

La psychanalyse en Espagne, corps et psyché. Entretien avec Mikel Zubiri

Bernadette Tanguay

Le devenir de la psychanalyse. Échos d'ici et d'ailleurs...
Volume 24, Number 1, Spring 2015

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1033085ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1033085ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

1192-1412 (print)

1911-4656 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Tanguay, B. (2015). La psychanalyse en Espagne, corps et psyché. Entretien avec Mikel Zubiri. *Filigrane*, 24(1), 91–104. <https://doi.org/10.7202/1033085ar>



La psychanalyse en Espagne, corps et psyché. Entretien avec Mikel Zubiri¹

Bernadette Tanguay

Bernadette Tanguay: Mikel Zubiri, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette entrevue. Dans une première partie, j'aimerais vous entendre parler de la psychanalyse en Espagne. Étant tous deux originaires de pays romans, nous partageons beaucoup de choses culturellement, mais il demeure que nous connaissons peu les collègues psychanalystes espagnols. Je pense qu'il peut être intéressant de vous entendre nous parler de l'histoire et de la situation des sociétés de psychanalyse en Espagne. Dans un second temps, puisque vous êtes particulièrement intéressé par la dimension psychosomatique et le travail auprès des patients atteints du cancer, j'aimerais aborder les aspects théoriques et le travail clinique qui s'y rapportent. Pour commencer donc, pouvez-vous me parler de la place qu'occupe la psychanalyse en Espagne ?

Mikel Zubiri: Comme vous venez de dire, en Espagne, il y a des sociétés. Même si c'est un petit pays, il y a deux sociétés ; la Société psychanalytique Espagnole (SPE) à Barcelone est la plus ancienne. Vers la fin des années 1960 et le début 1970, l'Association psychanalytique de Madrid (APM) a été fondée en se dissociant de la SPE. Pourquoi cette division ? La SPE, à Barcelone, a une lignée théorique très kleinienne, bien qu'il y ait une certaine évolution dans les dernières années, vers les post-kleinien : Winnicott, Bion, Balint, etc. L'Association psychanalytique de Madrid, à laquelle j'appartiens, a fondé un groupe au Nord de l'Espagne (dont je suis directeur), à Bilbao qui en constitue le centre. Cette association est plus hétéroclite ; elle a d'abord été formée surtout par des kleinien qui se sont dissociés de la SPE. Puis, nous avons reçu des Argentins durant les années de la persécution militaire, et un volet francophone s'est constitué, d'abord parrainé notamment par Pierre Marty. (Pour la petite histoire : on disait qu'il était parachutiste parce que, durant la formation du groupe de Madrid, il faisait souvent

le voyage Paris-Madrid.) Dans le groupe de Madrid, il y avait une certaine connivence entre les post-kleinien, les freudiens et les lacaniens puis, peu à peu, la Société psychanalytique de Paris, en particulier André Green, a eu une énorme influence. Simultanément, dans notre groupe, il y a une petite section qui s'intéresse particulièrement à la psychosomatique.

BT: On voit donc se dessiner la lignée de Marty dont vous faites partie...

MZ: Oui. Le plus curieux, en ce qui concerne la psychosomatique en Espagne, c'est que Marty a démarré à Bilbao. Puis, peu à peu il est entré dans l'Association psychanalytique de Madrid. Pourquoi a-t-il démarré à Bilbao ? Simplement parce qu'il y venait souvent. C'est un homme très hispanophile : il passait ses vacances au Pays basque, et il venait à toutes les années à Bilbao afin de voir les corridas. Une fois que nous avons commencé à travailler avec lui, trois fois par an, il venait animer un séminaire pendant un long week-end à Bilbao. Progressivement, sept groupes s'y sont formés, avec des gens de partout en Espagne qui participaient à ses séminaires ; puis, ils se sont répandus dans différents coins du pays. Vers 1983, un autre groupe appelé la Sociedad de Estudios Psicossomáticos Íbero Americana (SEPIA) — ce qui se traduirait par la Société d'étude Ibero-américaine de psychosomatique — s'est formé par indication de Pierre Marty, constitué de psychanalystes de la Société psychanalytique de Madrid en coopération avec un groupe argentin. Tous les membres de ce groupe de psychosomaticiens, qui a débuté à Bilbao, puis s'est étendu à Madrid, puis à Valence, sont allés se former à Paris.

