se poursuit rapidement dans les années qui suivent la naissance mais elle ne s'achève que vers la vingt-troisième année, soit une dizaine d'année après la maturité sexuelle, alors que pour le chimpanzé elle s'achève six ou sept ans avant que l'animal ne devienne apte à la reproduction.

Cette maturation cérébrale retardée permet que le cerveau humain atteigne en définitive une taille bien supérieure à celle du cerveau des primates et intègre les données de l'expérience acquise au cours d'une enfance relativement plus longue chez l'homme que dans toute autre espèce animale. A contrario, les conduites innées sont chez le nouveau-né celles qui font le plus évidemment défaut. Alors qu'un autre mammifère sait généralement d'instinct, dès après sa naissance, comment et où se diriger pour téter sa mère, l'enfant est à ce point désarmé que sa mère doit lui présenter elle-même le sein et guide tous ses gestes. L'éthologie humaine et la psychologie génétique révèlent que le bagage des schèmes de comportements innés est particulièrement faible chez l'enfant à la naissance: les réponses qu'il peut offrir aux stimuli de l'environnement se limitent pratiquement au réflexe de succion et au cri.

La prise en compte de cette prématuration biologique du nouveau-né implique un élargissement des perspectives dans l'application à l'homme des résultats des expériences d'agressologie sur des animaux. À la naissance, le bébé passe d'un état où tout lui est fourni sans effort à un nouvel état qui, sans transition, le contraint à un bouleversement total de son mode de vie et à l'obligation d'une vie autonome dans des domaines tels que la respiration ou la circulation. La naissance se présente comme une agression : l'enfant a faim, soif, froid, etc. mais aucune chaîne

d'actes innés, aucune conduite instinctive ne lui permet de se soustraire à cet agent agresseur. Le cri est le seul procédé, a-spécifique, de décharge de la tension qui se présente spontanément à lui.

Cette inadaptation du nouveau-né à cet événement définit donc la naissance comme un « stress » au sens de H. Selye, ou comme un traumatisme au sens de psychanalystes tels que 0. Rank (10). Seule l'intervention de la mère permet à l'enfant d'obtenir l'objet (le sein ou le biberon) qui, en déclenchant le réflexe de succion, se révèle comme ce qui permet la satisfaction du besoin. Mais cette intervention préfigure la dépendance de l'enfant, qui devra placer dans cet objet et dans la médiation d'autrui la clé de sa résistance physique et mentale aux problèmes d'adaptation.

La prématuration biologique de l'enfant à la naissance se traduit dans le comportement du nouveau-né par une forme de prématuration psychique, de « manque » sensible à trois niveaux au moins : dans la chaîne des actes innés qui devraient spécifiquement permettre la satisfaction du besoin, dans l'objet qui devrait être reconnu comme stimulus déclencheur de cette chaîne d'actes et, par suite, dans la reconnaissance de la nature exacte du besoin lui-même.

a) L'homme à sa naissance présente un défaut fondamental dans le montage des schèmes de conduites nécessaires à la satisfaction du besoin. La motricité instinctive se limite chez le nouveau-né à un certain nombre de réflexes archaïques globaux. Il faudra attendre plusieurs mois avant que l'enfant commence à se déplacer par lui-même et puisse ainsi atteindre les objets susceptibles de satisfaire le besoin qui aura déclenché le déplacement. Le cri et le réflexe de succion se présentent à la naissance comme les seules possibilités innées de réponse du bébé aux sollicitations de son environnement ou aux modifications du milieu interne de son organisme.

b) Le nouveau-né ne reconnaît pas non plus d'instinct les caractéristiques morphologiques de l'objet qui est susceptible de jouer le rôle de stimulus déclencheur de tel de ces schèmes innés de conduite. Initialement, seule la sensibilité intéroceptive (digestive, urinaire, etc.) est développée, la sensibilité proprioceptive (sens des postures et du mouvement) s'y ajoute rapidement, la sensibilité extéroceptive n'apparaît qu'en dernier : pendant les six premiers mois, la vision et l'audition qui devront primer par la suite parmi les organes des sens, restent médiocres.

Les études psychanalytiques montrent que, par la suite, ce sont les caractéristiques morphologiques de l'objet, du signal déclencheur qui sont ce qu'il y a de moins déterminé dans la mise en route de tel ou tel comportement chez l'adulte. En ce qui concerne le comportement sexuel, en particulier, les goûts varient considérablement d'un individu à l'autre dans les critères retenus pour reconnaître l'objet

comme signal et la clinique des perversions sexuelles montre que les possibilités ne se limitent pas au choix d'un partenaire de la même espèce et de sexe complémentaire. En d'autres termes, le besoin chez l'homme n'a pas d'objet prédéterminé et, par suite, tend à ne se satisfaire que difficilement de tel ou tel objet particulier. Les caractéristiques de l'objet doivent par ailleurs être acquises au cours d'une éducation, qui passe par la médiation d'autrui. Ces qualités introduisent le besoin à la dimension humaine du désir.

