

Au sujet de la psychosomatique

LES APPORTS DE LA PSYCHOSOMATOANALYSE

Département de Formation Paris XVII

Cours de l'école de psychosomatoanalyse

Docteur Erick Dietrich

INTRODUCTION

L'introduction a été écrite en collaboration avec Ghislaine Duboc

Ce texte est extrait du livre « *Une Nouvelle Vision de la Thérapie* » des Docteurs Erick Dietrich et Fédérico Navarro, Editions de La Louvière sous la Direction de Martine Dietrich-Joseph. Il fait partie des cours dans notre école. La psychosomatoanalyse se conçoit comme un autre regard sur la pathologie, offrant la possibilité d'une interprétation originale et donc d'une clinique différente. Dans ce texte nous allons développer une approche différente de nombreuses maladies. Il convient de rester dans l'ouverture aux autres, de ne pas s'ériger comme les seuls détenteurs de la vérité et d'apprendre à travailler en synergie.

L'approche que nous proposons n'exclue pas les autres, elle propose une autre lecture complémentaire. Il y a eu un revirement important en faveur des techniques visant à rétablir la vitalité énergétique et une ouverture de plus en plus large vers l'homéopathie, l'acupuncture, la phytothérapie, la diététique, le massage et en général vers les pratiques corporelles.

Depuis ses origines la médecine s'est construite selon différents courants conceptuels au sein desquels la vie de l'esprit a pris une place plus ou moins importante. Dans la seconde moitié du XIXe siècle le terme psychosomatique est né et visait à introduire dans le courant organiciste et expérimental de la médecine des facteurs d'ordre psychique pour rendre compte de la causalité et de l'étiopathogénie de certaines maladies. Il y a les courants qui veulent que tout puisse avoir une origine l'organique, d'autres pensent qu'elle est essentiellement psychologique. Quant à nous, nous pensons qu'il faut s'ouvrir aux autres et mettre en commun nos différentes connaissances. Un des projets de la psychosomatoanalyse est de comprendre le fonctionnement psychique pour mieux appréhender les conditions dans lesquelles a pu se développer une maladie psychosomatique.

Freud avait déjà mis en évidence des mouvements de bascule entre des états psychiques et des états somatiques et leurs liens paradoxaux semblent mettre en jeu la qualité de l'organisation masochiste du sujet. Groddeck a élaboré une doctrine psychanalytique des maladies organiques selon laquelle **le ça** tout puissant était apte à produire aussi bien un symptôme névrotique, un trait de caractère qu'une maladie somatique. Toute maladie somatique se voit ainsi attribuée une valeur symbolique et est

susceptible d'être traitée par la méthode psychanalytique. F. Alexander, élève et collaborateur de Ferenczi a développé à l'École de Chicago un courant qui repose sur une approche dualiste du malade somatique associant un point de vue psychanalytique et un point de vue physiopathologique.

La psychosomatoanalyse s'est construite sur trois ensembles théoriques :

1/ la théorie freudienne de la névrose d'organe qui postule que les émotions durablement réprimées sur le plan psychique sont véhiculées par des voies nerveuses autonomes jusqu'aux organes dont ils modifient le fonctionnement, dans un premier temps pour aboutir à des troubles fonctionnels puis dans un second temps à des maladies organiques,

2/ la théorie de la spécificité qui postule qu'à chaque émotion correspond un syndrome physiopathologique spécifique créant ainsi des profils de personnalités reliés à un certain nombre de maladies somatiques, dites psychosomatiques (se reporter aussi aux théories de W. Reich).

3/ l'élaboration d'un modèle psychosomatoanalytique à partir duquel nous pouvons parler d'économie psychosomatique. Celle-ci repose sur la coexistence et l'alternance de deux mouvements de flux énergétiques et émotionnels qui se mettent en place dès la conception et qui vont être très importants pendant la vie utérine et dans les premières années de la vie. Ces mouvements vont mettre en place des psychopathies, les uns, gérés par l'Eros vont permettre un développement hiérarchisé et organisé, les autres, gérés par Thanatos, vont créer la désorganisation.

Il convient de distinguer la maladie psychosomatique de la somatisation. La première est un langage, le symptôme est dans ce cas une action, le corps parle par la maladie. Ainsi la maladie psychosomatique se définit par des symptômes dont la dimension psychologique est prépondérante dans leur survenue et leur évolution, il y a toujours une altération organique. La maladie psychosomatique (ou psychosomatopathie que nous retrouverons dans le texte sous le terme de somatopathies) est en relation avec la personnalité et s'exprime par une maladie. La somatisation est une métaphore, une réaction, une conversion, des maux pour le dire, ici le symptôme exprime de façon métaphorique ce que la personne désire. La somatisation est toujours secondaire, elle s'exprime donc par un symptôme qui peut régresser sans laisser de trace organique ou qui peut, si rien n'est fait, se transformer en une maladie. Il n'y a pas toujours une altération organique en particuliers dans les douleurs d'origine psychogène, les symptômes hypochondriaques, le stress et certaines conversions. D'une manière générale, nous dirons que les somatisations résultent de façon plus ou moins durable de l'échec de des systèmes de défense et de la mauvaise résolution du complexe d'Œdipe lié à la prédominance des souvenirs traumatiques dans la relation précoce à sa mère et à son père. L'état de déliaison pulsionnelle crée ainsi des somatisations qui peuvent alors être interprétées comme une expression métaphorique de la pulsion. Comme nous le verrons, les maladies psychosomatiques se mettent en place très tôt dans le développement de l'enfant, donc leurs origines se trouvent très souvent dans « ce qui se passe ou ne se passe pas » dans la relation à la mère, ce qui n'exclut pas le père et amènera à s'interroger sur le « si cette mère là, quel est donc le père ? ».

Nous considérons le soma et la psyché comme une unité fonctionnelle dont les deux parties doivent être en équilibre énergétique. Il n'y a donc de notre point de vue aucune logique à parler soit en termes de physique, soit en termes de psychisme ; chaque manifestation de l'être vivant - plante ou animal – est toujours l'expression du fonctionnement énergétique qui est la base de la vie. L'équilibre statique est donc impossible à réaliser ; il s'agit toujours d'un équilibre dynamique lié à la dimension espace-temps. L'être vivant, pour établir un bon contact entre son moi intérieur et son moi extérieur, ou plus précisément entre lui-même, les autres et le milieu, dispose d'un ensemble de facteurs de réciprocité et d'adaptation ; toute manifestation existentielle est basée sur l'alternance d'actualisations et de potentialisations, les unes engendrant les autres.

Tout ce système dialectique implique un échange énergétique continu qui, lorsqu'il se bloque, entraîne une stase énergétique. Cette stase ou ce manque énergétique provoque des manifestations le plan psychosomatique. Ce blocage peut être anénergétique, dû à un déficit énergétique (un manque), ou hyperénergétique, dû à une stase énergétique (un surplus). Le corps humain est découpé en sept niveaux pouvant être le lieu de stases énergétiques où apparaissent des symptômes. Pour la médecine, ils sont l'expression de maladies, mais, pour nous, ils ont une signification. Il n'est donc pas possible, au point de vue thérapeutique, d'éliminer ces symptômes en agissant unilatéralement soit sur le physique, soit sur le psychique. Un symptôme est une des manifestations objective ou subjectives d'une maladie ou d'un processus pathologique physique ou psychologique, tel qu'exprimé par le patient. Nous savions que le symptôme est l'expression d'un conflit intra psychique sous-jacent nous rajouterons qu'il est aussi l'expression de la gestion d'une émotion dans un contexte inter-relationnel.

Au sens de la classification américaine du DSM-IV : Le trouble somatisation correspond à une reformulation en termes de critères diagnostiques d'une entité classique de la psychiatrie : la conversion hystérique. La définition du DSM propose un tableau clinique coupé de toute étiologie inconsciente. La définition psychanalytique classique de la conversion hystérique rattache ce symptôme à un conflit inconscient. Les troubles psychosomatiques classiques sont des affections somatiques dont le déterminisme est principalement en rapport avec des troubles psychologiques.

Nous allons définir les pathies du grec *-patheia*, *-pathês*, de *pathos* « ce qu'on éprouve », *pathein*, souffrir. Les psychopathies et les somatopathies sont des pathologies qui trouvent leurs origines dans les dysfonctionnements psychosomatiques et les déséquilibres énergétiques. Les somatopathies sont des pathologies morbides pour lesquelles l'étiologie est complexe et qui ont pour origine une dysfonction psychosomatique. Dans tous les processus somatopathiques, il existe une composante psychologique qui détermine, enchaîne ou influence les équilibres émotionnels qui peuvent expliquer en partie la genèse de ces somatopathies.

En ce qui concerne les psychopathies, dès l'origine de la classification psychiatrique, alors qu'une sémiologie de la psychopathie est décrite, de nombreuses définitions apparaissent. Il convient de s'interroger sur cet « état maladif » difficile à situer. Appartient-il à différents champs structuraux ou bien s'agit-il d'une entité autonome ? La psychopathie est-elle un diagnostic psychiatrique ou non ? Quelques définitions récentes : des définitions actuelles de psychopathies sont amenées par les anglo-saxons, sur un mode assez proche des états limites alors que Duguay et Ellenberger situent les

psychopathies dans les « troubles de la personnalité », sous-chapitre de « personnalité antisociale » et Henry Ey : les psychopathies appartiennent au chapitre des « Maladies mentales chroniques » (au même titre que névroses et certaines psychoses) ; « groupe de « cas difficiles » rassemblé surtout par la facilité du passage à l'acte ».

L'être vivant est doué d'une charge énergétique qui a une circulation pulsante et un métabolisme propre. La matière non vivante n'a pas d'activité fonctionnelle, son métabolisme énergétique est seulement catabolique. Ce métabolisme a tendance à l'équilibre, l'homéostasie. Paradoxalement, le sujet devra aussi s'adapter à l'évolution de son environnement à laquelle il participe et ainsi l'équilibre s'exprimera à travers des rythmes biologiques naturels qui seront facilement troublés par des facteurs extérieurs. Le corps humain doit être considéré comme une structure énergétique qui interagit dialectiquement avec son environnement. L'être vivant établit le contact avec le différent de soi et avec soi. Le contact avec soi-même détermine l'état de conscience. L'état de conscience sain est dialectiquement activé par une bonne relation avec le monde intérieur et avec le monde extérieur. La signification de la vie de l'individu s'exprime dans la formule de pulsation énergétique « tension-charge-décharge-détente ». Cette formule est, pour la majorité des vivants, partiellement bloquée ; c'est pour cette raison que nous ne pouvons pas la vivre pleinement. Cette formule de la vie présuppose une circulation énergétique pulsante et sans obstacle. Or nous nous retrouvons presque toujours, pour des raisons expliquées plus loin, dans une situation inverse.

Pour étudier le fonctionnement de l'homme, il est nécessaire de distinguer : une vie embryonnaire, une vie fœtale, une vie post-natale.

Les « stress » dans **la vie embryonnaire** frappent les gènes.

Dans **la vie fœtale**, à travers la médiation de la mère, ils touchent principalement la peau, l'appareil auditif et celui de la circulation. Le fœtus peut avoir une sympathicotomie induite par celle de la mère.

Le **nouveau-né** est toujours exposé à des stress qui touchent les cinq sens : tact, ouïe, vue, odorat et goût.

Les mécanismes stressants, chez le fœtus, lorsqu'ils s'expriment, sont dus à un apport énergétique nutritif déficient pour les tissus et se manifestent par des malformations, ou encore sous forme de lésions organiques, maladies au sens traditionnel du terme.

Si c'est, au contraire, la distribution de la circulation énergétique est perturbée, la manifestation pathologique est de type fonctionnel et se produit dans la vie post-natale. Dans ce cas, la dynamique du contact est troublée, dynamique qui préside au fonctionnement de la sensorialité.

Chaque stimulation sensorielle détermine une perception, laquelle pourra être gratifiante ou frustrante et à laquelle il y aura une réponse parasympathique ou sympathique. Cette réponse est véhiculée par la circulation sanguine, dont l'apport énergétique est lié non seulement aux globules rouges, aux

hormones, mais surtout aux ions plasmatiques qui possèdent une charge énergétique spécifique. L'adrénaline stimule le sympathique quand, sur un organe, prévaut l'influence du sympathique et des ions calcium ; mais si prévaut celle du parasympathique et des ions potassium, l'adrénaline agit dans le sens contraire, d'une façon parasympathicomimétique. En fonction de la qualité et de la quantité de la stimulation, la réponse qui vient du dedans s'extériorise, c'est l'émotion. L'émotion s'exprime ou se réprime. Elle se traduit par la contraction ou le relâchement musculaire, elle est responsable du comportement. L'impossibilité d'exprimer un mécanisme de défense, par exemple la fuite, détermine le blocage du niveau sur lequel a agi la stimulation.

Il empêche en tout cas la circulation énergétique qui devrait aller de la tête aux pieds et vice-versa. Il faut ajouter qu'on distingue trois types de blocages : primitifs, principaux, secondaires. Le blocage primitif est celui qui, du point de vue biographique s'est constitué en premier. Mais pour se défendre contre lui, l'organisme bloque d'avantage encore un autre niveau, ce qui crée le blocage principal. D'autres mécanismes de défense, induits en général par les précédents deux types de blocage, apparaissent : les blocages secondaires.