BT: C'est justement ce que j'allais vous demander. À une certaine époque les gens allaient se former à Paris et restaient en contact ; même les Argentins si je comprends bien ?

MZ: Oui, même les Argentins d'Espagne. Il y a maintenant un groupe d'Argentins spécialisés en psychosomatique, qui ont été formés à l'IPSO, à Paris, à l'époque de Pierre Marty, de Michel Fain (tous deux aujourd'hui décédés) et de Michel De M'Uzan.

BT: Je trouve cela intéressant, parce que c'est une histoire qui ressemble un petit peu à celle de notre pays. La fondation d'une institution psychanalytique a débuté par une société canadienne bilingue, la Société Canadienne de Psychanalyse (SCP), à peu près à la même époque qu'en Espagne, puis en 1969, il y a eu scission, mais sur la base de la langue (alors que chez vous, cette dissociation était fondée sur des différends théoriques) : la Société psychanalytique de Montréal (SPM) et la section Quebec English de la SCP ont été fondées. Toutefois, si la SPM et le Quebec English sont des sections de la SCP, l'Association psychanalytique de Madrid demeure une société indépendante ?

MZ: Nous sommes en effet des sociétés indépendantes reliées à l'IPA. Pendant des années, ou peut-être plus, il n'y a pas eu de relations entre les deux sociétés, mais depuis les quatre ou cinq dernières années, le président de l'Association psychanalytique de Madrid a amorcé des liens. Maintenant, nous avons des échanges périodiques entre groupes de la péninsule ibérique : le groupe espagnol de Barcelone, le groupe de Madrid et le groupe de Lisbonne.

BT: Au fond, il y a une tendance à l'ouverture quant aux orientations théoriques ?

MZ: Oui, je crois qu'il y a un mouvement un peu philosophique, parce que toutes les écoles, autant les kleinien que les freudiens, et même les lacaniens qui sont dans l'IPA, ont perdu une certaine radicalité, ce qui a permis les échanges, même si parfois les discussions peuvent s'avérer difficiles. Il demeure que nous comprenons les cas cliniques de façon différente, mais on arrive à un certain respect des différentes théories. Cela est évident dans les séminaires de formation des nouveaux psychanalystes. Les candidats doivent parcourir l'œuvre de Freud dans son ensemble pendant plusieurs années. Ensuite, certains séminaires sont obligatoires mais pour le reste, ils ont le choix parmi une longue liste incluant Lacan, Bion, l'école psychosomatique de Paris, etc. Cela amène une ambiance d'échange théorique entre les diverses écoles.

BT: Oui, il y a là une richesse évidente. Quand vous disiez que chacune des écoles a perdu de sa radicalité, est-ce que c'est avec regret que vous voyez cela ou si vous trouvez qu'il y a davantage de richesse à pouvoir partager, s'ouvrir, discuter ensemble ?

MZ: Bien sûr qu'il y a une richesse. Mais je suis sûr que si certains collègues espagnols écoutent cette entrevue, ils ne seront pas de cet avis, parce qu'il y a quand même des personnes qui conservent une certaine radicalité dans leur position théorique. Mais ce qui a beaucoup changé, c'est que la majorité des groupes travaillent en convivialité les uns avec les autres, même s'il y a des radicaux de toute allégeance théorique. En particulier, lorsque les candidats font leur mémoire, ça pose problème. Je me souviens, il y a quelques années, un candidat qui avait un superviseur d'une certaine orientation théorique ; il travaillait son matériel selon celle-ci alors que dans son comité d'évaluation, nous avions des positions très différentes, ce qui pouvait parfois occasionner des discussions un peu fortes entre nous. Par ailleurs, j'ai participé l'année dernière à un comité, et j'ai constaté que lorsque l'on perçoit clairement la ligne théorique du candidat, on la respecte. C'est ce que je veux dire par là

perte de la radicalité : on a un certain respect, que le candidat soit kleinien, freudien ou autre.

BT : Vous parliez des kleinien... Je me posais la question de vos rapports, ou ceux de votre société ou de la Société de Barcelone, avec la psychanalyse britannique. Est-ce que les membres sont aussi allés se former en Angleterre ?

MZ : Les gens de Barcelone font habituellement des échanges avec les Anglais, plus précisément ceux de Londres.

BT : Ils seraient plus « anglophiles » si je peux dire, alors que vous seriez plus « francophiles » ?