Ainsi, ce n'est que progressivement que le sein maternel ou la tétine du biberon s'impose comme l'objet spécifique par lequel l'enfant peut satisfaire le besoin qu'il ressent comme le plus pressant, la faim. Peu à peu, à mesure que la sensibilité s'affine, le visage de la mère associé au sein ou au biberon, puis sa personne tout entière deviennent le signal qui déclenche le comportement appétitif de l'enfant. De même, ce n'est que progressivement que le cri, originellement orienté vers la décharge a-spécifique de la tension, mais interprété par les parents comme un appel, devient un moyen pour l'enfant de réclamer et d'obtenir l'objet en question.

c) Cette indétermination congénitale, à la fois dans la chaîne des conduites qui devraient permettre la satisfaction des besoins et dans les caractéristiques morphologiques des objets qui devraient déclencher ces conduites, pousse à douter que l'enfant à la naissance sache distinguer jusqu'à la nature elle-même de ses besoins les uns par rapport aux autres. La sensibilité du nouveau-né étant peu développée, les psychanalystes font l'hypothèse que les sensations qui caractérisent normalement tel ou tel besoin sont originellement indifférenciées, le désagrément causé par la faim se mêlant à celui que cause la soif, le froid, etc. en une excitation corporelle unique. Incapable de distinguer le dedans du dehors, l'enfant confondrait également sensations intéroceptives, proprioceptives et extéroceptives. Le même objet se présenterait donc à l'enfant comme susceptible de satisfaire tous les besoins à la fois. Et le plaisir de manger ou de boire se confondrait avec le plaisir de voir ou d'entendre l'objet signalant la nourriture. Nous trouvons en cela une explication possible de cette faculté qu'a l'homme, plus que tout animal, de tirer satisfaction de la représentation de l'objet comme de l'objet lui-même.

LE DÉVELOPPEMENT DES IDENTIFICATIONS IMAGINAIRES

L'évolution de l'enfant pendant les premières années de la vie est guidée par la nécessité d'élaborer des solutions adaptatives à cette situation où le place sa prématuration comportementale. Le cri, l'hypertonie musculaire, ou, au contraire, le sommeil, sont les premières formes de réponses par lesquelles, en l'absence d'intervention extérieure apaisante, la douleur s'oublie, soit dans le bruit, soit dans le silence.

Bruit et silence sont à entendre ici dans le sens qu'ils ont en théorie des communications, à savoir, dans un cas, comme le noyage ou brouillage de l'information sensorielle douloureuse, et dans l'autre, comme son interruption. Le sommeil de l'enfant n'est pas vide, cependant, puisque l'activité cérébrale enregistrée durant ces périodes semble indiquer qu'il « rêve » beaucoup. Je place le verbe rêver entre guillemets car nous ne pouvons pas le vérifier en le lui demandant. Mais l'hyperactivité cérébrale de l'enfant pendant le sommeil, comparable à celle de l'adulte quand il rêve, semble confirmer l'idée que l'enfant est pris à ces moments dans des jeux de représentations psychiques dont nous pouvons supposer qu'ils ont une fonction de satisfaction substitutive des besoins non satisfaits pendant la veille. C'est là la fonction que la psychanalyse attribue au rêve. Mélanie Klein suppose que ces jeux de représentations sont une hallucination du sein maternel.

Les effets de cette possibilité qu'a l'enfant de se satisfaire de représentations vont se traduire par son identification imaginaire, puis symbolique à ces représentations. Au départ, il est donné au cri de l'enfant une réponse essentiellement alimentaire, sous la forme du sein ou du biberon. Mais, assez rapidement, le seul contact physique avec le corps de l'adulte, puis la seule présence physique de ce dernier sous son regard, lorsque la vision se précise, procurent à l'enfant une satisfaction comparable à celle de la tétée. L'arrêt du cri et l'apparition du sourire à la vue d'un des deux parents en sont l'indice. Une représentation, celle du corps de l'autre, répond donc ici à la même fonction que l'ingestion alimentaire. On peut dire et il n'est pas sûr que ce soit une simple métaphore, que l'enfant mange l'autre du regard, expression qui correspond en psychanalyse à la notion d'identification primaire orale. L'enfant, encore mal défini comme sujet, colle imaginairement à la représentation d'un objet encore mal défini comme objet, phénomène qu'il faut comprendre dans une perspective biologique comme un processus a-spécifique par lequel l'organisme de l'enfant répond à sa situation d'inadaptation à l'environnement, situation qui serait autrement facteur de désordres organiques graves.