Ces blocages sont toujours de nature musculaire et s'ils se sont produits au niveau de la vie post-natale, ils se sont fixés parce que la mémoire émotionnelle s'est ancrée dans le système neuromusculaire, tandis que la mémoire intellectuelle est liée à la cellule nerveuse. Chaque blocage a une signification émotionnelle précise et donne un stigmate individuel, un trait caractériel dans la personnalité du sujet. La tension musculaire porte en elle l'origine du blocage et sa signification (W. Reich).

A part la peau, répartie sur l'ensemble du corps et qui étant d'origine ectodermique peut être considérée comme notre cerveau extérieur, les quatre autres sens sont localisés dans la tête et correspondent aux deux premiers niveaux.

LE PREMIER NIVEAU : LES YEUX, LES OREILLES, LE NEZ

Les yeux

L'œil, ainsi que l'oreille et le nez, appartiennent au premier des sept niveaux qui est donc le siège de trois sens, la vue, l'ouïe, l'odorat.

Pour le premier niveau comme pour les autres, il faut différencier les blocages anénergétiques des blocages hyperénergétiques. Le blocage anénergétique est très présent dans la psychose. Ce niveau, à la naissance, devrait être immédiatement intégré dans un fonctionnalisme unitaire, sinon l'individu manque de contact avec la réalité, ce qui entraîne chez lui de faux contacts, voire la dissociation.

La bouche permet grâce à sa fonction et à celle du goût d'incorporer, d'introjecter ou de rejeter le monde extérieur vécu entre autre à travers l'allaitement. Un fonctionnement insuffisant des deux premiers niveaux, dû à une insatisfaction néo-natale, explique la persistance ou le retour de manifestations enfantines ou régressives.

Contrairement à la psychiatrie qui énumère des étiologies diverses pour les psychoses, nous pensons que seule la pathogenèse est différente. Ce n'est pas par hasard qu'une rémission schizophrénique passe par une phase dépressive et vice-versa qu'une situation dépressive peut régresser vers la dissociation psychotique. Il est important de se souvenir que Mac Lean considère les malades psychosomatiques comme incapables d'une verbalisation convenable, car leurs tensions émotionnelles ne sont pas reliées aux processus intellectuels ; cela, pour l'interprétation analytique, signifie qu'il n'y a pas de liaison énergétique entre les deux premiers niveaux. Les tensions se déchargent sur l'hypothalamus par le système neurovégétatif en provoquant des psychosomatisations : le langage des organes. La difficulté de ces sujets à s'exprimer verbalement explique l'inefficacité de la thérapie verbale et la nécessité d'adopter une méthodologie qui utilise une communication pré-verbale centrée sur le corps et sa sensorialité. Nous soutenons que la psychose se structure pendant les premiers jours de la vie.

La symptomatologie dominante de la psychose comporte des hallucinations visuelles, auditives, olfactives et également gustatives ou tactiles, c'est-à-dire sensorielles. A la naissance, ces fonctions sensorielles devraient s'intégrer et se coordonner doucement. Cela implique qu'au début de la vie il y a comme une dissociation tout à fait physiologique ; la position schizoparanoïde, décrite par Mélanie Klein, devient pathologique si le modèle natal persiste. En effet, la pathologie apparaît lorsque l'unité soma-psyché, noyau fondamental de la formation du moi, fait défaut. La caractéristique du psychotique est l'absence du moi.

Le psychotique est un sujet bloqué au stade oculaire par un reflux de l'énergie. La perturbation de l'état de conscience est la conséquence de la dysfonction du premier niveau. La conscience, en effet, est l'auto perception et, pour y accéder, il est nécessaire que les stimuli sensoriels provoquent le sentiment de l'excitation. Si le manque d'énergie du premier niveau s'accompagne d'une régression psychologique de type intra-utérin, la coupure entre sensation du vécu et perception du vécu provoque la panique, l'interprétation erronée de la réalité, la confusion, le manque d'orientation, l'incohérence (comme après l'utilisation de drogues hallucinogènes). Il y a, en définitive, une impossibilité d'identification qui détermine l'absence et de l'identité.

Le blocage du premier niveau est la réaction du nouveau-né contre l'atmosphère de refus et de destructivité qu'il trouve à sa naissance. Ce blocage n'empêche pas la progression du fonctionnement des autres niveaux mais le développement psychoaffectif sera caractérisé par certains troubles du comportement allant jusqu'aux crises psychotiques de la puberté et de l'adolescence. Des sujets paraissant normaux peuvent donc avoir, sous leur caractère de surface, un noyau psychotique.

Dans la psychose, la réaction énergétique du corps semble ignorer ses propres limites, le sujet se sentant dans un continuum avec le monde, avec lequel il se confond même souvent. Alors que le blocage total des yeux implique une psychose dissociative, le blocage partiel implique un noyau psychotique ; il s'agit dans ce cas d'une personnalité psychotique. Cette réactivité naît d'une exagération subjective dans l'interprétation des faits et peut mener au délire. La personnalité psychotique se laisse en général vivre, car elle se fatigue facilement et préfère souvent l'isolement ou la fuite dans le sommeil. La thérapie de ces cas permet à la fois de combler le manque de maternage et de « cuirasser » petit à petit énergétiquement tous les niveaux à partir du premier. Ce moi se forme pratiquement sur le modèle du moi du thérapeute et c'est pourquoi ce dernier devrait, à un certain stade de la thérapie, adresser le sujet à un confrère pour en compléter l'évolution ou confronter le sujet à un couple de thérapeute lors de groupes de thérapie.

Les manifestations cliniques de la céphalée, de la migraine et de l'épilepsie sont à rattacher à un blocage hyperénergétique. La médecine psychosomatique tente d'expliquer la genèse de toutes les maladies par l'anxiété et l'agressivité. La psychosomatoanalyse n'introduit pas de différence entre agressivité et anxiété, car cette dernière est une manifestation de l'agressivité dirigée contre soi. L'agressivité, étymologiquement *adgredior*, est la façon de s'approcher, contacter, et le premier niveau a précisément, à la naissance, pour fonction de prendre contact avec le monde extérieur grâce aux télérécepteurs des yeux, des oreilles, du nez. La naissance, dans la majorité des cas est vécu comme un traumatisme ; l'émotion existentielle primaire de la peur découle de ce traumatisme. Le nouveau-né, stressé par un excès ou un manque de sensations, recourt aux mécanismes de défense du premier niveau.

La céphalée résulte d'un mauvais contact archaïque, après la naissance, alors que la migraine est la conséquence d'une situation semblable mais à une période néonatale plus tardive. Leur physiopathogenèse est une vasodilatation artérielle suivie par une vasoconstriction, responsable de la douleur. La dynamique est la suivante : l'émotion primaire de la peur des premiers moments de la vie détermine une perte de tonus, aboutissant à la vasodilatation qui potentialise la vasoconstriction pour assurer l'homéostasie. Pratiquement, la vasodilatation, qui a toutes les caractéristiques d'une paralysie pouvant devenir mortelle, s'élimine à travers une décharge énergétique des yeux : c'est l'origine de la vasoconstriction.

La céphalée n'est pas toujours un symptôme de conversion hystérique parce qu'elle peut être l'expression d'un noyau psychotique. Une des caractéristiques psychotiques est l'hostilité, elle-même conséquence de la peur, qui peut provoquer une explosion destructive. Les céphalées et migraines sont des troubles du premier niveau. C'est pourquoi elles s'accompagnent de troubles de la vision (scotomes par exemples), de l'ouïe (bourdonnements, vertiges), de l'odorat (rhinites). Si la céphalée est l'expression d'une hostilité, conséquence d'une peur généralisée, la migraine est au contraire liée à une peur spécifique. La migraine énonce une hostilité envers une figure parentale et principalement celle de la mère. Du point de vue énergétique la médecine orientale attribue le côté droit Yang au masculin et le gauche Yin au féminin, nous pouvons affirmer que la migraine gauche exprime l'hostilité par peur d'une

figure féminine (souvent la mère ou une femme vécue comme telle), alors que la migraine droite l'exprime par rapport à une figure masculine (le père ou un homme vécu comme tel).

La thérapie classique de ces syndromes consiste à administrer des analgésiques, sympatholytiques ou des produits utilisés en médecine interne (hépatoprotecteurs, laxatifs, hormones...). Très souvent on conseille au sujet des lunettes ! Nous proposons toutes les thérapies mobilisant les énergies : acupuncture, homéopathie, certaines méthodes de massage, de manipulation et de rééducation posturale globale, et la thérapie, au cours de laquelle le travail sur les yeux entraîne le déblocage de la peur à travers des abréactions émotionnelles.

L'épilepsie dans la médecine officielle se range soit dans la neurologie, soit dans la psychiatrie, alors que c'est l'affection qui explique le mieux la liaison fonctionnelle soma et psyché. Le cortex en lui-même n'a pas de sensibilité locale, mais des stimulations d'une partie de la surface cérébrale entraîne des réponses périphériques au point de vue sensoriel ou moteur. L'épilepsie est une perte de conscience ou l'irruption d'une conscience confusionnelle ; très souvent, c'est à la surface du cerveau qu'on découvre le « foyer épileptique » responsable des crises. L'épilepsie due à une irritation focalisée est une épilepsie symptomatique (tumeur, abcès, angiome, cicatrice corticale), mais il existe une épilepsie dite idiopathique.

Le grand mal est la forme avec crise subite annoncée par un signe, l'aura. Précisons que cet aura, étymologiquement petit vent, souffle en latin, est différent de l'aura désignant la l'énergie qui nous entoure (et dont la racine est grecque). Très souvent, en effet, l'épileptique perçoit une anomalie du point de vue sensoriel ou moteur, un malaise, suivi quelques secondes plus tard par une crise tonique avec tétanisation de tous ses muscles. Quand la crise atteint le diaphragme, l'air sort en faisant un bruit, le cri épileptique. Le sujet lors de la crise bloque sa respiration, son visage pâlit, puis, à la tétanisation totale, succèdent des contractions musculaires cloniques. A ce moment, le visage de pâle devient cyanosé, la respiration reprend et la salive accumulée dans la bouche sort sous forme de bave. A la différence de l'hystérique qui ne se fait jamais mal lorsqu'il tombe, l'épileptique, lui, peut se blesser. Autres différences : dans la crise hystérique, le sujet ferme le poing avec le pouce en dehors, alors que l'épileptique renferme son pouce dans son poing ; la pupille de l'épileptique est dilatée au début de la crise, en mydriase, pour ensuite se rétrécir en myosis, alors que l'hystérique ne connaît pas ces modifications du diamètre pupillaire.

Dans le petit mal, on constate que le sujet arrête subitement quelques instants son activité, les yeux perdus, ou laisse tomber l'objet qu'il tient, pour reprendre conscience en se demandant ce qui lui est arrivé. Ce sont comme des absences par rapport au milieu environnant. Il existe également d'autres manifestations équivalentes : des pulsions auxquelles le sujet ne peut se soustraire, par exemple une fuite impérieuse, un besoin irrépressible de boire ou de crier, ou encore des pulsions destructrices allant jusqu'à la fureur épileptique. Dans ces cas, le sujet est capable de détruire ou de tuer sans s'en souvenir par la suite. L'épileptique est très souvent atteint de migraine, de céphalées spasmodiques ou périodiques, et également de brusques changements d'humeur. S'il arrive à la phase musculaire de

l'agressivité, la crise épileptique explosera alors car, dans l'épilepsie, on retrouve une colère bloquée au niveau des muscles, un mélange de rage et de haine prêt à éclater.

La thérapie classique, quant à elle, cherche par les barbituriques, Dintoine, etc., à anesthésier la surface du cortex pour abaisser l'excitabilité ; la prescription plus récente de Valium confirme notre thèse sur la genèse émotionnelle de l'épilepsie, le Valium étant un tranquillisant psychique et myorelaxant. La guérison de l'épilepsie est possible, mais devient évidemment plus aléatoire s'il s'agit d'une épilepsie secondaire à une lésion corticale.

En thérapie, nous laissons aux malades le soutien des médicaments, ils les réduisent petit à petit au cours de la cure. Il faut responsabiliser ces sujets qui sont masochistes au point « d'oublier » de prendre leurs médicaments, ce qui peut pourtant les conduire à l'état de mal épileptique, à savoir des crises très rapprochées conduisant à l'insuffisance cardiaque et à la mort. Dans le cas de mal épileptique, l'administration de barbituriques par voie intraveineuse devient nécessaire. Pour les enfants, la prise en charge au niveau de l'administration des médicaments augmente l'hyper protection qui est, on l'a vu, un facteur déclenchant.

L'étiologie de l'épilepsie essentielle remonte à la période de l'allaitement. Cette forme d'épilepsie est partielle, sans perte de conscience, avec seulement des mouvements incontrôlables dans une partie ou une autre du corps. Le sujet revivant ici et maintenant le malaise de son allaitement prend conscience, récupère sa propre histoire dans un cadre d'autonomie et d'acceptation de ses limites et de la réalité.

Pour les troubles du cuir chevelu, deux facteurs importants dont à prendre en considération :

La tension générale liée au contexte psychologique de l'individu ;

La tension du muscle superficiel du crâne, qui empêche une bonne irrigation du cuir chevelu, provoque une séborrhée et la chute des cheveux.

Cette tension part en fait des muscles du cou en passant par la zone occipitale. Tout sujet atteint de calvitie et de troubles du cuir chevelu a donc au moins une tension, sinon un blocage, au niveau du cou dû à sa défense narcissique.

L'alopecie est une manifestation psychosomatique d'un noyau psychotique. La plaque d'alopecie en elle-même est due à la stase énergétique dans une zone donnée. On note fréquemment que le sujet alopecique a souffert, enfant, pendant l'allaitement, de la « croûte de lait », qui est l'expression soit d'un excès soit d'un manque énergétique selon que l'affection est, au sens dermatologique, humide ou sèche, un excès donnant une manifestation humide, un manque une manifestation sèche.