MZ : Oui, les Catalans, à Barcelone, conseillent à leurs élèves d'apprendre l'anglais et nous, nous leur conseillons d'apprendre le français !

BT : Y a-t-il beaucoup d'auteurs qui sont traduits en espagnol ?

MZ : Non, il y en a très peu. Cette année, par exemple, nous avons dû faire tout un travail pour choisir les textes en psychosomatique. Nous avons sélectionné 75 textes et je pense qu'il n'y en a que cinq qui étaient traduits. La plupart des textes importants ne sont pas traduits. On ne se rend pas toujours compte que nos collègues qui ne parlent pas le français n'ont pas accès aux textes que nous utilisons régulièrement.

BT : Et les collègues plus « anglophiles », ont-ils des liens avec la psychanalyse nord-américaine ?

MZ : Les Catalans ont beaucoup de rapports avec Londres, avec l'Angleterre. Alors que dans notre groupe, il y en a quelques-uns qui ont des rapports avec Londres et les Américains, mais ils demeurent peu nombreux.

BT : Vous parliez des séminaires pour les candidats... Nous avons aussi un séminaire de quatre ans sur les textes de Freud, au niveau de la formation, ce qui pour nous est issu de notre lien direct avec la France. En effet, beaucoup des fondateurs de la Société psychanalytique de Montréal ont été formés en France. Nous avons hérité, de leur passage là-bas, des séminaires « continus » : ce sont des analystes reçus, pas nécessairement des analystes didacticiens ou formateurs, qui animent avec des collègues analystes ces séminaires où sont invités les candidats. Aucun séminaire n'est obligatoire, mais on demande qu'un choix soit fait par les candidats d'un certain nombre de tels séminaires. C'est une des caractéristiques qui nous distinguent de nos collègues anglophones et qu'on nous envie d'ailleurs. Nous avons le sentiment avec cette formule, la formation continue, de garder quelque chose de vivant... Et pour les candidats, il y a une certaine richesse à être en contact avec des analystes séniors, qui ont plus d'expérience.

MZ: C'est le modèle français, non ? Le modèle parisien ? Je l'ai suivi pour la psychosomatique pendant des années.

BT: Est-ce que vous le reproduisez à la Société de Madrid ?

MZ: Non, pas du tout. Mais j'aimerais reproduire le modèle français des séminaires continus auxquels j'ai participé pendant des années. J'ai voyagé à Paris un vendredi et un samedi par mois pendant quatorze ans, alors j'ai eu l'opportunité de suivre des séminaires où il y avait des discussions avec des séniors. Je me souviens d'un des séminaires où il y avait quatre professeurs ; trois ou quatre fois par an, André Green venait se joindre à la discussion. Ça c'est une richesse que je ne connais pas chez nous ! Notre modèle est très rigide : un professeur propose un séminaire. Finalement, il semble que les élèves veulent participer à des séminaires obligatoires ; ils ne veulent pas de cette formule parisienne. Pourtant, la richesse de la discussion entre les séniors, c'est une merveille !

BT: C'est sûr que c'est très exigeant, et pour les séniors, et pour les candidats, mais c'est une richesse aussi.

MZ: C'est superbe... Je pense que la richesse de Paris, de la psychanalyse que j'ai connue, c'est cette discussion permanente entre les séniors. Ça n'a rien à voir avec nous.

BT: Peut-être qu'un jour pourrez-vous ré-instituer quelque chose du modèle français comme on l'appelle maintenant à l'API ? Nous avons parlé du monde plus intérieur de vos sociétés de psychanalyse, mais qu'en est-il du rapport de la psychanalyse à la société espagnole, à la culture ? Actuellement, ici et à d'autres endroits, on déplore un manque d'intérêt ou même une certaine hostilité par rapport à la psychanalyse : moins de demandes de cure, la psychanalyse mise au ban des institutions... Qu'elle est votre situation en Espagne ?