Les éthologistes montrent qu'une telle relation entre deux individus existe dans d'autres espèces animales et qu'elle va jusqu'à la fascination de l'un par l'image de l'autre. L'individu pris dans cette fascination imaginaire imite son modèle dans ses moindres mouvements et le suit dans ses moindres déplacements. Cette fascination existe en particulier chez les petits à l'égard de leur mère. Les conditions dans lesquelles survient ce phénomène dans les cas du mimétisme animal et du grégarisme indiquent bien qu'il s'agit là d'une réaction a-spécifique à une stimulation endogène ou exogène pour laquelle l'individu ne dispose pas de réponse spécifique. Ce processus archaïque se présente comme l'ultime réponse adaptative de l'organisme à

une agression, faute de quoi la réponse neuro-végétative de l'organisme à cette agression, au lieu de se traduire dans un comportement, se réaliserait dans le corps sous la forme d'une somatisation.

II existe, bien sûr, une contradiction inhérente à ce processus, contradiction qui va appeler un dépassement : quand le corps de l'autre est absent, alors s'en fait sentir le manque. Or, la fonction du rêve et de l'hallucination mise en valeur par la psychanalyse semble bien indiquer que, dès le départ, la représentation étant en elle-même source de plaisir, elle a la faculté de se décoller de son support réel, de sorte que l'enfant puisse la reproduire indépendamment de la présence physique de ce support, notamment au cours du sommeil.

Cette coupure entre la représentation et son objet, entre l'imaginaire et le réel de la chose, est le prototype de cette fente (Spaltung, au sens de Freud) qui va la répéter entre signifiant et signifié, entre symbolique et imaginaire. Elle permet que les représentations puissent jouer entre elles en fonction de relations formelles propres, indépendantes de la réalité de ce qui est représenté. Un corps peut en représenter un autre parce qu'ils ont les mêmes caractéristiques de forme qui les définissent comme des corps.

Cette plasticité des représentations et leur importance comme solution adaptative permet que s'effectue la reconnaissance de l'image de soi dans le miroir, indice de ce que J. Lacan a décrit comme la formation du moi par identification à l'image de l'autre (6). Ce sont les trois moments du « stade du miroir »

– Au départ, l'enfant éprouve de la satisfaction à regarder l'image de l'autre, ce qu'indique sa jubilation, exactement comme il en éprouvait à ingérer le produit du sein maternel c'est-à-dire, pour lui, à ingérer le sein maternel lui-même, qu'il ne distinguait pas à ce moment de son contenu. Cette fascination par l'image équivaut par ses retentissements psychiques et somatiques à une incorporation orale de la mère, sur un mode cannibalique, soit également à une forme d'identification imaginaire de l'enfant à l'autre. Placé devant son image dans le miroir, l'enfant manifeste la même jubilation.

– Dans un second temps, les possibilités de discrimination de l'enfant s'étant accrues, celui-ci tend à ne plus réagir devant son image dans le miroir, qu'il reconnaît n'être qu'une image sans support réel. II préfère s'intéresser aux personnes elles-mêmes qui l'entourent, qu'il distingue de leurs simples reflets.

– Enfin, il reconnaît que l'image dans le miroir lui renvoie, en fait, la forme de son propre corps et recommence à s'intéresser à elle. Cet aboutissement du stade du miroir est fondamental. II oblige l'enfant à reconnaître qu'il a un corps propre, distinct de celui de sa mère, ce qui constitue en soi une expérience désagréable qui le sépare de l'image maternelle à laquelle il s'était identifié, mais lui permet également de ne plus dépendre de la pré-

sence physique de sa mère ou d'autrui en général puisqu'il peut ainsi retrouver en permanence dans la contemplation de l'image de son propre corps la satisfaction éprouvée au contact de l'image d'autrui. Cette identification du sujet à sa propre image perçue comme extérieure à lui-même est la souche et la première ébauche de ce qui sera le moi. Elle est le modèle de ce que seront les identifications secondaires ultérieures du sujet à ses rôles familiaux et sociaux. En même temps, elle situe le moi comme une image d'autrui, en particulier comme une image du corps de la mère : c'est cette aliénation qui supporte chez l'homme le dialogue intérieur entre le sujet et son moi, posé comme « alter ego ».

L'effet de cette reconnaissance de l'image de soi, effet dont la jubilation de l'enfant est l'indice, est de permettre au sujet de se satisfaire de la représentation qu'il a de lui-même de la même façon qu'il se satisfait de la représentation d'autrui. Le narcissisme remplit donc, dans le prolongement de l'identification imaginaire à l'autre, une fonction unifiante de défense contre l'éclatement du corps dans la somatisation.