Toutes les maladies au niveau des yeux trouvent leur genèse dans une stase énergétique. Cette stase est un bon terrain pour le développement des microbes, champignons et virus, qui se trouvent sur notre peau. La symptomatologie d'un processus inflammatoire est le mécanisme biologique d'élimination du surplus énergétique local, mais s'il y a un développement d'un micro-organisme on retrouve ce qu'on appelle une infection. Toutes les manifestations de dégénérescence conduisent à la chronicité, car l'énergie locale stagnante perturbe le métabolisme des cellules de la zone en question. Ces

considérations de pathologie générale valent pour toutes les maladies. Parmi les maladies les plus importantes : les blépharites, l'orgelet, le chalazion, les conjonctivites, le trachome, les kératites, les iritis, les ophtalmies.

On peut remarquer chez les sujets fréquemment atteints d'orgelets des traits marqués d'un caractère compulsif obsessionnel, avec une mobilité exagérée du regard dû à la méfiance qui provoque une sympathicotomie localisée. De même, chez ceux souffrant de conjonctivites, les yeux sont rouges, illustrant l'expression populaire « le sang à la tête » ou « le sang aux yeux », ce qui est la conséquence d'une agressivité destructive : à un moment, le contact de la poussière ou d'une luminosité trop intense déclenche l'inflammation. Quant aux iritis et aux kératites, ce sont des affections dont le pronostic est réservé et qui se développent chez des sujets « intoxiqués » par des conditions de vie qu'ils n'ont plus envie de confronter, de voir après avoir soumis leurs yeux à un effort énergétique prolongé pour les regarder. Les ulcérations de la cornée sont liées à une stase énergétique qui se décharge par cette solution de continuité. L'affectation la plus répandue et la plus grave du cristallin, la cataracte, opacification progressive de cette lentille de la chambre intérieure de l'œil, est due à un dépôt de substances toxiques, associées à un état de tension chronique du premier niveau.

Le glaucome, lui, causé par l'augmentation de la tension intra-oculaire, atteint des sujets qui cachent de l'agressivité associée à une profonde dépression. Sa pathogenèse est une sympathicotomie des voies de drainage du sang des yeux, avec un spasme chronique des vaisseaux : ils se sentent obligés de garder les yeux grands ouverts pour rester présents à la réalité et bloquent les émotions à ce niveau.

Les troubles classiques de la vision : l'astigmatisme, la myopie, l'hypermétropie, la presbytie sont toujours la conséquence d'une tension chronique des muscles externes de l'œil et du muscle ciliaire qui est interne. Cette tension est en relation directe avec des tensions psychiques survenues après la naissance. Le blocage est le résultat de cette tension devenue chronique.

Ce n'est pas par hasard que notre méthodologie propose au sujet l'acting consistant à fixer un point sur le plafond pendant un certain temps jusqu'au moment où le sujet aura retrouvé la possibilité de « stigmatiser » les contours de ce point, l'astigmatisme signifiant sans stigmates.

Nous savons comment la fonction visuelle est souvent réprimée par un type d'éducation qui interdit de voir certaines choses.

Les oreilles

En partant de la neuropsychologie, nous pouvons envisager à quel point la personnalité est liée à la fonction de l'oreille. C'est dans le lobe temporal du cerveau, où se retrouvent les voies d'association avec les centres de la vision, qu'est situé le noyau du nerf acoustique ; cela permet d'ailleurs de comprendre l'association des hallucinations visuelles et auditives.

Pendant la vie fœtale, déjà les sons sont perçus, mais filtrés par le liquide amniotique. Le fœtus entend les battements du cœur de la mère, sa voix, ainsi que les bruits les plus forts venant du milieu extérieur. On a

pu constater que si le contexte est violent et frustrant, la surdité est congénitale. Le son est une vibration énergétique, et on peu percevoir le son de la voix comme une gratification mais aussi comme une frustration dont la répercussion sur la circulation fœtale peut engendrer une potentialité de blocage du premier niveau.

Les crises de vertige en général affectent des sujets avec une hostilité destructive inconsciente qui ont été, très souvent, des enfants difficiles et ont à l'adolescence quitté très tôt la maison. Bien que capables d'avoir beaucoup de connaissances, ils établissent très difficilement une vraie relation amicale, intime ; fondamentalement ils ont souffert d'un manque de contact satisfaisant et leur symptomatologie exprime précisément la difficulté de contact, avec le sol, la réalité. Certaines crises de vertige sont des équivalents épileptiques. Il y a en effet dans tous les blocages aux yeux une répercussion sur les oreilles et vice versa. La scotomisation existe aussi au niveau des oreilles : quelqu'un qui, inconsciemment, se refuse à entendre devient sourd. Certaines personnes, pour certaines choses, dans certains moments, sont parfaitement sourdes et cela en toute bonne foi.

La thérapie, pour l'oreille, explore s'il s'est produit une perturbation lors de la vie fœtale en posant les mains sur les oreilles du sujet pendant un certain temps, en début de thérapie, ce qui le met dans une atmosphère feutrée rappelant la période fœtale. S'il y a eu des troubles à cette époque, apparaissent des abréactions, et, lors de la verbalisation, sortent des émotions intenses. Ces dernières années notre  cole a trouvé intéressant du point de vue thérapeutique d'ajouter aux actings sur le premier niveau l'utilisation de « l'oreille électronique » mise au point par Tomatis.

Le nez

Les perceptions olfactives sont un puissant stimulus pour la psychomotricité et l'affectivité. L'appareil olfactif agit sur la c nsth sie et sur la tonalité affective. La stimulation de l'appareil olfactif est liée au reniflement et à l'ingestion de nourriture. Il faut remarquer que, chez les psychotiques, les aires olfactives présentent des altérations bioélectriques. L'odorat influence toute la dynamique émotionnelle et fonctionne pour ce faire conjointement avec tous les autres sens, le corps de la mère imprégnant immédiatement la sensorialité du nouveau-né.

L'odorat est mis en jeu dès le premier acte respiratoire à la naissance : pour renifler, sentir, il faut inspirer. L'inspiration engage l'odorat, celui-ci implique la connaissance de la réalité au travers du corps maternel qui est pour l'enfant l'objet total comme processus et promesse de sécurité. Les accoucheurs qui pratiquent la naissance sans violence ont remarqué que lorsque le nouveau-né se trouve sur le corps de sa mère avant que le cordon ombilical ne soit coupé, il renifle pour chercher le mamelon en même temps qu'il se met à respirer. Précisons que lorsque le bébé t te, sa bouche étant prise par la succion, il respire obligatoirement par le nez.

Des expériences de neuropsychologies ont souligné le rapport entre l'olfaction, d'une part, et l'émotivité et l'affectivité, d'autre part, dans la relation mère-enfant : des mères, les yeux band s, ont reconnu leur

enfant à l'odeur, et des bébés auxquels on présentait des vêtements imprégnés d'odeurs différentes se calmaient en retrouvant l'odeur maternelle. L'odeur de chacun est particulière, comme le sont les empreintes digitales. Il existe un rapport évident entre olfaction et sexualité, bien étudié chez les mammifères dans les préliminaires d'accouplement, et lié à la sécrétion par les glandes sudoripares des zones érogènes de substances récemment découvertes, les phéromones, qui sont de véritables appels sexuels.

Une première et intéressante contribution à l'étude de la fonction du nez fut élaborée par l'oto-rhino Fliess, ami de Freud. Il avait remarqué que la cocaïnisation de la muqueuse nasale provoque des effets surprenants sur les somatisations de troubles sexuels, les dysménorrhées par exemple. A partir de la périodicité cyclique menstruelle, il avait formulé une hypothèse sur les rythmes biologiques et leur perturbation, touchant à la fois les hommes et les femmes, conditionnés les uns et les autres pendant la vie fœtale par la mère. Selon lui, la menstruation était un phénomène psychosomatique. Cette notion de périodicité influença Freud dans l'élaboration du concept de répétition et plus tard de celui de l'instinct de mort. Groddeck, également, souligna que la première chose qui touche le nouveau-né est l'odeur du sang de sa mère et qu'il existe une étroite relation entre le nez et la zone génitale. Ces considérations ne sont pas dépourvues de support anatomique : les fosses et les cavités nasales sont tapissées d'une muqueuse érectile, capable de se congestionner, de se gonfler par une arrivée de sang soudaine. Or c'est le même tissu érectile qui compose le pénis ou le clitoris, ce qui tend à confirmer que le nez a une fonction non pas génitale mais sexuelle, érogène. Cette zone érogène, comme les autres, peut donner du plaisir ou du déplaisir selon la stimulation : il y a des parfums troublants comme des puanteurs repoussantes. A cause de l'odorat, nous nous approchons ou nous nous éloignons de l'objet, du sujet dont émane l'odeur en question.

La muqueuse érectile du nez est responsable des rhinites allergiques, du rhume des foins, qui surviennent précisément au printemps lorsque toute la nature se réveille. C'est la sexualité réprimée qui s'exprime au travers de telles manifestations allergiques : le nez congestionné donne la preuve du désir, du besoin d'agressivité érotique. L'éternuement est d'ailleurs souvent un signe d'agressivité ; certaines personnes, lorsqu'elles sont sexuellement excitées, éternuent, les hommes mais encore plus fréquemment les femmes à cause de leur éducation répressive. L'importance de la fonction du nez est si sous-estimée que, dans les livres d'anatomie, la déviation de la cloison nasale est considérée normale chez l'adulte. Nous le contestons, car c'est la répression sur une longue période de la fonction nasale qui produit la déviation du septum du nez. Cette déformation en elle-même devient pour le sujet un nouveau point faible. La surcharge énergétique locale constitue en effet un terrain de culture favorable au développement de corps étrangers, de microbes, sources de rhinites répétées ou chroniques.

Certains sujets présentent depuis l'enfance une disposition très caractéristique aux rhumes, liée chez eux au besoin de se protéger d'une crise existentielle en maintenant, grâce à la rhinite, le contact avec soi : la voix nasillardes de l'enrhumé est celle de quelqu'un qui parle en dedans, à lui-même, et bloque l'expressivité de l'émission vocale. S'exprimer en dedans peut aussi se faire par un écoulement de larmes rentrées qui provoquent une rhinite en sortant par les points lacrymaux. Très souvent, la rhinite

se complique d'une pharyngite ou d'une laryngite et atteint alors des sujets au narcissisme très marqué, et dont l'agressivité destructive sort sous la forme d'un sentiment de révolte, de rébellion : nous avons là la transition entre le nez et le cou à travers la bouche. En même temps que le nez coule, il y a fréquemment chez les femmes une sécrétion vaginale plus importante et chez les hommes une facilité à l'érection, situations se rapprochant de celle créée par l'excitation.

Une condition identique se diffusant de la muqueuse des cavités nasales à celle des cavités des os du crâne déterminera une sinusite ou la sinusite chronique.

Les polyposes du nez sont, au contraire, des tentatives de décharger ce surplus d'énergie, mécanisme que l'on retrouve dans toutes les néo-formations et le cancer comme besoin symptomatique d'auto guérison.

L'épistaxis, le saignement du nez, est lui aussi un moyen de se décharger, d'une hypertension artérielle par exemple, ou d'une congestion qui, avec le temps, pourrait provoquer une hémorragie cérébrale. Les personnes sujettes à de telles manifestations sont classées comme ayant un terrain lymphatique. Ce terrain montre le besoin d'avoir dans la formule sanguine davantage de globules blancs : il existe en effet une relation entre les lymphocytes, la sérotonine et le métabolisme de certains acides aminés, le tryptophane en sérotonine, laquelle permet le fonctionnement de certaines zones cérébrales, entre autres thalamiques et hypothalamiques : les zones de l'affectivité.

L'approche psychodynamique du blocage du nez, anénergétique ou hyperénergétique, détermine trois aspects fondamentaux :

- 1) une attitude de déficit, défense permanente due à l'habitude de se réprimer et de garder une distance. Cette distance correspond à une coupure du contact compensée par
- 2) l'excès de pseudo-contacts qui comporte la répression de la spontanéité et des besoins primaires ;
- 3) une rationalisation qui exprime une défense intellectuelle inconsciente et fait croire au sujet que son « moi » est le meilleur du monde, c'est-à-dire bon, bien, valable !

C'est trois éléments du blocage affectif constituent une défense contre la dépression psychotique, conséquence de la répression des besoins et de la spontanéité.

Au fond, la tonalité émotionnelle de ces sujets est la dépression, mais leur résistance à la thérapie est grande : en effet, quiconque a renoncé à satisfaire ses besoins est mort et un mort ne peut désirer une thérapie. Et ces personnes disent précisément : « Je n'ai besoin d'aucune thérapie ». On trouve chez ces sujets une raideur neurovégétative sympathique. Les traits secondaires sont l'idéalisation, l'envie liée aux yeux qui exagère tout, et la possessivité, plus que la jalousie, est liée à la bouche : ces niveaux sont plus ou moins bloqués et c'est pourquoi nous considérons ces sujets comme border-line. L'olfaction, sans blocage de même que l'ouïe, détermine une personnalité ouverte, disponible, prête à recevoir du fait que, lors de la vie fœtale, le liquide amniotique s'introduit physiologiquement dans les cavités du corps (nez, oreilles, bouche) et que le fœtus accepte cette intrusion sans être gêné.

L'acting proposé en thérapie consiste à prendre et faire sortir le souffle par le nez en montrant les dents, comme un félin, ce qui correspond à l'expression de l'agressivité.