MZ: Comme partout, l'Association psychanalytique de Madrid a été un peu écartée de la société. Nous avons participé un peu aux activités collectives de la culture mais, dans les dernières années, ça a changé beaucoup... Par exemple, chez nous il y a des « cycles » de psychanalyse et cinéma (*ciclos de Cine et Psicoanálisis*)². C'est une expérience très intéressante : le film est alors considéré comme un cas clinique et tous les participants le visionnent avant la discussion. À Madrid, nous avons régulièrement de tels « cycles » de psychanalyse et culture, et nous avons des activités de diffusion très importantes, dont certaines sont entrées dans nos universités. Moi-même, je suis médecin, mais à la faculté de psychologie, j'enseigne la psychosomatique depuis 1987, donc depuis très longtemps ! J'ai toujours voulu y être, car j'ai toujours pensé que la psychosomatique intéresse davantage les jeunes. Du

reste, même si chez nous, les séniors ont opposé beaucoup de résistance par le passé à la psychosomatique, ce n'est plus le cas maintenant. Aujourd'hui, c'est une période plus facile.

BT: Vous parlez bien de la résistance des psychanalystes ?

MZ: Des analystes, oui. Il y avait beaucoup de résistance à la psychosomatique, en particulier de la part des médecins. C'est pour cette raison que j'ai essayé de m'introduire à l'université, même si les élèves ont un cursus fort chargé. J'ai tout de même intégré une faculté dont le master est assez réputé, et j'y ai introduit la psychosomatique. Je suis le seul psychanalyste dans tout le master ! C'est dommage...

BT: Tout à fait. J'imagine que ce peu de place laissée à la psychanalyse se reflète aussi dans les hôpitaux... Est-ce que les analystes sont partie intégrante de la clinique psychosomatique dans les hôpitaux et les institutions ?

MZ: Non, la plupart des psychanalystes font de la consultation privée. Certains sont dans les hôpitaux mais nous sommes peu nombreux.

BT: Votre situation est donc similaire à la nôtre, à l'université comme dans les institutions de soin.

MZ: Je pense que je suis une exception parce que je suis à l'université et dans une institution, une institution dédiée au cancer. J'y supervise le travail des psychologues. J'ai toujours eu un intérêt pour ça, mais la plupart des psychanalystes ne font que des consultations privées.

BT: Et en consultations privées, avez-vous des demandes de cures classiques ?

MZ: Je dois dire que nous vivons en ce moment une crise économique très importante. Il y a donc moins de demandes, et il a fallu s'adapter au niveau des tarifs. L'Espagne s'appauvrit beaucoup. Nous avons fermé beaucoup d'industries, nous avons beaucoup de chômage, ce qui se répercute dans nos consultations.

BT: Est-ce qu'il y a des assurances privées ou publiques qui couvrent les honoraires ?

MZ: Très peu. Les fonctionnaires ont accès à une séance par semaine de psychothérapie, de même que certaines entreprises, mais c'est très peu.

BT: Très peu par rapport à la population générale... J'imagine que cela se reflète aussi par rapport aux demandes de formation pour devenir psychanalyste ?

MZ: Bien sûr. On a peu de demandes. Toutefois, je ne sais pas pourquoi, le Nord fait exception. Dans les dernières années, le seul endroit où de nouveaux candidats se sont présentés est le nord de l'Espagne, chez nous ; mais à Madrid, il y en a très peu.

BT: En ce qui concerne la place de la psychanalyse dans la société... Je suis allée voir votre site internet et j'ai constaté que vous avez des blogs. J'ai trouvé que c'était une ouverture très intéressante; ici, on est frileux par rapport à cela!

MZ: On appelle cela *newsletter*. C'est un blog dans lequel les psychanalystes écrivent de courtes réponses à de brèves questions. L'important est que les réponses soient adaptées au public en général. On y traite de beaucoup de choses. Je me souviens, il y a quelques mois, on m'a posé cette question: «La crise aggrave-t-elle les dépressions?». Mais les thèmes sont aussi divers que: «Qu'est-ce que vous pensez de l'adoption?», «Qu'est-ce que vous pensez de l'homosexualité?». Depuis les dernières années, nous faisons l'effort de nous ouvrir à la société. Nous offrons aussi des cursus de psychanalyse, notamment dans le cadre de l'«université d'été» qui est ouverte à tous les gens intéressés à telle ou telle matière.

BT: C'est intéressant, cette question de la présence de la psychanalyse dans les institutions. Vous nous disiez que vous-même étiez présent dans les universités et dans une clinique. Pourriez-vous nous parler davantage de votre travail?

MZ: Oui. Je travaille dans un centre de soins pour les malades atteints du cancer. C'est une institution privée, une espèce d'ONG très importante en Espagne et très ancienne, qui fait un peu de tout, comme par exemple acheter une perruque à une femme qui a perdu sa chevelure. Il y a quelques années, ils ont recruté des psychologues récemment sortis de l'université.