Une nouvelle contradiction se présente cependant à ce niveau du développement des identifications imaginaires: l'image de soi opérant comme substitut de l'image de l'autre, le désir du sujet et celui de cet autre restent encore confondus. Je dois être tout pour lui et il doit être tout pour moi : ce qu'indique l'attachement de l'enfant à la présence permanente d'un au moins de ses parents, en général la mère. Les absences épisodiques du père et de la mère lui signifient bien, pourtant, qu'il n'est pas tout dans leur désir et que l'objet de ce dernier est ailleurs. La mère, qui dans notre société reste encore celui des deux parents qui est le plus souvent au foyer, parle à l'enfant de personnes tierces, du père en particulier, révélant par là qu'elle est elle-même suspendue à la quête d'un objet qui n'est pas l'enfant. Contraint par la nécessité dans laquelle il est lui-même de préserver une représentation de soi qui adhère imaginairement à la représentation du corps de l'autre, l'enfant ne peut que s'engager à son tour dans la poursuite de cet objet du désir de l'autre, objet auquel il cherchera à s'identifier chaque fois qu'il croira le reconnaître.

NÉCESSITÉ ET INCIDENCES BIOLOGIQUES DE L'IDENTIFICATION SYMBOLIQUE

Le développement des identifications imaginaires s'effectue, comme on voit, sous la contrainte qu'il y a à dépasser les contradictions qui leur sont inhérentes. Celles-ci tiennent à cette propriété du fonctionnement imaginaire des représentations, qui est de réaliser une forme d'agglutination entre le sujet et une représentation-objet. Cette agglutination tient lieu de réponse adaptative à la situation créée par la prématuration de l'organisme humain à la naissance.

Mais elle pose la question du sujet lui-même, qui ne peut s'assumer comme tel sans se différencier de l'objet et qui, cependant, ne peut faire ce deuil de l'objet sans menacer de se détruire lui-même. La quête par le sujet de l'objet du désir de l'autre, qui l'introduit au stade imaginaire du complexe d'Œdipe, ne fait que déplacer la contradiction et appelle à un nouveau dépassement, sous la forme d'une identification à un représentant qui consacre le deuil de l'objet : l'identification symbolique.

Dans un premier temps, l'enfant croit reconnaître dans la personne du père l'objet du désir de la mère et vice-versa. Cette reconnaissance appelle une identification imaginaire à la forme totale de la personne d'un des deux parents pour séduire l'autre. C'est cette identification à l'autre (au père comme homme de la mère ou à la mère comme femme du père) que je crois reconnaître dans les cas de conversion décrits par Breuer et Freud (12). Cette identification est frappée d'impossibilité par sa nature paradoxale : elle suppose à la fois une forme d'amour fasciné pour l'image de cet autre de l'autre et sa destruction par incorporation cannibalique imaginaire, car il est celui dont il faut prendre la place dans le désir de l'autre. Ce conflit, qui correspond au résumé vulgarisé du complexe d'Œdipe : « Tuer le père pour coucher avec la mère», n'a évidemment pas de solution possible dans le registre de l'imaginaire, puisque aucun des deux parents ne saurait être éliminé physiquement. L'un des deux le serait-il, qu'il ne serait pas pour autant, même mort, évacué de la place qu'il détient dans le désir de son conjoint. L'ambivalence, qu'on retrouve dans tout phénomène névrotique en clinique psychanalytique, se présente comme l'effet sur le comportement et dans le discours des deux termes de cette contradiction qui s'expriment simultanément alors qu'ils ne sont pas conciliables. Le caractère insoutenable des positions ambivalentes répond à l'impossibilité d'assumer l'identification imaginaire à l'autre de l'autre. Cette crise de l'imaginaire appelle donc un dépassement radical, sous forme d'un saut dans un registre différent, celui du symbolique.

L'identification symbolique se présente en termes psychophysiologiques comme une réponse adaptative, car elle permet de dépasser les contradictions inhérentes aux identifications imaginaires. Elle est introduite par la reconnaissance de la différence des sexes, c'est-à-dire par la reconnaissance par l'enfant de l'asymétrie des rapports entre ses deux parents. Aucun des deux parents n'est en principe en quête de l'autre pour lui-même (si c'était le cas, leur amour se suffirait à lui-même et ils n'auraient pas d'enfants). Chacun d'eux est engagé dans la quête désirante d'un objet que l'autre ne fait que représenter: la femme comme étant supposé l'avoir. Cette définition du rapport des sexes à l'objet du désir révèle la dimension particulière de la communication humaine qui,

sous sa forme la plus transparente, celle de l'échange des femmes dans les sociétés primitives, fait des hommes les agents d'un échange dont les femmes sont les objets. Cet objet du désir, l'enfant en recherche le représentant dans les attributs du père. Ses attributs imaginaires, d'abord, ceux qui le différencient le plus apparemment de la mère : sa pipe, sa cravate, les clés de contact de la voiture familiale, selon les cas, et le pénis qui est ce que, le plus radicalement, au niveau de l'image du corps, le père a et la mère n'a pas. Premier repérage à partir duquel l'enfant peut se situer sexuellement.