Cet acting, à travers l'abaissement du diaphragme, pousse l'énergie vers le sixième niveau, celui de l'abdomen, c'est-à-dire l'avant-dernier niveau, qui précède celui des organes génitaux.

LE DEUXIEME NIVEAU : LA BOUCHE

Le deuxième niveau, la bouche, représente l'axe de la vie émotionnelle par la relation avec le non-soi et avec l'autre. C'est principalement au travers de la bouche que nous nous chargeons d'énergie par l'alimentation et que nous communiquons par la parole. Du point de vue anatomique, la bouche est une cavité comprenant des annexes : les dents, la langue, les glandes salivaires. Cette cavité se termine par l'arc amygdalien et va jusqu'à la gorge où commence la bifurcation des tubes laryngé et œsophagien. C'est pourquoi les maladies de la bouche ont toujours à voir avec la fonction de la bouche : l'oralité. La langue est l'organe du goût et toute la bouche, dès la naissance, permet de prendre contact avec la réalité en termes de plaisir, gratification, déplaisir, frustration, refus. La fonction de l'alimentation unit ce niveau au premier niveau par l'odorat et la vue. Les études de Pavlov montrent que la sécrétion de la salive est influencée par le système neurovégétatif : l'excitation parasympathique fluidifie la salive jusqu'à provoquer une sialorrhée ; celle du sympathique épaissit la salive, la rendant gommeuse, dense jusqu'à l'asialie, c'est-à-dire la rétention de la salivation. Ce dernier phénomène apparaît avec la peur, la colère, lorsque les surrénales sont activées ; si dans ce cas le sympathique est inhibé, une hypersécrétion gastro-intestinale par vagotonie l'accompagne, responsable des troubles tels que la diarrhée.

On comprendra aisément dans ces conditions qu'il convient d'épargner au nouveau-né de pareilles situations émotionnelles. S'alimenter exprime aussi pour le nouveau-né le besoin d'être aimé, rassuré et la possibilité de s'abandonner à la détente une fois repu. Ses difficultés alimentaires sont fréquemment dues à une insécurité basale, une relation saine avec la mère comporte une alimentation de qualité. Puisque la mère est l'objet d'amour, sa perte symbolique ou réelle provoque dans le développement psychoaffectif une condition dépressive, dont une des manifestations courantes est la jalousie. Et puisque l'agressivité érotique orale du nourrisson envers le mamelon maternel satisfait sa faim, besoin primaire, la frustration de cette agressivité donne naissance à la destruction orale.

La perception de la faim procure une excitation au nouveau-né, qui se transforme en agitation douloureuse si ce besoin n'est pas satisfait : nous envisageons le lien entre sexualité orale et génitale en soulignant que les caractères phalliconarcissiques et hystériques ont faim de sexe, tandis que le caractère génital possède un sain appétit sexuel. Il s'agit d'une compensation, comme sucer son pouce pour l'enfant, fumer ou mâcher du chewing-gum. La gourmandise exprime l'agressivité orale en tant que pulsion d'incorporer l'objet aimé, pulsion qui devient destructive si le sujet a besoin de mordre qui

comporte un sentiment inconscient de culpabilité. Toute l'orthodontie et les maladies dentaires renvoient à cette frustration orale avec culpabilité réactive.

Comme la nourriture se confond pour le nouveau-né à la relation d'amour, elle prend une signification affective (les amoureux sont comblés d'amour et ne ressentent pas la faim ; les peines d'amour au contraire s'oublent dans le chocolat ; la gourmandise des vieillards allège leur solitude). Cette signification affective s'exprime d'ailleurs dans la coutume ancestrale du repas de deuil pour soulager la perte d'un être cher. Un allaitement déficitaire ou bien un sevrage brusque ou précoce est à l'origine de cette condition dépressive caractérielle qui fait diminuer le besoin sexuel, ou qui, dans les cas de dépression cryptique, remplace l'alimentation par besoin sexuel.

La position dépressive anxieuse se manifeste par la boulimie, compensation du besoin d'être aimé, tendance à dévorer l'objet gratifiant pour mieux le posséder ; et lorsque cette boulimie fait grossir, elle exprime le désir inconscient d'identification avec la mère enceinte. La cleptomanie également compense l'absence de gratification orale. La phase orale implique nécessairement une dépendance qui devrait, petit à petit, être surmontée pour aboutir à l'autonomie, mais une mère anxieuse dont l'unique préoccupation est de donner à manger rend son enfant insatisfait ; il deviendra un adulte qui ne mangera pas vraiment mais grignotera, ou refusera de s'alimenter, ou encore sera passif vis-à-vis de la nourriture et par conséquent obèse. Une faim infantine peut, par ailleurs, se « déplacer » psychologiquement et devenir une pulsion d'être reconnu comme s'il s'agissait d'un besoin primaire : la soif de reconnaissance, ou encore une pulsion égalitariste : la soif de justice. Très souvent un comportement nourricier inadéquat de la mère engendre chez l'enfant une ambivalence qui se manifeste par le vomissement : envie de prendre, incorporer, introjecter et dans le même temps de rejeter, de refuser.

Le côté psychologique de l'alimentation concerne également la nourriture en elle-même, laquelle devrait avoir un goût agréable pour que manger soit un plaisir. La préparation et l'ambiance dans laquelle sont pris les repas ont aussi leur importance : les préparés en série, qu'on ingurgite rapidement, debout, impliquent des mouvements musculaires parasites et une dispersion d'énergie qui perturbent l'assimilation et qui favorisent l'apparition de troubles de l'appareil digestif comme les gastrites, les duodénites, les ulcères. Le noyau oral des manifestations psychopathologiques prend racine dans les frustrations survenues lors des quatre premiers mois de la vie pour les psychonévroses, et du cinquième au neuvième mois pour les névroses. Ce noyau oral est responsable de la difficulté de contact avec l'autre. Avec cette difficulté de contact, on observe soit une dépendance due à la passivité, soit une agressivité orale sadique par réaction expriment l'une et l'autre un trouble de la communication.

La psychopathologie de l'oralité est marquée par la dépression, mais on ne retrouve jamais de caractère oral à l'état pur : en effet un nourrisson incapable de surmonter dans le temps la phase orale meurt, ainsi que le prouve le syndrome de la dépression anaclitique. Il est plus exact de parler de traits caractériels oraux fondamentaux et il est d'ailleurs difficile de trouver quelqu'un exempt de traits psychologiques de la personnalité liés à la bouche, ainsi qu'aux yeux. A part les psychotiques ou les schizoïdes, nul ne peut s'empêcher de sombrer dans la dépression à la suite d'une perte ou d'une grande frustration affective ; le manque, l'insatisfaction, la privation précoce ou brusque du sein maternel provoquent ce sentiment de

perte à l'origine de la « dépression » et ce moment existentiel imprégnera toute la vie affective de l'individu. La condition dépressive apparaît comme une insatisfaction s'accompagnant de facilité à devenir déprimé, ou bien comme une tendance à réagir avec rage. Il existe, par conséquent, une oralité insatisfaite ou une oralité refoulée par la rage, avec dans les deux cas, en toile de fond, l'émotion primaire de la peur. Mais tandis que l'oral insatisfait cache une dépression en réalité toujours consciente, qu'il tente de compenser par la nourriture, l'alcool, le tabac et, dans les cas graves, la drogue ; l'oral refoulé dont le sevrage a été précoce ou brusque, refuse la dépression et va de l'avant en serrant les dents avec cette contraction chronique des masséters. Il y a souvent chez les oraux refoulés un aspect phalliconarcissique ou hystérique, mais, lors de situations conflictuelles, ils régressent dans des explosions psychotiques dues à leur agressivité destructive accompagnée de rage et susceptibilité interprétative allant jusqu'aux manifestations paranoïdes. Ils compensent en général leur tendance dépressive avec le plaisir des yeux au travers de la lecture, de l'esthétique ou des hallucinogènes.

L'incoordination fonctionnelle entre les yeux et la bouche entraîne l'apparition du syndrome maniaco-dépressif ; dans la phase dépressive, le sujet présente une difficulté à regarder l'autre ou soi-même, mais pour ce qui est de la bouche une tendance à la rumination agressive. Dans la phase maniaque il regarde de droite à gauche pour explorer et se protéger tout en éprouvant le besoin de sucer avec la bouche tout ce qui est à sa portée.

L'oralité enfin peut cacher une dépression cryptique dans le cas où un blocage du nez la compenserait et dans ce cas la symptomatologie explose si ce blocage n'assume plus son rôle défensif.

On peut retrouver un manque d'appétit périodique dans toutes les manifestations psychopathologiques, mais si ce manque d'appétit est seul symptôme, et qu'il est constant, il s'agit d'anorexie mentale. Cette maladie touche les filles à l'âge pubertaire et se traduit par une perte de poids importante. Le diagnostic différentiel porte sur la maladie de Simmonds dont la lésion hypophysaire engage l'ensemble des fonctions hormonales.

Dans l'anorexie mentale, on observe un arrêt de la croissance avec blocage des règles, aménorrhée, un état de fatigue prononcé, la perte de poils axillaires et la disparition de l'intérêt sexuel. Cette manifestation morbide psychosomatique a pour prodrome le refus du nourrisson à téter. La déficience du contact entre le nouveau-né et sa mère, c'est-à-dire le monde extra-utérin, est à l'origine de ce refus. On peut risquer une comparaison avec l'ictère du nourrisson, qui signifie que son foie n'est pas encore prêt à s'adapter à la situation hors de l'utérus mais fonctionne encore sur le mode fœtal. A l'examen psychiatrique, l'anorexie mentale montre des traits schizoïdes, une humeur dépressive, des tendances obsessionnelles avec une susceptibilité et une ambition exagérée. Au point de vue psychosomatique, les sujets atteints font preuve d'une grande agressivité inconsciente, accompagnée d'envie et de possessivité, tout à fait caractéristiques de la maladie. Ces pulsions sont pourtant consciemment réprimées, l'anorexique ne veut pas reconnaître ses faiblesses. Dans tous les cas, il y a refus d'identification avec la mère, avec le féminin. L'anorexique se prive de la gratification de manger soit pour se punir de sa possessivité et de ses envies réprimées, soit pour expier la culpabilité de fantasmes érotiques oraux consistant à dévorer l'objet aimé. Signalons qu'il existe chez certains, qui ne sont pas

pour autant des anorexiques mentaux, une inhibition à manger en public, correspondant à des fantasmes érotiques ou de castration oraux. En aucun cas cependant, il ne faut forcer ces sujets à manger de peur de provoquer une résistance thérapeutique.

Dans la bouche ou sur les lèvres, tout comme d'ailleurs sur les organes génitaux, peuvent apparaître des vésicules douloureuses, qu'on nomme aphtes et boutons de fièvre pour les éruptions herpétiques, qui trouvent là le terrain favorable pour éclore comme décharge d'une stagnation énergétique. Elles expriment souvent le désir d'une gratification érotique dont le sujet s'empêche inconsciemment, un peu comme l'acné. Quant à ces manifestations morbides liées à la bouche que sont les stomatites, les gingivites, la pyorrhée, nous les attribuons à la difficulté à mordre. Le blocage des mâchoires empêche l'énergie d'arriver aux dents et que ce déficit énergétique favorise le développement des bactéries. La difficulté d'accepter se traduit par une difficulté à avaler et que le manque d'appétit, la nausée, avec amaigrissement signifient soit un dégoût soit un sentiment de rejet. L'effort pour accepter, avaler, digérer le réel peut provoquer, outre les maladies de la bouche, des affections de l'estomac (gastralgies, gastrites, ulcères) et de l'intestin (colites, constipations, diarrhées).

Les dents sont à considérer selon trois fonctions : comme armes, comme instruments, comme ornements. Chez les primitifs, la signification des dents est avant tout celle d'armes ou d'instruments ; dans nos cultures, du moins pour ce qui est des derniers siècles, ce serait plutôt celle d'ornements, servant à séduire. Notons que la phonation de certaines consonnes dépend des dents, ce qui renforce encore leur fonction dans les relations sociales. Les incisives ont pour leur part une problématique particulière car elles jouent un rôle important dans le sourire, le contact, et leur dégradation ou leur chute peuvent mettre la personne dans une situation difficile à vivre socialement. De façon générale, l'importance des dents n'est perçue qu'avec leur perte, perte vécue chez les caractères oraux comme un véritable deuil engendrant une crise dépressive. Les dents, comme les cheveux, sont considérées comme une expression de jeunesse, de force, de vitalité, et par conséquent leur perte est perçue comme menaçante, comme une castration. En thérapie survient fréquemment le rêve de la perte des dents qu'il convient d'interpréter comme la perte de la position sadique orale. Cette liaison entre la perte des dents ou des cheveux et la castration explique la peur qu'ont les enfants, et aussi nombre d'adultes, vis-à-vis du dentiste ou du coiffeur, la peur de ce qui arrache et coupe. Il est bien sûr nécessaire de faire une élaboration de cette anxiété enfantine non seulement avec les actings de la thérapie mais surtout par la verbalisation qui donne la possibilité de faire fonctionner la bouche en s'exprimant, de sentir les dents. Rappelons enfin que l'identification de l'enfant avec certains animaux comme le lion, l'ours, lui permet de se sentir fort, capable de mordre, d'attaquer et donc d'exprimer sa destructivité orale. On comprend alors que la coutume qui compense la perte des dents de lait par un petit cadeau, une gratification, serve à rassurer l'enfant de son sentiment de culpabilité liée à la destructivité orale. Rappelons encore les expressions « avoir la parole coupante, mordante », « dire des choses amères, acides ou douces, sucrées »...