BT: Donc, de jeunes psychologues?

MZ: Oui, très jeunes, mais ceux-ci ne le supportaient pas: presque chaque année, toute l'équipe était renouvelée. Je m'y suis retrouvé par hasard. En effet, une psychologue qui a commencé à travailler dans ce centre avait commencé une analyse, et elle s'est rendu compte qu'elle ne pouvait pas supporter la désorientation qu'elle vivait dans son travail: elle ne savait pas quoi faire avec ses patients. Elle s'est donc adressée à l'administration de cette institution et ils ont demandé qu'elle soit supervisée, puis ils sont venus me chercher, alors que j'étais professeur au master. J'ai commencé à faire des supervisions et peu à peu j'ai réalisé que j'avais une équipe de psychologues à former, et qui pouvaient faire de la recherche.

Vous connaissez peut-être ce qu'on appelle à Paris «la classification psychosomatique». Lors d'un entretien avec un patient, le psychanalyste remplit certains items: des items structuraux, des items de traits de caractère, des items de comportements, des items historiques, des items de défense. J'ai appris cela avec Marty et je dois dire que pour cerner tous les items, il

faut bien connaître la psychanalyse car c'est très complexe. J'ai progressivement montré aux psychologues comment utiliser la classification avec des patients atteints de cancer. Aujourd'hui, nous avons 119 cas de tels patients, dont la classification est bien documentée, et un jour, nous aimerions pouvoir témoigner de certaines particularités de ceux-ci qui progressivement ressortent de tout ce travail.

BT: Quelle idée aviez-vous en tête lorsque vous avez commencé à appliquer cette classification chez ces patients ?

MZ: Apprendre à utiliser la grille, c'est se poser beaucoup de questions à propos du fonctionnement des patients. Par exemple, dans la grille, il y a trois types de sadomasochisme à discerner : le sadomasochisme typique de type mental, les comportements sadomasochistes, et le masochisme mortifère de type de névrose de destinée. Pour arriver à distinguer cela, à se poser ces questions, les élèves doivent faire un effort clinique et théorique. Comme instrument de formation, c'est super !

BT: C'est ce que je comprends : dans un premier temps, c'était un instrument de formation.

MZ: Oui... par exemple, la liste de traits de caractères et la discussion qui en découlait régulièrement, d'autant plus que tout le monde a certains traits de caractère, parfois très marqués, parfois très souples. Cette discussion, je l'utilisais au début comme une formation ! Il y a aussi toute une partie de la classification de la grille de Marty qui concerne tous les aspects historiques des événements traumatiques (par exemple, des événements traumatiques de l'enfance, lors de la grossesse de la mère, à l'adolescence, etc.). C'est très complet.

Dans le cadre de notre travail, il faut donc mener un entretien avec un patient qui donne assez d'information pour remplir une grille complexe — ce ne sont pas des dates mais bien des mécanismes de défense, des traits de caractère, qu'il faut cerner. C'est un travail d'élaboration, pour les élèves, qui les enrichit beaucoup et parallèlement, c'est une façon de comparer et d'aborder d'un point de vue statistique certaines caractéristiques des patients atteints du cancer.

Nous verrons où cela nous mènera, mais maintenant ils sont six psychologues qui ont toujours travaillé avec la même équipe et pour une fois, personne n'est parti ! De plus en plus, il y a aussi des élèves de l'université qui demandent à venir comme observateurs à cette institution.

BT: Vous dites que vous avez utilisé cette classification avec un bon nombre de cas ; est-ce que vous avez pu commencer à tirer des conclusions, à faire ressortir de grandes lignes qui tracent le chemin de questions théoriques ?