Mais ce représentant de l'objet du désir, que son rapport avec la différence des sexes permet de désigner sous le terme de phallus, ne se réduit pas à un objet particulier, serait-il le pénis, puisqu'un pénis, l'enfant peut bien en avoir un, si c'est un garçon, sans qu'il lui permette pour autant de séduire sa mère. Le phallus ne se manifeste qu'incomplètement dans les objets dits « phalliques » qui signalent la différence des sexes. C'est plus subtilement qu'il révèle ses effets dans tous les comportements et, surtout, les discours qui, pour une société donnée, différencient l'homme de la femme. Ce caractère inarticulable du représentant phallique de l'objet du désir, caractère qui fait qu'il ne peut à son tour jamais être que représenté, est précisément ce qui permet au système des représentations humaines de se dégager de la glu des associations imaginaires.

En effet, à partir de ce repérage culturel, symbolique, de la mère représentant l'objet de son désir comme étant supposée l'être et du père le représentant comme étant supposé l'avoir, l'enfant peut s'identifier à eux symboliquement, c'est-à-dire sur un mode qui reconnaît à l'objet son altérité véritable, puisqu'on peut l'avoir sans l'être. Ainsi se trouve dépassé l'attachement imaginaire, empreint de rivalité, à l'objet du désir. Le sujet accepte de nouer son désir propre à la poursuite d'objets qui ne représentent que symboliquement, arbitrairement, l'objet du désir de l'autre, ce qui, par là-même, libère son désir de sa confusion avec le désir de l'autre. Il ne cherche pas à être son père pour sa mère ou sa mère pour son père, mais un père ou une mère entre autres, un homme pour une femme ou une femme pour un homme. Figuration symbolique qui n'est qu'une représentation dans tous les sens du terme, puisqu'il la joue pour un autre qui n'est lui-même qu'un représentant, auquel il adresse ou à qui il demande des objets qui ne sont eux aussi que des représentants. Ces objets peuvent être si arbitraires que dans leur forme la plus abstraite, ils ne sont précisément que les signifiants de la langue, situant alors le phallus comme signifiant de la signification. À ce point, tout ce qu'on échange, tout ce qu'on cherche chez l'autre ou qu'on a à lui donner, ce sont des mots.

L'identification symbolique frustre fondamentalement le désir du sujet et consacre son insatisfaction définitive.

En faisant le deuil de l'objet, le sujet éternise cet objet dans ses représentants et, en particulier, dans son discours. Mais le caractère symbolique de ces représentants donne à toute parole un caractère de leurre. Tout énoncé, par le seul fait qu'il pose un je et un tu différenciés, répète, là même où tente de s'instaurer la communication, la distance radicale que le symbolique introduit entre le sujet et l'autre. Le sujet parlant ne peut jamais se savoir entendu que par la représentation qu'il a d'autrui, par le rôle ou la fonction que lui assigne son énoncé au moment où il l'émet. Son désir est donc contraint d'emprunter les défilés d'une parole qui se répète indéfiniment à mesure qu'elle manque son objet.

Mais cette symbolisation, en dégageant le sujet de l'emprise imaginaire de l'objet, de la confusion dans le désir de l'autre, évite par contre que la perte, réelle ou imaginaire, de cet objet pose un problème d'adaptation, source de déséquilibres organiques possibles. Autrui peut disparaître car le sujet en a déjà fait le deuil et la représentation qu'il a de lui, l'autre symbolique dans lequel son discours l'a enfermé et auquel il s'adresse demeure autant que son discours lui-même. C'est ce qui rend possible que la perte physique d'une personne aimée soit compensée par la reproduction avec d'autres qu'elle des comportements adoptés primitivement à son égard. Possibilité qui est d'autant plus grande que ces comportements sont plus symboliques, plus proches des modèles culturels acceptés de tous.

Au contraire, l'altération, d'une façon ou d'une autre, de cette fonction symbolique implique une persistance du sujet au stade des identifications imaginaires. Le sujet reste alors prisonnier de ses identifications à des autres particuliers : son père, sa mère, un de ses grands-parents, dont il cherche à reproduire des attributs précis, qui ont valeur de signes. Le caractère insoutenable de ces identifications, l'épuisement du sujet à réaliser un désir qui n'est pas le sien font le lit de la somatisation.

LA SOMATISATION COMME ÉCHEC DE LA SYMBOLISATION

L'accès au symbolique a pour effet de donner au sujet sa dimension humaine. Mais cette accession se fait à respecter un principe : que le sujet ne soit pas pris dans le désir de l'autre au point de ne pouvoir se dégager de ses identifications imaginaires.

La clinique psychanalytique des psychoses révèle des situations familiales dans lesquelles un des deux parents, en général la mère, rejette l'autre comme représentant de l'objet de son désir. En évacuant le père de son discours, la mère révèle à l'enfant que sa place dans son désir est à prendre. Le père ne peut plus représenter pour l'enfant d'intérêt en tant que support possible d'une identification symbolique. L'enfant reste alors prisonnier d'une identification imaginaire à la forme to-

tale du corps de sa mère. Pris dans le désir de cette dernière, il est menacé dans son individualité et son discours lui-même, dans lequel il échoue à se reconnaître pleinement comme sujet, refuse l'élaboration symbolique et se laisse conduire par les associations d'images phoniques ou visuelles (cf. le néologisme dans la schizophrénie).