Certains troubles de la parole (bégaiement) et de la prononciation (zézaiement) sont liés à une immaturité de la fonction orale avec évidemment un engagement du diaphragme.

La fonction de communication érotique de la bouche, embrasser, dévorer de baisers, sucer, démontre le rapport entre l'oralité et génitalité.

La thérapie cherche à faire surmonter la problématique du deuxième niveau grâce à la méthodologie des acting, la bouche grande ouverte, la bouche qui tète, qui mord. Lorsque l'acting qui était au départ douloureux devient agréable, on considère que le sujet a récupéré cette fonction.

LE TROISIEME NIVEAU : LE COU ET LE HAUT DU THORAX

Le cou est le premier niveau prégénital. La neuropsychologie attribue au mammifère humain trois instincts : le sommeil, la faim, le sexe. Ces trois instincts sont l'expression de l'instinct de conservation que nous localisons précisément dans le cou. Nous situons à ce niveau le narcissisme primaire, c'est-à-dire physiologique, qu'hélas, les conditions culturelles et éducatives ont transformé en narcissisme secondaire, c'est-à-dire névrotique.

Le troisième niveau : le niveau du cou (langue, larynx, sterno-cléido-mastoïdiens) et le thorax haut avec les épaules et les bras. Cette région est anatomiquement très importante car on y trouve les vaisseaux carotidiens et jugulaires destinés au transport du sang entre le cœur et le cerveau, les voies nerveuses qui font le trait d'union entre la tête et le reste du corps, le début de l'appareil digestif (pharynx, œsophage), de l'appareil respiratoire (larynx, trachée, poumons) et plusieurs glandes vitales (la thyroïde, les parathyroïdes, le thymus). C'est enfin là que sont situés les premiers centres ganglionnaires du système neurovégétatif sympathique ; le tronc sympathique cervical naît à la base du crâne, arrive au thorax à la hauteur de la première côte et comporte trois ganglions dont les voies d'associations avec le système nerveux central expliquent les troubles vasculaires, musculaires, trophiques, susceptibles de se produire dans tout le membre supérieur à la suite de dommages organiques ou fonctionnels.

Au point de vue anatomique, la longueur du cou est constante, même si la morphologie fait penser qu'il existe des variations qui sont dues en réalité à la tension des muscles reliant les vertèbres cervicales aux clavicules et aux omoplates.

Le blocage énergétique du troisième niveau touche pratiquement tout le monde. L'excès de défense narcissique provoque un reflux de l'énergie vers le haut ce qui entraîne des comportements paranoïaques. Le narcissisme naît avec l'exploration du corps et la sensation de plaisir éprouvée grâce aux mains dans l'auto-érotisme : c'est le début de la masturbation et de la découverte de l'identité sexuelle. Ce narcissisme primaire est formé d'un moi intra-physique et d'un moi inter-psychique, « moi » et « je », exprimant le contact avec soi et le contact avec les autres. Toute répression de l'identité sexuelle du moi déclenche le phénomène d'ambivalence, à l'origine de l'homosexualité latente.

La répression du narcissisme primaire ne fait qu'endurcir la pulsion narcissique, qui se transforme alors en narcissisme secondaire ; la partie haute du thorax se gonfle dans ce cas de haine, étouffant toute potentialité affective, et comprimant, tant au sens propre qu'au sens figuré, le cœur. Cette position narcissique secondaire handicape la créativité, l'amour : la joie de créer disparaît au profit du plaisir de se faire reconnaître pour acquérir du pouvoir. Le blocage du cou amène donc physiquement à une rigidité musculaire qui s'étend de la nuque à toute la colonne vertébrale, et psychologiquement à une rigidité du caractère. La limitation des mouvements du cou se répercute sur la façon dont le sujet regarde autour de lui, forcément limitée, ce qui lui fait perdre de vue l'ensemble au profit du détail et l'amène sur des positions narcissiques. Sa vision du monde est conditionnée par son milieu socioculturel et l'idéal du moi proposé qu'il lui faut atteindre pour ne pas se déprécier. Un certain type d'éducation, incluant la compétition sportive, favorise cette immaturité.

Nous l'expliquons en situant dans le cou un surmoi primitif (l'autre étant situé dans le bassin) responsable de l'insatisfaction qui pousse le sujet à l'ambition, à la compétition, au carriérisme. Il perd la possibilité de sentir ses limites et il confond dignité avec orgueil, vanité ou fierté. Le narcissisme se situe dans le cou, le masochisme dans le diaphragme et le lien entre eux est très important.

Notre société privilégie le pouvoir plutôt que la puissance, et la violence pour le conserver plutôt que la loi. Tels sont également ceux qui sont atteints du complexe d'Atlas, portant le monde sur leurs épaules, se chargeant de responsabilités et exhibant leur efficacité, s'estimant non seulement nécessaires mais indispensables.

Le blocage du cou provoque une coupure entre la tête et le corps ; il rend rationnel, capable de tout justifier. Il fait privilégier le rôle social au détriment de la fonction existentielle, l'idée de vivre pour les autres, et non avec les autres, jusqu'à la prétention de se rendre immortel. Ainsi on finit par bloquer les émotions, vivre le rôle contre la nature, favoriser la technologie contre la science et l'art et contribuer au désastre écologique ; enfin, on renonce à l'humour. Ce blocage provoque l'apparition de l'arthrose cervicale, si répandue précisément à cause de la nécessité de « faire-face », du self-control qui réside dans le cou. Ce même blocage est à la source de la tension chronique inter-scapulaire responsable de dorsalgies qui indique toujours une rigidité et une obstination dans le caractère.

Or l'utilisation des actings de la thérapie amène une abréaction émotionnelle qui exprime une défense, ou un interdit inconscient par rapport à une image masculine dans le cas de torticolis droit ou féminine dans le cas de torticolis gauche. Nous pensons que la genèse du torticolis congénital est également un mécanisme de défense car le cou est le siège de l'instinct de conservation. Les troubles des scalènes, muscles plus profonds, sont responsables de la difficulté qu'ont certains à hurler – due à une éducation répressive, et à avaler : sensation d'étouffement, toux spasmodique, ou boule dans la gorge caractéristique de l'hystérie, chez qui le blocage du cou est lié à celui du bassin ; il s'agit alors d'une situation fantasmatique en rapport avec un état sexuelle et affectif que le sujet ne peut ou ne veut pas accepter.

La névrose narcissique, sous-jacente à la pathologie de l'ensemble du niveau, est particulièrement évidente pour ce qui concerne les seins : des motivations narcissiques inconscientes, la peur de s'abîmer renforcée par le conditionnement esthétique culturel, provoquent souvent chez les femmes des troubles de la lactation par inhibition hypothalamique ou encore des mastites, infections locales. La sensibilité du mamelon dépend du muscle papillaire qui, en se contractant, cause l'érection. Si ce muscle est atone, le mamelon est rentré, ce qui empêche l'allaitement et arrive à des femmes qui considèrent leur poitrine avec morbidité et non comme un organe sexuel secondaire. Il arrive que l'enfant refuse le lait de la mère parce qu'il a un goût amer, dû au passage des sels biliaires dans le sang et donc dans le lait : il s'agit en fait de mères « bilieuses », coléreuses. Toute la pathologie des seins commence à la puberté par confusion d'identité et angoisse de castration lorsqu'ils sont pour l'adolescente un équivalent de pénis.

La gynécomastie, augmentation du volume des glandes mammaires, qui frappe également les hommes, peut être primaire à la puberté, ou secondaire à une castration physique mais parfois aussi psychologique, et signe dans tous les cas une dysfonction hypophysaire.

Le larynx, carrefour entre la bouche et l'œsophage, est sujet à des inflammations : pharyngites ou amygdalites. A partir d'une angine qui touche le tissu spongieux des amygdales, similaire du point de vue anatomique à celui de l'appendice peut se développer, un rhumatisme articulaire aigu, une néphrite, une appendicite. Cette dernière révèle un trouble profond de l'affectivité.

En avant de l'œsophage, le larynx constitue l'ouverture des voies respiratoires ; son inflammation, la laryngite, est caractérisée par la dysphonie, voire l'aphonie, lorsque l'extinction de voix est une somatisation, il s'agit toujours d'une situation affective où l'on s'empêche soit de parler, soit de crier. La thérapie, dans ce cas, demande de hurler la tête renversée, hors du divan, en prêtant attention à la pose de la voix, l'abréaction émotionnelle fait disparaître le symptôme.

La thyroïde, dont l'importance est considérable, puisque entre autre elle est responsable de la vitesse des processus mentaux, est un exemple frappant des inter-relations existant entre psyché et soma ; sa pathologie a toujours été un champ de prédilection pour la médecine psychosomatique. Elle influence la croissance osseuse et de la créativité. Mentionnons que la décharge sexuelle génitale comporte toujours une augmentation de la sécrétion des hormones thyroïdiennes. L'hyperthyroïdie donne une symptomatologie neurovégétative : tremblement, hyper sudation, tachycardie, insomnie, hyperthermie, amaigrissement. Cette symptomatologie implique une déperdition énergétique, signe de gravité dans l'économie vitale. L'hypothyroïdie, au contraire, entraîne un ralentissement des processus mentaux allant jusqu'au crétinisme. Les hommes déficients thyroïdiens sont le plus souvent stériles et les femmes prédisposées à l'avortement. C'est l'anxiété qui cause l'hyperthyroïdie. En effet, le fonctionnement de la glande est stimulé et régulé par l'hormone thyrotrope hypophysaire ; sachant que la perception par les télérécepteurs du premier niveau peut donner de l'anxiété, nous en déduisons que le mécanisme de défense utilisé fait se charger d'énergie la zone hypothalamique ce qui stimule l'hypophyse : pour assumer un état de stress permanent, il faut pouvoir penser avec une certaine rapidité.

Les auteurs allemands ont rapporté l'apparition de maladies de Basedow à la suite d'épouvantes ou de menaces et Conrad, pour sa part, au cours de psychothérapies verbales, a remarqué que le « thyroïdien » rougit depuis le haut du thorax jusqu'aux joues lorsqu'on touche à son conflit. Ce conflit prend sa source dans l'enfance et réside dans la relation avec la mère ; il s'accompagne d'une répression de l'anxiété par peur de perdre la protection et l'affection maternelle, avec en plus pour les femmes, une crainte de la maternité, de la grossesse et de l'assomption du rôle maternel. Groddeck interprétait le goitre comme l'expression d'un désir d'enfant refoulé, la grosseur, la grossesse. Un tel conflit naît de l'effort pour égaler la mère, mais avec la peur de devoir assumer les mêmes responsabilités qu'elle et le même sort peu enviable. Cette ambivalence procure un stress continu que le cou doit contrôler en se chargeant d'énergie et en stimulant d'avantage le sympathique cervical ce qui se répercute sur la thyroïde et sur le cœur (tachycardie, arythmie). Il est révélateur que l'hyperthyroïdisme démarre au moment où le sujet doit affronter un changement dans ses conditions de vie, en particulier s'il s'est trop chargé de responsabilités anxiogènes qui le font suffoquer et qui lui nouent la gorge. Le goitre hyperthyroïdien est au contraire parfois utilisé pour échapper aux responsabilités et se réfugier dans la maladie afin de se faire soigner et aimer. Si ce sujet s'identifie avec l'un des parents, il peut présenter en plus des troubles digestifs comme la diarrhée, qui représente la tentative d'éliminer le parent introjecté. Très souvent, l'hyperthyroïdien a l'impression de ne pas avoir reçu de sa famille suffisamment d'affection et d'intérêt. L'effort qu'il a du faire pour cacher aux autres son problème affectif a déterminé une situation de stress prolongé liée au sentiment de culpabilité causé par l'hostilité envers les parents ; cet effort narcissique pour survivre est inconscient.

Le troisième niveau incluant la partie haute du thorax, c'est là que se localise, le sentiment de l'amour, comme action, et la haine, dans le thorax gonflé, évidemment comme réaction. La thérapie permet de décharger cette haine en aidant le sujet à renoncer à la perfection, pour lui comme pour les autres, afin de surmonter son côté narcissique. Quand il retrouve l'humilité et la sagesse suffisantes pour reconnaître ses faiblesses, il perd l'anxiété d'avoir à les nier et à paraître fort.

LE QUATRIEME NIVEAU :

LE THORAX

Dans le thorax se trouvent le cœur et les poumons. Le cœur est un muscle. Ses vaisseaux, ceux destinés à la circulation sanguine de l'organisme comme ceux qui lui sont propres, les coronaires, comportent tous une paroi musculaire sujette aux variations du tonus du sympathique (contraction) et du parasympathique (dilatation).