MZ: La plupart des gens qui ont le cancer ont une perte d'objet ou d'un équivalent d'objet. Il est très rare que l'on ne trouve pas une telle perte dans l'histoire. Je pense que 90 % des patients atteints de cancer que nous avons vus ont vécu un accident traumatique important. Le cancer a une particularité: il est une « désorganisation », au sens de Marty. Très fréquemment, il y aura eu désorganisation au niveau psychique, puis les gens se seront réorganisés; mais alors, le cancer n'est pas encore diagnostiqué. Ainsi, au moment où l'on découvre le cancer, le patient n'est pas nécessairement en désorganisation psychique. Je pense que le cancer a un fonctionnement différent des autres maladies. Par exemple, dans le cas d'autres maladies, l'on peut observer une désorganisation progressive (au sens de Marty), et immédiatement la symptomatologie somatique apparaît — il est alors facile d'affirmer que le patient a développé cette maladie comme une réponse, une solution à un événement traumatique qu'il n'a pas pu gérer au niveau psychique. De plus, dans certains cas, pour que s'arrête la maladie, il doit y avoir une certaine réorganisation; sinon la maladie continue et génère une désorganisation progressive. À partir de ce constat, on peut observer que s'il y a une réorganisation chez le patient, la maladie régresse, du moins, la symptomatologie. Mais dans les cas de cancers, ça ne se passe pas comme ça. Après la désorganisation psychique, le cancer se développe mais n'est pas détecté puisqu'il est asymptomatique et microscopique. Puis, il y a une réorganisation mais pas au niveau somatique, seulement au niveau psychique — laquelle ne ramène pas nécessairement le patient au point où il était avant. La maladie somatique apparaît bien souvent après cette réorganisation.

BT: Alors vous voyez cela comme un divorce entre la réparation intrapsychique et le soma?

MZ: C'est un divorce avec l'autodestruction. Dans toutes les maladies courantes, on constate qu'à partir de la maladie, il y a un mouvement de réorganisation que l'on peut théoriser comme un réinvestissement hypocondriaque...

BT: Un réinvestissement...

MZ: Oui, un réinvestissement libidinal, et simultanément, l'autodestruction s'arrête. Au moment où il y a une petite réorganisation, même à un niveau très restreint, on remarque comment la maladie passe d'aiguë à chronique, avec une évolution plus lente. Il y a un réinvestissement narcissique sur toute la maladie, du point de vue hypocondriaque, que l'on théorise comme une réintrinsication pulsionnelle, puisque l'autodestruction s'interrompt. Dans le cas du cancer, on voit que l'autodestruction se poursuit à des niveaux

primitifs psychosomatiques et ne se récupère pas au niveau psychique. Parfois, on rencontre des gens qui ont par exemple un accident, une perte ou autre événement de ce genre, puis un ou deux ans après, on détecte un cancer. Ensuite, on constate qu'au moment où le patient apprend qu'il a le cancer, il se jette sur celui-ci avec toute sa libido. C'est ce réinvestissement que Claude Smajda appelle le paradoxe de la psychosomatique... En effet, il peut être courant de croire que tous les aspects psychiques que l'on observe sont à relier à l'annonce du diagnostic d'un cancer, mais il s'agit d'un leurre.

Il y a une expression de Smajda que je traduirais comme ceci : « la maladie avant la maladie ». Il y a toujours une maladie qui passe inaperçue au moment d'un traumatisme. C'est une maladie qu'on voit dans le registre psychique, comme une dépression essentielle, mais on ne voit pas le passage au somatique parce qu'il est silencieux. Ce n'est qu'après la récupération psychique que se distingue le diagnostic somatique. À la suite d'un diagnostic de cancer, si l'on investigate les événements des années antérieures, l'on retrouve un traumatisme. Dans 90 % des cas, un événement important sera relevé. Il s'agit de pertes, mais au sens large. Par exemple, le mariage d'une fille pour les parents, ou encore, une jeune fille qui n'arrive pas à tomber enceinte malgré quatre expériences de procréation médicalement assistée, et à qui l'on apprend qu'on arrête les procédures...

BT: Elle aurait donc perdu un projet de grossesse, un enfant imaginaire.

MZ: Oui. Elle a perdu son enfant imaginaire. Nous avons aussi plusieurs cas de parents qui ont perdu un fils à l'occasion d'un accident grave, ou de fils devenus paraplégiques ou hémiparaplégiques après des accidents de voiture ou de moto. Ces parents développeront régulièrement des cancers. Ce lien entre perte et maladie grave est fréquent; nous le recherchons avec les patients atteints de cancer.

BT: C'est très intéressant. J'ai toutefois envie de dire que la vie est faite de pertes: vieillir, passer d'une époque de sa vie à une autre, il y a toujours quelque chose qu'on laisse derrière, il y a des pertes. Ce n'est pas nécessairement tout le monde qui va répondre à cette perte par un cancer non plus. Comment peut-on penser cela?