La clinique psychosomatique semble révéler des situations comparables. Cependant, il ne semble pas que, comme dans la psychose, l'autre du sujet rejette aussi nettement la loi que figure pour son désir la présence de son conjoint. Nous sommes souvent en présence de milieux familiaux apparemment très unis, où chacun des deux parents écoute l'autre et reprend le discours de l'autre dans son propre discours. La loi symbolique représentée par l'autre manifeste donc ici ses effets, ce que confirme l'observation commune que les malades psychosomatiques sont très rarement fous, bien au contraire.

Par contre, la clinique des lésions psychosomatiques révèle bien une identification imaginaire au corps de l'autre. Il semble que ces lésions soient la trace dans le corps du sujet d'une identification « introjective » par laquelle ce dernier assume le corps de l'autre. Elles répondraient alors par complémentarité, de la part de cet autre, à une identification « projective » par laquelle l'autre ferait du corps du sujet sa chose, un organe de son propre corps. C'est pourquoi nous supposons que le discours que cet autre tient au sujet a une structure perverse, en ce sens qu'il manifeste une volonté de l'autre de jouir du corps du sujet. Volonté qui se traduirait, par exemple dans le cas de la mère, par un respect apparent de la parole du père, qui serait effectivement reprise et présentée comme énoncé de la loi à l'enfant, contrairement à ce qui se passerait dans la psychose, mais qui serait manipulée de façon, pour la mère, à jouer du savoir qu'elle détiendrait ainsi sur les rapports de son enfant à la loi.

Nous rencontrons en effet fréquemment, chez les malades organiques avec qui nous nous entretenons, les effets d'un discours parental qui pourrait se résumer ainsi, par exemple de la part de la mère: « Je respecte et j'aime ton père pour quelque chose qu'il est censé avoir, bien que, par ailleurs, j'affirme qu'il est manquant de ce quelque chose ». Le contenu paradoxal de cet énoncé, qui est l'indice de la propre ambivalence de la mère vis-à-vis de la loi qui commande son désir, empêche que l'enfant puisse reconnaître son père comme représentant de la loi qui commande le sien. Le sujet reste ainsi écartelé entre une identification symbolique au parent de même sexe et des identifications imaginaires à l'objet du désir de l'autre, à savoir, très souvent, aux parents de ses parents, et plus particulièrement à la mère de sa mère.

Le caractère insoutenable de ces identifications imaginaires empêche que la représentation qu'a le sujet de son corps propre et du corps de l'autre

puisse fonctionner comme processus d'adaptation au vécu du manque qui est le propre de l'homme. La disparition physique du modèle identificatoire, le rappel imaginaire de cette disparition ou la menace imaginaire d'une séparation d'avec lui induisent des situations de tension, au sens de Selye, auxquelles le sujet ne peut répondre dans un premier temps que par un épisode dépressif ou par la reproduction hallucinatoire de la représentation de l'objet perdu. Nous avons en effet constaté de tels épisodes dans le passé récent de patients atteints de maladies organiques, de cancer en particulier. Mais l'inscription du sujet dans l'ordre symbolique, inscription qui fait défaut au psychotique, empêche que ces épisodes puissent durer, sous la forme d'une psychose structurée. Leur rémission laisse alors un vide dans la représentation et c'est de ce moment qu'on peut dater le début du processus de somatisation.

L'organe d'élection de la maladie n'est pas indifférent, comme le souligne J. Guir à propos des lésions psychosomatiques et comme je crois le remarquer à propos du mécanisme de conversion dans les cas décrits par Breuer et Freud. La localisation corporelle semble signaler, par une sorte de mimétisme, l'impossible identification du sujet à l'autre de l'autre : le sujet est atteint à un endroit de son corps qui correspond sur le corps de l'autre à un endroit menacé par une altération réelle ou imaginaire. La façon dont s'opère cette identification dans le réel du corps, l'articulation biologique de ce mimétisme à l'identification imaginaire à l'autre posent un problème qui n'a pas encore reçu de réponse.

Dans la situation de confusion imaginaire qui caractérise les relations du sujet à l'autre, le sujet est menacé par les atteintes réelles ou imaginaires au corps de l'autre comme s'il s'agissait d'atteintes à son propre corps. Contraint d'assumer le désir pervers de l'autre, c'est-à-dire la castration irrésolue de cet autre, le sujet est logiquement amené à produire dans son propre corps quelque chose qui doive colmater les failles du corps de l'autre, c'est-à-dire, en termes psychophysiologiques, à répondre par un syndrome local d'adaptation en un lieu de son corps propre à un agent agresseur qui agresse en fait le corps de l'autre à cet endroit.