Le cœur occupe l'espace intrathoracique médiastinal, et, de la même façon que les poumons le sont par la plèvre, il est recouvert d'une membrane à deux feuillets, le péricarde, la cavité cardiaque est également recouverte d'une membrane, l'endocarde. Le mouvement rythmique du cœur naît de la spécialisation de certaines fibres musculaires qui propagent leur impulsion à l'ensemble du muscle, provoquant ainsi la succession de *contraction-expansion* appelée *systole-diastole* et permettant

l'analogie avec une pompe aspirante et refoulante. Ce tissu musculaire peut être sujet à des inflammations, les myocardites, arrivant souvent au décours de maladies infectieuses fébriles, ou à des myocardoses, des dégénérescences tissulaires, elles-mêmes conséquences de myocardite ou d'athérosclérose. Dans les deux cas, la diminution de la puissance contractile fait risquer la mort par insuffisance cardiaque. La nourriture du muscle cardiaque est assurée par le sang véhiculé dans les artères coronaires, ce qui explique la gravité de la pathologie coronarienne. Les coronaires, à la suite d'un stress stimulant le sympathique, peuvent se spasmer à tel point que le diamètre de l'artère s'en trouve totalement obstruée, empêchant l'afflux de sang et déterminant une manifestation ischémique transitoire (angor) ou définitive (infarctus). L'athérosclérose crée également des lésions sténosantes ou oblitérantes des coronaires ; mais il faut préciser que l'athérosclérose est une conséquence de troubles du métabolisme lipidique avec augmentation du cholestérol et des triglycérides. La pathologie coronarienne est toujours accompagnée de douleurs cardiaques, résultant soit d'une augmentation du travail et du débit cardiaque provoqué par du ressentiment, de la rage, de l'anxiété ou de la peur, soit d'une diminution du débit cardiaque due à la faiblesse de l'apport sanguin s'accompagnant de désespoir, de renoncement et d'angoisse de mort.

Quelques expressions : on parle d'homme de cœur pour quelqu'un de généreux, de personnes sans cœur pour un indifférent, ou au cœur dur, froid, pour quelqu'un d'impitoyable. On précise aimer avec tout son cœur, on dit avoir le cœur gros ou mal au cœur pour souffrir, recevoir un coup au cœur pour avoir peur, on parle de cœur léger ou de cœur plein d'amertume... Dans la langue française enfin, le synonyme de nausée est le « mal au cœur », ce poids qui pèse sur la poitrine et donne envie de vomir, dont on se soulage aussi en disant ce qu'on a sur le cœur !

La névrose cardiaque, très répandue, prend au pied de la lettre certaines de ces expressions. Elle est provoquée par une tension prolongée avec la peur de la mort soudaine. Alors que normalement personne n'est conscient de son rythme cardiaque, cette névrose rappelle au sujet l'existence de son cœur par la prise de conscience des palpitations. Il s'agit d'un trouble fonctionnel sans aucune base organique : on peut vivre toute une vie avec une tachycardie, des palpitations dues à une situation psychoaffective qui amplifie les pulsations sans modifier l'électrocardiogramme. On a observé des phénomènes similaires sous hypnose en conditionnant l'individu à une situation pénible pour lui. Le névrosé cardiaque s'identifie souvent à des parents auxquels il était affectivement attaché, eux-mêmes décédés de troubles cardiaques, identification majorée par le préjugé qui attribue un caractère héréditaire aux cardiopathies. Au contraire des cardiopathies, les troubles de la névrose cardiaque sont temporaires et focalisent l'attention de l'individu comme tout autre organe ou toute partie du corps pourrait le faire.

La symptomatologie de la névrose cardiaque associe une douleur rétro sternale, un sentiment de fatigue, une respiration irrégulière et une tachycardie avec palpitations, la sensation de froid ou de chaud dans les extrémités. Elle se déclare quand un sujet prédisposé, c'est-à-dire en état de tension prolongée, demande à son organisme de fournir un effort supplémentaire. L'électrocardiogramme ne montre jamais d'altération de l'onclet T. Cette absence d'altération indique qu'il s'agit d'une situation pseudo-angineuse, mais non d'un véritable angor et le thérapeute doit dire très fermement, même si les crises sont terribles, que le sujet n'a rien à craindre de son cœur.

Lors de ces crises angineuses, les douleurs peuvent être soit comme un coup de poignard, soit comme une constriction au niveau du cœur ; mais dans les deux cas, si on fait correctement respirer le sujet, la crise cesse, ce qui lui prouve qu'il n'y a pas d'atteinte organique. Ce sont en fait des névralgies intercostales qui constituent le point de départ d'une névrose cardiaque et Willis a remarqué qu'apparaissent fréquemment sur la zone de la poitrine dont se plaint le sujet des herpès ou des manifestations altérant la sensibilité. De façon constante, les névrosés cardiaques disent que quelque chose les opprime et, mis en condition de parler librement, ils expriment leurs troubles psychologiques. Or le travail du cœur, on le sait, augmente toujours à la suite d'une situation de rage, de déception, d'humiliation ou d'angoisse jusqu'à donner, par les palpitations, la sensation « d'avoir un cœur » ce qui ne signifie pas avoir le cœur malade.

Cette sensation « d'avoir un cœur » sert à éloigner, comme toute somatisation, un conflit affectif qui se fait « sentir », c'est une fuite. Le conflit a trait en général à une séparation et la problématique du névrosé cardiaque est dominée par sa peur du refus, de l'abandon, de la solitude ou par une déception qui blesse son côté narcissique. Freud souligne que ce type de personne est toujours enclin à une interprétation pessimiste des choses. L'aspect hypocondriaque est tout à fait caractéristique dans la névrose cardiaque : un incident de santé mineur déclenche la dépression avec un énorme besoin de contact, une soif, une faim de contact qui confirme le noyau oral anxieux de cette pathologie qu'on ne retrouve ni dans l'angine de poitrine ni dans l'infarctus. C'est pourquoi la respiration, qui permet de combler la soif d'oxygène et de contact, est fondamentale dans la névrose cardiaque et résout les crises.

L'angine de poitrine, l'angor, atteint presque sélectivement certaines catégories socioprofessionnelles et en leur sein les individus hyperactifs, compétitifs. Elle peut aboutir à l'infarctus s'il y a une augmentation de la tension artérielle. Le carriérisme, l'arrivisme sont parmi les facteurs les plus directement responsables des maladies coronariennes ; on a pu noter chez les malades à la fois un mode de pensée typiquement pragmatique, un enlèvement dans la routine, une sur adaptation à la technicité, une compulsivité dans le travail qui donne la sensation de toujours manquer de temps, un désir d'être irréprochable et une difficulté à l'identification ainsi qu'à l'élaboration verbale. Ce sont des personnes qui subordonnent à leur désir de perfection tous les besoins, les pulsions, les sentiments. La maîtrise de leurs conflits intérieurs, réalisée au prix d'une agressivité et d'une anxiété, exprime en fait une immaturité affective produite par l'éducation qui lie l'idéal du moi au devoir, au détriment du plaisir. Trop réservées et prisonnières de leur refoulement, elles ne peuvent exprimer de manière adéquate leur affectivité.

D'un point de vue diagnostique, leur comportement vis-à-vis des sentiments et des pulsions est révélateur : il y a chez elles des fixations à la fois orales et anales, des traits d'oralité insatisfaite compensée par un tabagisme et/ou un alcoolisme sporadique, ou bien encore révélée par un diabète sucré avec obésité et des traits caractériels anaux éclairés par leur rigidité, leur méticulosité, leur parcimonie, leur tendance à collectionner et à accumuler. Le besoin de self-control leur fait donner un rôle secondaire à la sexualité, et l'agressivité, qui ne peut s'exprimer érotiquement, provoque des

explosions de colère incontrôlée et destructrice vis-à-vis de l'objet aimé. Le sentiment de toute puissance se manifeste au travers de la poursuite de réalisations extraordinaires, de succès exceptionnels ; ces personnalités utilisent fréquemment les mots « conquête, réussite, affirmation de soi, indépendance, autonomie ». L'idéal du moi l'exigeant, elles donnent une impression de calme et de solidité mais quand le taux d'anxiété n'est plus contrôlé, cela aggrave la maladie et les engage dans un cercle vicieux anxiété-cardiopathie.

La composante dépressive orale amène, quant à elle, à l'infarctus. L'infarctus du myocarde est souvent l'aboutissement de crises angineuses répétées mais peut se produire sans qu'il y ait jamais eu auparavant de douleurs. Alors que la douleur angineuse immobilise le malade qui, submergé par l'angoisse, retient son souffle, celle de l'infarctus panique le sujet qui s'agite pour chercher de l'aide.

On disait classiquement qu'il fallait interdire la sexualité aux victimes d'infarctus. Cette idée erronée commence heureusement à être contestée et nous pensons à l'inverse qu'il faut diminuer l'anxiété des cardiaques à ce sujet et les pousser à gérer leur sexualité qui est un besoin primaire : la vie sexuelle comporte, du point de vue physiologique, une stimulation vagale, c'est-à-dire une expansion, une vasodilatation, une transpiration qui ne peuvent qu'aider à l'apport sanguin du muscle cardiaque.

Les poumons : la respiration est un moyen de communication et d'expression en dehors de la parole : la tristesse diminue la profondeur du souffle, le plaisir l'augmente. Les anxieux respirent superficiellement, irrégulièrement, en prolongeant l'inspiration aux dépens de l'expiration, toujours incomplète. Les émotions influencent la respiration ; il est habituel de trouver une respiration entrecoupée de soupirs en cas d'angoisse, une difficulté à respirer en cas de peur, ou encore une sensation d'étouffement ou d'oppression thoracique.

La symptomatologie des pleurésies associe en général une douleur thoracique inspiratoire, une toux sèche, une dyspnée, une fièvre. Il faut mentionner l'hydrothorax, ainsi que l'hémithorax qui se produit à la suite d'un traumatisme thoracique et le pneumothorax.

Les bronchites comme les pneumonies expriment toujours la décharge énergétique de manifestations d'ambivalence. Pour qu'elles se produisent, il faut, qu'avec l'ambivalence, il y ait une condition dépressive. Il s'agit en fait de phénomènes liés à des névroses dépressives anxieuses installées depuis longtemps et entraînant une tristesse, une mélancolie due au sentiment d'impuissance à changer la situation existentielle.

L'explosion du cancer des voies respiratoires tient à une répression supplémentaire : le sujet réprime la dépression et la colère qui aurait pu servir à la surmonter, ce qui l'amène à la résignation. C'est là une des explications sur le mécanisme des cancers. La tuberculose occupe, au sein des maladies de l'appareil respiratoire, une place particulière ; c'est une somatisation, avec pour particularité d'être influencée par les facteurs sociaux, d'hygiène de vie.

Tout le monde, sauf les vaccinés par BCG, attrape pendant la période scolaire ce qu'on désigne sous le terme de primo-infection. La guérison cependant est seulement clinique, mais non anatomique, les bacilles de Koch restant emmurés vivants dans le tissu pulmonaire. Si surviennent ultérieurement des

conditions de vie défavorables (dépression, fatigue, faiblesse donc baisse des défenses immunitaires), le mur tissulaire qui encapsule le bacille peut s'écrouler permettant la réactivation et la diffusion de la maladie.

Tout stress provoque des réactions hormonales. La structure caractérielle avec son agressivité et sa capacité à se défendre est intimement liée aux manifestations hormonales et aux défenses immunitaires. Les sujets qui n'ont, dans leur structure caractérielle, qu'un blocage partiel des premiers trois niveaux sont plus aptes à se défendre que ceux qui ont un blocage complet. Ces malades se retrouvent en général avec un blocage des premiers niveaux qui implique un déficit hypophysaire. La médecine psychosomatique qualifie les tuberculeux d'oraux ou border-line, mais la lecture du corps peut modifier cette caractérisation : plus qu'une hypothétique tendance au suicide, il y a chez eux une tendance à l'automutilation, qui n'est pas de la destructivité mais une caractéristique masochiste très ancrée, s'accompagnant d'un désir de dépendance et d'une pulsion narcissique marquée.

Des auteurs ont mis en rapport blessure pulmonaire et blessure affective, d'autres ont parlé de somatisation pour échapper à la dépression, ou encore de réaction de deuil à la perte de l'objet aimé.

Il est certain que la personnalité des tuberculeux exprime un grand besoin d'amour et/ou de protection qu'ils cherchent souvent à compenser dans le surmenage en ignorant leur santé et le besoin de loisirs. A cause de ces caractéristiques psychologiques, il faut, dans la thérapie, faire très attention à la reprise de la vie sociale, car si le sujet n'a pas suffisamment changé, il peut faire une rechute tuberculeuse.

La symptomatologie asthmatique secondaire liée à l'insuffisance cardiaque ou rénale est à distinguer de l'asthme bronchique au sens propre du terme qui est une maladie psychosomatique. C'est à la fois une manifestation psychique et organique qui, pour apparaître, a besoin de deux facteurs, le facteur caractériel et le contact avec un antigène qui déclenche la symptomatologie. L'extérieur est perçu comme dangereux et l'asthme bronchique survient en réponse, en tant que défense générale de l'organisme, avec des réactions allergiques, cutanées en particulier, il s'agit, par conséquent, d'une somatopathie.

Le thérapeute doit être vigilant quand il travaille au niveau respiratoire de vérifier si les niveaux supérieurs ont été suffisamment débloqués. Il serait grave de faire pratiquer d'emblée les actings de la respiration, car ils pourraient nuire et provoquer une stase énergétique dans le thorax. Le travail doit donc particulièrement s'attacher au déblocage du deuxième niveau et veiller à ce qu'il y ait une coordination entre les actings de la bouche et de la respiration : on aura ainsi la possibilité d'amener doucement le diaphragme à bouger, sans l'agresser brutalement. Un travail violent sur le diaphragme risque d'entraîner, au contraire, une poussée énergétique vers le haut et fixer irréversiblement le blocage de la bouche. De la même façon, il faut coordonner, selon le rythme qui convient au sujet, les actings des autres niveaux avec la respiration.

Les actings qui permettent de débloquer le cou et le haut du thorax se basent sur l'assouplissement des muscles du cou et des épaules ainsi que sur le rétablissement fonctionnel des bras et des mains dans

leur expressivité fondamentale. Nous mentionnons donc l'hyper extension de la nuque hors du divan, il faut également citer la rotation de droite à gauche de la nuque en disant non, l'ouverture, la fermeture des mains, le fait de taper à poings serrés, etc...