MZ: Ce n'est pas très compliqué. Une perte est un événement à la suite duquel l'on doit obligatoirement amorcer un deuil. Mais les pertes qui nous intéressent ici sont des pertes sans deuil associé; des deuils a priori impossibles, mais pour lesquels, dans un processus analytique, le deuil deviendrait éventuellement possible.

BT: Donc, il s'agirait d'un achoppement du processus de deuil?

MZ: Oui... En fait, il y a d'autres solutions aux événements traumatiques, à part la maladie grave. Par exemple, les autocalmants et la mélancolie sont des solutions à une perte, sans processus de deuil. J'ai aussi écrit plusieurs textes sur la douleur imaginaire en tant que solution à la perte, un thème que je viens de présenter à Toulouse au mois de décembre³... Normalement j'écris en espagnol mais les Toulousains m'ont demandé de participer, en lien avec plusieurs textes que j'avais écrits sur la douleur d'origine méconnue, pour laquelle on ne trouve pas de lésion; j'ai alors traduit ceux-ci en français, afin d'en faire un nouvel article.

BT: Alors, on pourra vous lire en français...

MZ: J'espère! J'y explique comment la douleur imaginaire est une désorganisation qui arrête la désorganisation psychique. En effet, la douleur est un réinvestissement narcissique puissant avec une particularité: elle constitue une forme de barrière autistique à l'approche de l'objet. Il s'agit donc d'une réaction à la désorganisation psychique initiée par une situation insupportable liée à un objet déterminé; la douleur permet d'entraver la désorganisation en créant une barrière autistique à l'objet.

BT: Le réinvestissement se fait dans le corps, dans la douleur, mais l'objet demeure ignoré...

MZ: Oui... En fait, il n'y a pas d'investissement objectal. En clinique, au début, avec un tel patient, il est impossible d'évoquer un quelconque objet. Je me souviens d'un patient qui m'a dit: « Docteur, j'ai mal partout. » Il parlait constamment de son mal. Puis, progressivement, avec le temps, une histoire est apparue.

J'ai conceptualisé la douleur comme barrière autistique face à l'objet parce que c'est une façon de se passer de l'objet. J'ai parfois évoqué, auparavant, une barrière paranoïaque, mais je préfère le terme autistique, afin de refléter cette façon d'ignorer l'objet et de démontrer une profonde méfiance. Lorsqu'on travaille avec un tel patient, on remarque qu'à mesure qu'il commence à avoir confiance, une histoire personnelle commence à émerger.

BT: Il a un récit qui se met en place et qui finalement se substitue à la douleur?

MZ: Le jour où il y a une vraie histoire derrière, la douleur disparaît!

BT: Est-ce qu'en institution, vous faites la consultation, vous suivez des patients ou est-ce seulement l'équipe qui suit les patients?

MZ: Dans le centre dans lequel je travaille, je fais uniquement de la supervision. Et dans mes consultations, je n'accepte que des gens qui vont faire des analyses poussées. Des patients qui souffrent de maladies assez

rare, spéciales, ou des gens que personne ne veut soigner ou prendre en consultation.

BT: Un peu les cas « désespérés » ?

MZ: C'est un peu ça, oui !

BT: On parle de psychanalyse ou de thérapie héroïque...

MZ: Pas vraiment ! Je pense qu'il y a des gens qui aiment suivre des patients qui savent qu'ils vont mourir ; c'est cela que je considère héroïque. Personnellement, je préfère travailler avec les patients pour lesquels se discerne une possibilité de guérison.

BT: Dans ce centre où vous faites de la supervision, ce sont des patients qui sont en traitement de cancer, mais ils ne sont pas en phase terminale, ce ne sont pas des soins palliatifs ?

MZ: Non, nous n'offrons pas de soins palliatifs comme tels. Toutefois, il y a des patients qui demandent une aide en sachant qu'ils vont mourir et on les accepte.

Durant les dernières années, en travaillant dans ces centres, nous avons reçu plusieurs fois des jeunes gens atteints de cancer qui mouraient assez rapidement ; puis, un membre de la famille développait un cancer... souvent la mère. Nous avons alors réalisé l'importance d'aider le patient qui va mourir à faire ses adieux à sa famille. Le travail que nous essayons de faire consiste à préparer le deuil de la famille des gens qui vont mourir, mais sans nécessairement soutenir directement la famille. On aide plutôt le patient à dire au revoir, à dire adieu à sa famille, à ses enfants, à ses parents...