Sans doute, l'identification imaginaire, parce qu'elle est une identification qui permet au sujet d'appréhender la maîtrise de son corps à un moment où le schéma corporel n'est pas encore achevé au niveau neurologique, laisse-t-elle des traces précisément à ce niveau. Par la suite, le schéma corporel inclura l'information d'une faiblesse particulière à tel ou tel organe. En cas d'agression de l'organisme, au sens de Laborit, la persistance de cette information en provenance des régions du cerveau responsables de la sensibilité intéroceptive et proprioceptive aura pour effet de mobiliser inégalement les défenses immunologiques de l'organisme.

On peut rapprocher cette question du choix de l'organe de la notion de zone érogène. La zone érogène est une trace dans le corps d'un contact particulier physique ou imaginaire avec autrui. Son apparition en un lieu du corps est liée à l'histoire des rapports du sujet à l'autre, et les effets de cette histoire sont corporels : au niveau de la zone érogène se produisent des modifications neurologiques qui ont été peu étudiées ; l'innervation, en particulier, y est plus riche. Ces modifications permettent à ces zones d'être le lieu privilégié d'une décharge de la pulsion. Or, les processus identificatoires imaginaires éveillent des pulsions qui n'ont pu être liées à des représentations de désir par l'accession au langage. II est possible de parler de l'organe de la maladie comme d'un lieu de décharge de la pulsion qui n'a pu s'exprimer par sa liaison à un représentant.

L'organe atteint se présente comme une partie du corps du sujet qui a été investie par le désir de l'autre, puisque c'est ce même organe qui désigne le personnage auquel cet autre est resté attaché et à qui le sujet s'identifie. Dans certains cas, on comprendra que l'organe atteint, comme la zone érogène, puisse renvoyer au contact avec l'autre, à l'identification imaginaire du sujet à son image dans le miroir : certaines maladies sont l'effet d'une brisure dans le narcissisme du sujet; une affection de l'oeil peut avoir été déclenchée par la rencontre orageuse avec une personne étrangère qui portait le prénom de sa mère ou un nom l'évoquant, etc.

C'est à quoi répondent les incidences du symbolique, qui introduit l'ordre dans l'imaginaire en distinguant le sujet de son image dans le miroir. L'identification symbolique s'étaye sur la formation du moi par identification du sujet à l'image de l'autre, mais elle assure aussi au sujet son identification en lui faisant reconnaître qu'il ne s'agit précisément là que d'une image, distincte de lui. C'est pourquoi, en particulier, toutes les sociétés humaines imposent à leurs membres de distinguer leur droite de leur gauche, notamment par l'énoncé de valeurs qu'elles associent de façon antagonique à la droite (côté positif) et à la gauche (côté négatif) : le sujet distingue ainsi son reflet dans le miroir, qui de ce point de vue est inversé. J'ai supposé, à la lecture de cas décrits par Breuer et Freud, que ce problème de la latéralité pouvait avoir une incidence dans le choix de l'organe atteint par la conversion.

À ce stade de notre développement théorique, nous pouvons poser une hypothèse sur les différences, du point de vue étiopathogénique, entre somatisation fonctionnelle (symptômes de conversion) et somatisation lésionnelle (maladies psychosomatiques proprement dites). Si la distinction clinique entre conversion et lésion psychosomatique s'impose aisément, la distinction théorique reste souvent difficile à établir. Il semble que, du point de vue des processus identificatoires à l'œuvre dans ces deux formes de somatisation, la conversion corresponde à une identi-

fication du sujet à l'un des deux parents pris comme autre de l'autre parent. J'ai cru relever dans les cas décrits par Breuer et Freud et dans quelques observations personnelles de symptômes de conversion un lien entre le symptôme et une identification à un des deux parents. Tandis que dans les entretiens que j'ai avec des cancéreux, c'est le modèle de l'identification à un des parents de ces parents qui prédomine.

L'impossible identification imaginaire à l'autre de l'autre se superposerait dans le cas de la conversion aux identifications œdipiennes classiques aux parents, ce qui rendrait compte

- du rapport plus étroit que dans les lésions organiques entre le symptôme de conversion et une symptomatique névrotique particulière (comme dans l'hystérie de conversion),

- de la moindre gravité du symptôme de conversion ou du trouble fonctionnel par rapport à la lésion psychosomatique (dans laquelle ce sont les tissus et non les fonctions qui sont altérés) ; moindre gravité qui répondrait à un attachement moins prononcé des parents à leurs parents à eux (les grands-parents du sujet), puisque chacun des parents du sujet se présenterait de façon plus nette pour son conjoint comme le représentant de l'objet de son désir.

CONCLUSIONS

Dans leurs rapports à la somatisation, abordée comme effet d'une situation d'inadaptation essentielle chez l'homme, les processus identificatoires se présentent comme une tentative de l'organisme humain de répondre à son manque par son identification à une représentation, soit en d'autres termes par une liaison de la pulsion à une représentation. La symbolisation éternise cette fonction leurrante des représentations, tout en garantissant que la pulsion qui s'y trouve associée ne puisse s'en dissocier et se convertir, au sens de Freud, dans le corps.