LE CINQUIEME NIVEAU

LE DIAPHRAGME

Le diaphragme est très important sur le plan physiologique et énergétique, ce niveau est le siège de l'anxiété et du masochisme. Ce muscle est d'une importance fondamentale. Sa fonction est comparable à un feed-back : l'activité des organes dépend de la fonction diaphragmatique, qui, à son tour, est conditionnée par l'intégrité cardiovasculaire et nerveuse. L'acting utilisé par la thérapie pour débloquent le diaphragme traite donc non seulement les troubles respiratoires mais également les troubles cardiaques et ceux liés aux viscères. De plus, les différents niveaux du corps étant liés les uns aux autres, le diaphragme se trouve toujours impliqué, par le simple jeu des répercussions.

Du point de vue énergétique, la santé dépend d'une bonne circulation de l'énergie. Le travail sur le diaphragme est fondamental. Ce serait une grave erreur de débouter une thérapie en débloquent tout de suite le diaphragme, mode d'intervention très souvent responsable d'explosions psychotiques, car sa technique peut provoquer des déséquilibres énergétiques sur les premiers niveaux. En faisant ventiler et donc en stimulant le diaphragme de façon forcée, dès les premières séances, l'énergie stagnante reflue partiellement vers les yeux et la bouche. Dans le cas de blocage des premiers niveaux, la surcharge énergétique provoque une décharge violente sous forme de décompensation psychotique.

Le sixième niveau, l'abdomen, lorsqu'il est bloqué représente une véritable muraille qui empêche l'énergie d'arriver au bassin. Comme nous le développerons plus loin, c'est encore avec un acting respiratoire que ce niveau pourra être débloquent, niveau qui est responsable du bon fonctionnement de l'intestin, des reins, et des glandes surrénales.

Le septième niveau, le bassin, concerne tous les organes pelviens, la fonction sexuelle génitale et la procréation. En règle générale, le blocage de ce niveau est un blocage que l'on peut définir comme intermittent ; ce niveau permet à chacun d'entre nous de se croire doté d'une vie sexuelle satisfaisante, voire saine.

Il est donc plus facile de comprendre comment la peur (1^{er} niveau) se transmet sur le plan énergétique au diaphragme qui se bloque, créant l'anxiété qui n'est autre que la crainte de voir survenir un danger ou une punition. Pour sortir de cette situation insoutenable, le sujet provoque inconsciemment un événement qui, même s'il est désagréable, lui permet de concrétiser l'état d'attente, d'y mettre fin et de reprendre son souffle. C'est la genèse du masochisme. Les conditions sociales de la vie nous procurent de grandes doses d'anxiété, sans oublier l'éducation que nous avons reçue et qui est chargée en

répressions, menaces, punitions, chantages affectifs destinés à rendre l'enfant obéissant. Ces facteurs déterminent la structure caractérielle masochiste du grégaire qui tolère et subit.

La période du besoin sexuel-génital de l'enfant (vers les trois ans) se traduit très naturellement par la masturbation. Dans la grande majorité des cas, le conditionnement culturel l'interdit. L'enfant reste donc avec ce besoin irrépressible et doit se cacher pour le satisfaire. Il développe la « peur-anxiété » d'être découvert et puni. L'éducation religieuse aggrave encore la situation avec son contrôle moralisateur, culpabilisateur. Le « pécheur » est toujours dans l'attente de « payer » sa faute par la punition qui ne manquera pas de venir d'en haut (formation du surmoi). Le message surmoïque valorise d'ailleurs toutes les émotions qui se situent au-dessus du diaphragme alors que tout ce qui provient d'en dessous est considéré comme « mal ». Ainsi le diaphragme devient une barrière entre les deux parties du corps au lieu d'être le trait d'union entre le haut et le bas. C'est dans le diaphragme que l'on retrouve toute l'hostilité vis-à-vis des éducateurs répressifs. Si dans le thorax se situe l'ambivalence, ici, c'est la compulsion de répéter sans cesse dans l'espoir de trouver enfin le plaisir.

Le sujet dont le trait principal de caractère est le masochisme présente le tableau suivant : tendance à se plaindre sans arrêt, à se poser en victime, à être prêt à se sacrifier, tendance à gâcher tout ce qu'il entreprend. Sur la base caractérielle masochiste peuvent s'installer certains syndromes névrotiques : névrose de l'appareil digestif, éjaculation précoce ou retardée, nymphomanie, frigidité, névrose d'angoisse. Dans la mesure où nous sommes tous plus ou moins anxieux, il est évident que nous possédons tous des traits caractériels masochistes dus à une situation énergétique défectueuse au niveau du diaphragme.

C'est à partir du niveau du diaphragme que nous retrouvons les somatisations classiques qui sont à coup sûr l'expression d'une névrose.

L'homosexualité latente se localise dans le diaphragme, car l'anxiété provoquée par l'éducation répressive ou hyper protectrice bloque ce muscle ce muscle, empêchant la libre circulation de l'énergie jusqu'au bassin, ainsi que la réalisation de la génitalité. La circulation de l'énergie étant entravée, il y a surcharge vers la partie haute du corps, ce qui provoque l'agitation, alors que dans la partie basse, une excitation continue. Classiquement, l'homosexuel est à la fois agité ou excité en permanence. L'homosexuel masculin ne peut satisfaire le besoin de décharge génitale avec la femme. Il s'en trouve empêché par la haine inconsciente qu'il porte à une mère répressive avec laquelle il est contraint de s'identifier pour pouvoir la supporter. Pour l'homosexuelle, le besoin d'être protégée et gâtée par la mère fait que la phase œdipienne n'a pu être vécue et dépassée. Elle se retrouve à la recherche de son premier amour : la mère.

Du point de vue psychopathologique, la névrose la plus diffuse est la névrose d'angoisse. Une situation d'anxiété, si elle devient chronique, se transforme en névrose anxieuse qui pourra toujours se transformer en névrose d'angoisse. Apparaissent alors des symptômes somatiques extrêmement pénibles : sensation de constriction pré cordiale, cardiospasma, poids à l'estomac, tension dans les jambes, dans les mains, dans la vessie. Le névrosé sera sujet à la tachycardie, à des sautes de tension artérielle, à des crises de transpiration exagérée, à des vomissements, à de la diarrhée ou à de la

constipation, à une coloration pâle ou rouge de la peau ou à une pollakiurie. Certains courants psychiatriques soutiennent qu'une anxiété normale pousse à créer, à entreprendre. Cette affirmation proviendrait de la confusion sémantique entre excitation génitale, celle qui est source de création, et agitation pré-génitale, qui se décharge comme compensation narcissique dans le besoin de faire.

L'enfant localise dans le ventre son mal de vivre ; c'est sa façon de s'exprimer. L'adolescent lui, s'exprime davantage par des céphalées ou une névrose cardiaque.

Le « choix » de l'organe dépend de la qualité des premiers rapports alimentaires entre la mère et le bébé, et par la suite, de l'intérêt de la mère vis-à-vis de l'évacuation.

Il y a des nourrissons qui vomissent pratiquement dès la naissance. Selon Spitz, le trouble intestinal défini par Spock comme « colique du troisième mois » est provoqué par un excès de sollicitude anxieuse de la part de la mère. La tension psychique à travers la médiation du système neurovégétatif a un rôle déterminant dans la formation du caractère de certains individus. Nous pouvons affirmer que le sevrage, à notre époque, est vécu généralement comme un moment stressant. A cette période, déjà difficile, s'ajoute celle de la valorisation de l'évacuation. L'expérience émotionnelle liée à l'appareil digestif se résume à : « prendre », « retenir », « perdre ». Le langage reflète bien ce genre de situation : on dira de quelqu'un qu'il est « à croquer » ou, en parlant d'une chose ou d'une personne désagréable : « Je ne peux pas l'avaler », « je ne peux pas le digérer » ; en parlant d'une occasion manquée : « J'ai laissé échapper le morceau » ; en parlant d'un avaro : « il est constipé ».

A la lumière de ces considérations, nous pouvons maintenant aborder les différents troubles gastro-intestinaux.

Le vomissement, comme réflexe antipéristaltique, sert à éliminer quelque chose de dangereux sur le plan physique ou psychique. La distinction entre les « bons » et les « mauvais » objets de la nutrition, dépend de la personne qui nourrit, ainsi que du milieu. La mauvaise incorporation est éliminée oralement par le vomissement qui permet de fuir les sensations désagréables. A travers le vomissement, ce sont certaines circonstances ou expériences de la vie qui sont refusées. Parfois, il s'agit de stimuli sexuels ou encore d'interdictions. Lors de fantasmes inconscients, l'individu, à cause de ses tendances captatrices vis-à-vis de la mère qu'il identifie à la nourriture, se culpabilise ; il sent alors le besoin de « restituer » cette mauvaise incorporation sous forme de vomissements. Chez l'adulte, ces vomissements peuvent signifier le refus inconscient d'une grossesse, ou encore l'hostilité par rapport à la dépendance « sujet-mère ».

Le cardiospasme a été introduite par Mikulioz. Le cardia est l'orifice se situe entre l'œsophage et le début de l'estomac. Le cardiospasme est une contracture de la partie inférieure de l'œsophage accompagnée d'une dilatation de la partie supérieure. Selon Weiss, il s'agit d'un phénomène d'hystérie de conversion qui signifie : « je ne veux pas avaler cela ». Le cardiospasme se déclenche lorsque le sujet se trouve dans une impasse émotionnelle face à une situation extérieure. Dans ce trouble, les désirs sexuels et le sentiment d'autopunition qui en découlent ont beaucoup d'importance.

La névrose gastrique est due à un dysfonctionnement de la sécrétion et de la motricité de l'estomac et du duodénum. Le duodénum constitue le début de l'intestin. Il se trouve lié à l'estomac par une valve

formée d'un anneau musculaire qui interdit un retour en arrière de la nourriture déjà engagée dans l'intestin. C'est cette valvule que l'on nomme pylore.

Il convient de rappeler ici que bon nombre de troubles gastriques proviennent de la manière défectueuse dont nous nous alimentons : précipitation, mastication incomplète, aérophagie, manque de modération, choix peu approprié de la nourriture. Les manifestations de ces troubles sont souvent l'expression d'un conflit affectif sous-tendu par l'anxiété et la culpabilité ; le diaphragme se trouve concerné.

La gastrite se manifeste fréquemment chez un sujet qui grignote continuellement. La gastrite hypoacide apparaît très souvent lors d'un état dépressif lié à la fatigue ; c'est souvent les prémises de l'apparition du cancer de l'estomac. La gastrite hyper acide précède généralement l'ulcère gastrique, on la rencontre très souvent chez les sujets qui répriment une tendance à échapper à leurs responsabilités et qui recherchent une protection, car ils développent un conflit envers leur Moi ou envers leur idéal du Moi. Cette dépendance infantile inconsciente frustre le narcissisme du sujet qui réagit en se surchargeant de responsabilités. Ce type de conflit est encore plus évident dans le cas de l'ulcère. Les symptômes de la gastrite vont d'une légère gêne après les repas jusqu'aux vomissements, en passant par les brûlures, la perte de l'appétit, les régurgitations, les éructations. Ces troubles se trouvent augmentés, renforcés, si le sujet doit faire face à un chagrin affectif, une peur, des querelles familiales, des revers de fortune. Le malade a un désir de repos, d'aide, de soutien, de sécurité, à un point tel que, parfois, quelques jours de vacances dans un milieu serein le remettent d'aplomb. Il ne s'agit en réalité que d'une rémission et il ne pourra être guéri que s'il entreprend une thérapie puisque les troubles somatiques dont il souffre ne sont que des symptômes secondaires. L'importance des causes affectives mentionnées dans l'apparition de l'ulcère gastrique est désormais reconnue par tous : un trouble fonctionnel provoque, avec le temps, un changement structurel organique. Alvarez désigne ces malades comme des agressifs, des bagarreurs, ou encore des hyperactifs, comme les hommes d'affaires. Pour Hartman, il s'agit d'individus qui considèrent les obstacles comme des épreuves à surmonter à n'importe quel prix. Les ulcéreux gastriques refusent leurs tendances féminines. Il découle de cela qu'ils n'acceptent pas l'aide des autres et qu'ils se chargent de toutes les responsabilités. Si on éloigne ce sujet de son terrain de « lutte quotidienne » et qu'on lui prescrive le repos, il va mieux et ceci confirme cela. Mais s'il n'est pas traité à temps, il peut y avoir une aggravation des symptômes avec hémorragie et/ou perforation. Le malade vient alors de justifier inconsciemment la « nécessité » de sa dépendance et de sa demande d'aide.

Parfois, ces personnes sont capables de demander de l'amour, mais frustrées par le milieu ou par les circonstances, leurs désirs étant insatisfaits, le stimulus affectif devient chronique et, s'ils se résignent à cette frustration, l'ulcère se transformera en cancer. Dans ce cas, et pris à temps, le cancer pourra guérir, car c'est une somatisation. Pour ces malades de l'estomac, la façade est donc une indépendance exagérée ou une dépendance parasitaire, mais c'est la frustration de la dépendance réceptive qui provoque des attitudes exigeantes et agressives. C'est dans ces cas que l'on peut noter la différence entre la pulsion orale agressive et la pulsion orale réceptive. Le conflit entre le désir de recevoir, d'être aimé, de dépendre et le refus de tout cela, fait naître la « rationalité » qui, avec la frustration, conduit à la régression : le besoin d'être aimé devient besoin d'être nourri.