BT: C'est près du travail de soins palliatifs quand même ?

MZ: Pas en Espagne ; les soins palliatifs c'est la douleur, les vomissements, c'est plus d'ordre médical.

BT: Il n'y a pas d'aide psychologique rendu à ce point ?

MZ: Il n'y a pas de psychologue dans l'unité de soins palliatifs. Ce ne sont que des médecins, des infirmières et des médicaments.

BT: Que pensez-vous de l'affirmation que nous entendons ici, à l'effet qu'on se crée soi-même son cancer ? Est-ce que cette croyance existe aussi chez vous ?

MZ: Non. Il y a vingt ans, j'ai dirigé une recherche avec le service de dermatologie, sur le mélanome malin. Avec un appareil, on infligeait une piqûre de substances chimiques aux patients pour ensuite mesurer leur réaction d'hypersensibilité retardée soit le taux de lymphocytes T4. Nous avons pu observer que les patients en dépression essentielle avaient très peu de réaction, telle que mesurée par la rougeur, la surface, des échelles en dermatologie qui

permettent de déterminer la quantité de lymphocytes. En particulier, chez les patients en état de dépression essentielle, le niveau d'activité des lymphocytes T4 était très bas. Je pense que la désorganisation progressive ouvre la porte à une force somatique incontrôlée, en particulier à l'expression d'un gène qui jusque-là était freinée dans l'organisation générale de l'individu.

BT: La dépression essentielle aurait une action sur tout le système immunitaire, et ferait en sorte que celui-ci ne soit plus en mesure de répondre, de se défendre?

MZ: Oui. Donc à la question de la possibilité pour chacun de créer son propre cancer, la réponse serait que les types de cancer et les gènes qui leur correspondent sont hérités de nos parents. Tout le monde hériterait de plusieurs cancers potentiels.

BT: Actuellement, les théories biologiques vont beaucoup dans ce sens-là: on naîtrait avec nos cellules cancéreuses...

MZ: L'équilibre psychosomatique permet que certains gènes ne s'expriment pas. Tout cela est inconscient; la désorganisation, dans le sens que lui a donné Marty, est un mouvement inconscient, donc personne n'est responsable de son cancer. Pourquoi quelqu'un développe-t-il un cancer et l'autre, la maladie de Crohn? C'est la génétique qui s'exprime... C'est pour cela que je parle de la force de l'autodestruction libérée par la désorganisation. Je pense qu'il y a un niveau d'autodestruction liée dans le somatique, et qu'on peut l'observer au niveau psychique dans le sadomasochisme. La perte du sadomasochisme, donc de l'investissement psychique, favoriserait l'expression de l'autodestruction au niveau somatique.

BT: Au niveau économique, on serait dans la déliaison par rapport au sadomasochisme...

MZ: Oui, la déliaison. Si ce n'est pas le sadomasochisme, c'est de l'autodestruction littérale.

BT: Ça rejoint la notion de Benno Rosenberg sur le masochisme gardien de la vie...

MZ: Rosenberg est venu deux fois à Bilbao. Je l'avais invité et il est venu nous parler de masochisme mortifère. Alors que le masochisme gardien de la vie est un investissement masochique pour soi-même avec une projection sadique sur l'autre — ce qui permet la passivité —, le masochisme mortifère ne permet pas la passivité: c'est une souffrance sans nom mais active. On est alors dans la déliaison, dans la décharge.

BT: Et là où le corps est pris avec l'autodestruction, dont vous parlez.

MZ: Dans l'instinct de mort, et non dans la pulsion de mort.

BT: Oui... Il y a un travail de vie quand même dans la pulsion de mort... Monsieur Zubiri, c'était fort intéressant, et je vous remercie d'avoir aussi généreusement accepté d'échanger.

MZ: Merci à vous.

Notes

1. Cette entrevue — également disponible en ligne, sur notre site web — a été réalisée le 29 mai 2014 à Montréal, Monsieur Zubiri et Madame Tanguay participant l'un et l'autre au Congrès des psychanalystes de langue française.
2. Il s'agit de thèmes qui seront abordés à la lumière d'environ 4 films chacun, lesquels seront commentés et analysés.
3. Journées du Groupe toulousain de psychosomatique Pierre Marty (GTPSO), 7 décembre 2013, intitulée « Douleur(s) ».