Le concept d'identification dans ses rapports à la somatisation se présente comme un outil théorique d'une grande pertinence, car il permet d'articuler nos observations de clinique psychosomatique, abordée sous l'angle de la théorie psychanalytique, à certaines données épidémiologiques, abordées quant à elles dans une perspective anthropologique.

C'est ainsi que dans l'approche des maladies cancéreuses, l'épidémiologie de certains cancers semble révéler un problème d'identité culturelle. On sait, par exemple, que les femmes porteuses de tumeurs malignes du sein ont eu des premières règles plus précoces et une ménopause plus tardive et ont eu leur premier enfant à un âge plus avancé que la moyenne des femmes. Celles qui ont un cancer du col de l'utérus ont eu leur première expérience sexuelle plus tôt que les femmes de groupes témoins, elles ont davantage de partenaires sexuels, elles sont plus nombreuses que les femmes des groupes témoins à s'être mariées avant

l'âge de vingt ans et elles sont aussi plus nombreuses à avoir divorcé. En dehors des effets physiques directs que ces comportements peuvent avoir sur l'organisme, on ne peut manquer d'observer qu'ils sont l'indice d'un problème culturel sous-jacent, à savoir la non-conformité d'un nombre croissant de femmes au modèle culturel de leur identité qui leur est imposé par la société : celui d'épouse et de mère. Des remarques analogues pourraient être faites à propos d'autres types de maladies, telles que l'ulcère et le cancer gastriques, qui se présentent avec une fréquence significativement plus élevée dans des populations qui subissent un changement culturel important (au Japon, dans les populations migrantes, dans les classes sociales plus défavorisées, etc.).

On peut présumer que l'approche psychosomatique, notamment à travers l'étude des rapports entre identification et somatisation, devrait dans l'avenir éclairer d'un jour nouveau certaines données épidémiologiques comme l'importance des maladies dégénératives dans les sociétés modernes. Ces données rendent peut-être compte de ce que les maladies dites de civilisation sont l'effet d'un changement culturel propre à nos sociétés qui bouleverse les repères identificatoires communs à un groupe social et nécessaire à la communication entre ses membres.

R ÉSUMÉ

Certaines observations de clinique psychosomatique révèlent les processus identificatoires particuliers dans lesquels sont pris les sujets présentant un symptôme de conversion ou une lésion organique. Cet article se propose de rendre compte de ces observations d'un point de vue théorique, en dégageant les articulations possibles entre des concepts psychanalytiques tels que celui d'identification et des concepts physiologiques tels que celui de stress. Les processus identificatoires chez l'homme manifestent son inadaptation essentielle à la situation traumatique créée par la naissance, en même temps qu'ils se présentent comme une réponse à cette situation.

Mots-clés : Psychosomatique, somatisation, identification, symbolique, imaginaire.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ESTRABAUD (M.), GUIR (J.) : A propos d'un cas de recto-colite ulcéro-hémorragique chez une petite fille : réflexions sur les phénomènes psychosomatiques. *Psychologie Médicale,* 1978*, 10,* 4, pp. 655-661.
(2) FREUD (S.) : G*esammelte Werke,* 18 vol., Imago, Londres, 1940-1952.
(3) GUIR (J.) : Identification et phénomènes psychosomatiques. *Lettres de l'École* (Bull. int. de l'École Freudienne de Paris), 1978, 22, pp. 159-166.

(4) GUIR (J.) : Cancer et langage. *Corps et Langage* (Bull. int. du groupe de travail « Corps et Langage »), 1981, *1*, 2, pp. 39-42.
(5) LABORIT (H.) : Agressologie. *Encyclopaedia Universalis, vol. 1,* Paris, 1968, pp. 482-483.
(6) LACAN (J.) : Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. *Écrits,* Paris, 1966, pp. 93-100.
(7) LORENZ (K.) : *Trois essais sur le comportement animal et humain,* Seuil, Paris, 1970.
(8) MARTY (P.), M'UZAN (M.), DAVID (C.) *: L'investigation psychosomatique,* P.U.F., Paris, 1963.
(9) MORRIS (D.) : *Le singe nu,* Grasset, Paris, 1967.
(10) RANK (0.) *: Le traumatisme de la naissance,* Payot, Paris.
(11) ROHEIM (G.) : *Psychanalyse et anthropologie,* Gallimard, Paris, 1967.
(12) SCHMOLL (P.) : Identification et symbolisation dans le mécanisme de conversion. A propos des observations de Breuer et Freud : Hypothèses et discussions. *Perspectives psychiatriques,* 1982, 20, 85, pp. 55-78.
(13) SELYE (H.) : *The stress of life,* revised edition, Mc Graw-Hill Book, New York, 1976.