Le système nerveux de l'estomac est alors mobilisé comme à la naissance, lorsque ce niveau entre en fonction, avec le besoin de recevoir : nourriture = amour = conservation. Le besoin d'aide de ces malades est le besoin de satiété, celui de la nourriture est le besoin d'affection : une anxiété d'attente s'installe, tension qui est continue. Dans l'ulcère du duodénum on constate que la sécrétion maximum s'opère pendant la nuit. Le système parasympathique augmente la production d'acétylcholine qui donne une anoxie des tissus, ce qui augmente l'acidité. Il est à noter que lorsque la personne retrouve un sentiment de sécurité affective, les symptômes disparaissent.

Les troubles pancréatiques, hépatiques et rénaux ont en commun une dysfonction du diaphragme : ils touchent toujours des anxieux ou des angoissés avec un fond dépressif oral, plutôt du type refoulé que du type insatisfait, qui font preuve, de plus, d'un self-control narcissique excessif vis-à-vis de leur peur et de leur hostilité réactive. Ces sujets consomment beaucoup d'énergie, ce qui les amène à somatiser pour « canaliser » leur anxiété.

Nous avons remarqué que le blocage du diaphragme peut être plus ou moins marqué selon les zones : à droite (danger pour le foie), à gauche (danger pour la rate), à l'arrière (danger pour les reins), à l'avant (danger pour l'estomac, le pancréas).

En thérapie, la résistance de ces personnes se remarque dans la facilité avec laquelle elles rationalisent ; c'est pour cela qu'elles ont davantage confiance dans les traitements médicaux (oralité satisfaite par l'ingestion de médicaments) que dans une psychothérapie mettant l'intérieur en question. Dans ce cas, l'homéopathie, l'acupuncture, la phytothérapie et la diététique, sont autant d'aides précieuses pour la thérapie.

LE SIXIEME NIVEAU : L'ABDOMEN

Ce sixième niveau comprend les muscles abdominaux (obliques, grands droits, transverses), les muscles du dos et les muscles latéraux du tronc. C'est dans les muscles lombaires contractés que se situe la peur d'être attaqué (de la même manière que nous avons trouvé dans les muscles du cou la défense narcissique) : ils sont tendus comme un arc, prêts à contre-attaquer. On peut repérer là l'importante liaison fonctionnelle entre la bouche et le diaphragme. C'est à ce niveau que l'on situe la physiologie des intestins et des reins.

L'élimination, pendant les trois premières années de la vie, est liée à la sensation de posséder avec, comme corollaire, la tendance à donner ou à retenir. C'est ainsi que cette fonction exprime également les pulsions d'hostilité, d'attaque, de salir, de détruire.

Lorsqu'au moment du sevrage le nouveau-né se voit privé du plaisir que lui procure le sein au niveau de la bouche, la zone de plaisir se déplace à l'autre extrémité de l'appareil digestif, l'anus, avec la possibilité pour lui de retenir son caca. Si, en ce qui concerne la tétine ou le pouce dans la bouche, le

parent se permet à bon escient ou non d'intervenir directement, l'intervention est déjà plus difficile quand il s'agit de la rétention des selles. A la suite de cette observation, nous pouvons dire que c'est ainsi que, chez l'enfant, se développe le sentiment d'indépendance qu'il associe à la gestion volontaire de ses éliminations. Mais avec la soi-disant éducation des sphincters, l'enfant perd ou craint de perdre cette souveraineté et souvent il la perd. Se plier au rythme imposé par l'éducation signifie alors, pour lui, accomplir un acte de soumission vis-à-vis de l'adulte. L'enfant se trouve obligé de faire son caca non pas quand il le désire, mais quand les adultes l'exigent. Pour parvenir à ce dressage, les adultes dispensent sans compter bonbons, caresses et autres gratifications, l'enfant associe alors les selles à une possession, une valeur : et ce sera plus tard l'association avec l'argent.

Il faut souligner qu'au début de sa vie, l'attitude de l'enfant envers ses excréments est de type coprophile, il aime son caca. La coprophilie réprimée se transforme en dégoût, en dépréciation voire en mépris. Cet aspect psychologique prend une signification sadique. Toutes ces associations affectives émotionnelles qui sont très évidentes dans la symptomatologie névrotique ou psychonévrotique, disparaissent, chez l'adulte, avec la thérapie. Ces considérations démontrent pourquoi le caca représente des tendances oblatives (donner) ou destructives. Ainsi, tant la diarrhée que la constipation expriment des phases très importantes de la vie.

Les colites spasmodiques, mucomembraneuses ou ulcéreuses, lorsqu'il n'y a pas d'infection spécifique sont souvent d'origine émotionnelle. Il en est de même pour la constipation, la diarrhée chronique ou l'alternance de ces deux manifestations abdominales. Elles peuvent être également l'aggravation de somatisations déjà installées.

Le schéma dynamique de la diarrhée est le suivant : frustration des désirs oraux de dépendance orale, agressivité, sentiment de culpabilité (avec anxiété = blocage diaphragmatique), compensation de l'agressivité orale avec le besoin urgent de donner et d'agir, tout cela provoque la diarrhée.

En ce qui concerne la constipation, on la retrouve souvent chez les sujets anxieux et déprimés, extérieurement tranquilles bien qu'intérieurement tendus et découragés : « Ne pouvant rien attendre des autres, je n'ai aucun besoin de donner et au contraire, je dois conserver ce que j'ai », se disent-ils.

La base du comportement vis-à-vis de la défécation, la motivation à « faire tout seul », le fait de vivre son caca comme une chose à garder ou à donner, est le résultat d'une « éducation des sphincters » précoce et coercitive ; la somatisation est la protestation agressive à la frustration d'une activité indépendante. A l'origine de ce comportement, dans le but de la rétention, il y a un mépris envers l'humanité, avec des tendances agressives inhibées et réprimées.

Le colon répond aux stress émotionnels soit par une augmentation péristaltique et une diarrhée, soit par sa diminution et la constipation.

La personne atteinte d'hypomotricité intestinale provoque cette situation par crainte d'une agression, intérieurement convaincue du sentiment de la défaite ; elle se fatigue facilement, est en proie à des maux de tête et à une angoisse hypocondriaque. De toute évidence, ce sont le diaphragme et le système neurovégétatif qui sont impliqués dans ce cas. Sur le plan psychologique, très fréquemment, la personne atteinte de constipation et qui se trouve en état conflictuel, désire profondément « ne rien

changer » afin de garder le statu-quo lui permettant de masquer l'angoisse provoquée par sa propre agressivité. Parfois, il s'agit d'un sujet « impuissant oral » qui craint d'offenser ou de se révolter, ce qui le contraindrait à donner.

La constipation serait l'expression du désir de « tenir dur », de devoir garder « ce que l'on a » ; ceci tant au sens propre qu'au sens figuré : en général, ces constipations sont dues à l'anxiété induite par « l'éducation des sphincters ». En thérapie, un tel sujet oppose souvent une résistance tenace à cause du « tenir dur caractériel » et il manifeste l'agressivité qu'il redoute en mettant le thérapeute en difficulté ou dans l'impuissance.

En ce qui concerne les diarrhées fonctionnelles, elles sont l'expression d'une angoisse aiguë, vécue par une personne se trouvant dans une situation où elle se sent soumise à une demande excessive (certaines occasions existentielles) ; elle pense alors se déculpabiliser en « donnant ».

La colite spastique ou colon irritable se révèle par des douleurs météoriques, chroniques, à l'abdomen : il s'agit de troubles fonctionnels liés à une dépression réactive, à une déception, à une insatisfaction permanente en même temps qu'à un sentiment de manque d'espoir. L'individu sent qu'à l'intérieur de son corps réside quelque chose de « méchant ». Il peut facilement devenir un adepte des régimes alimentaires qui pourraient lui assurer un « bonne digestion ». C'est une catégorie de malades où l'on rencontre une majorité de femmes qui montrent une personnalité compulsive obsessionnelle associée à une tendance dépressive.

La rectocolite ulcéro-hémorragique est l'une des maladies psychosomatiques les plus graves. Les stress et les conflits psychologiques influencent le déroulement de la maladie. La base de la personnalité du sujet atteint de cette maladie est obsessionnelle ; il est très sensible au refus tranchant, ce qui le conduit à une hostilité développant chez lui des traits paranoïaques. Comme il réprime son agressivité, il est extrêmement dépendant et passif ; l'expression de ses sentiments est déficitaire même quand son comportement révèle des émotions fortes. Il n'est pas rare de noter que ce sujet a eu (ou a encore) une relation fusionnelle avec sa mère (ou toute personne ayant représenté la mère), qui a été (ou est encore) une personne autoritaire, pédante, rigide, punitive, moraliste, froide. Ajoutons que ce malade est souvent préoccupé par les odeurs, la propreté du corps et de la maison ; il est également hyposexuel dans la mesure où il considère la sexualité comme sale, voire dégoûtante, et préfère de loin une relation fraternelle avec son partenaire.

Il est assez fréquent, en thérapie, de rencontrer des dont le ventre est couvert de diverses cicatrices, la première étant très souvent celle de l'appendicite qui, à l'époque, a été diagnostiquée comme chronique.

Parmi ces sujets, on trouve un nombre élevé de femmes. Ceci s'explique sans nul doute par le type d'éducation qu'elles ont reçu, qui crée de toutes pièces, chez elles, une composante hystéro masochiste. Alors que pour les hommes, on trouvera une composante phalliconarcissique avec un comportement sadique. La fréquence des interventions chirurgicales abdominales provient du désir illusoire d'éliminer des troubles psychofonctionnels neurovégétatifs par l'ablation de l'épine d'irritation.

Or ce n'est, en fait, que la partie visible de l'iceberg dont la base est représentée par un trouble émotionnel. De là nous pouvons conclure que si, dans l'anamnèse, il n'y a pas de véritable attaque aiguë abdominale droite, l'intervention est inutile. C'est la stagnation des selles dans l'appendicite qui provoque la douleur localisée. Cela signifie que les cas qui correspondent à une indigestion nerveuse devraient être du ressort de la thérapie car ils correspondent à des sujets qui reportent sur l'appareil digestif une sexophobie liée à des sentiments inconscients de culpabilité. Cette culpabilité provoque très souvent une anxiété contrôlée par le sujet, ce qui engendre une ambivalence affective, liée au bassin (7^{ème} niveau).

Ce sont des personnes qui, très souvent, ont vécu dans un milieu familial pauvre en chaleur affective et dont la coloration éducative a été axée vers le devoir, la responsabilité et l'autonomie précoce. Tous ces éléments vont produire un être qui retient dans son for intérieur les effets douloureux, qui a une peur démesurée de se tromper et qui bloque une bonne partie de son potentiel d'énergie dont l'utilisation satisfaisante pourrait alimenter un sentiment d'amour.

Pour cet être, l'amour est ressenti comme une faiblesse, une soumission, et non comme un échange dont l'aboutissement serait un enrichissement réciproque, tant émotionnel que psychologique. Parfois, ce qu'on appelle le syndrome appendiculaire, est confirmé en tant que diagnostic parce qu'il y a un fébricule, signe d'une tension intra psychique qui « brûle » de l'énergie et qui est due à un manque d'adaptation au milieu. Dans ces cas, cette même tension provoque aussi bien, soit un déficit, soit un excès de sommeil ; parfois, on constate une énurésie nocturne qui peut se prolonger jusqu'à la puberté. Ces individus sont méfiants et très critiques et cette tendance les porte plus volontiers à mener une vie solitaire.

Au cours de la thérapie, on découvre un noyau d'homosexualité inconsciente lié à l'image de la mère qu'ils cherchent à récupérer. Dans tous les cas, il y a obligatoirement une base orale refoulée, retenue à travers une rage chronique et dont le sujet est inconscient, accompagnée d'une situation dépressive. Dans ces cas, les parents ont été ou trop ou trop peu soucieux ; ou encore, la sollicitude est venue dans un second temps, à l'époque des somatisations, plus motivée alors par leur sentiment de culpabilité que par une attention réelle portée à l'enfant. Avec de tels sujets, au cours de la thérapie, on rencontre une très forte résistance aux tentatives qui sont faites pour les aider à changer de comportement émotionnel. Cette résistance est souvent motivée par l'angoisse liée à une position d'assumer une responsabilité. Il réagit par des prises de décisions rigides qui, en apparence, résolvent l'ambivalence à la manière d'une autosuggestion liée à l'oralité. Il se sent responsable : mais cela ne dure qu'un temps : en effet, la situation diaphragmato-abdominale non résolue le poussera, lors d'une nouvelle situation existentielle à répéter, comme compulsions, l'habituel comportement caractériel et la même conversion somatique dus au versant hystéro-masochiste de sa structure.

Avec les actings de la thérapie, en particulier la respiration nasale, les muscles abdominaux et le diaphragme sont libérés de cette compulsions à répéter, à la suite des abréactions émotionnelles. Dans la névrose gastrique et l'ulcère, il y a des désirs inconscients d'appropriation et d'assimilation que le sujet ne veut pas reconnaître : il s'agit en fait d'un fort besoin d'affection, du désir d'être apprécié et d'avoir quelqu'un qui prend soin de lui en le « nourrissant ». Dans le même temps, il lui est impossible d'admettre ce besoin. Il cherche alors une compensation en montrant beaucoup d'énergie et éprouve le

besoin de se mettre à l'épreuve. Il ne peut tolérer l'état de dépendance, pas plus que le fait de rester inactif. Son estomac est surchargé par ces besoins inconscients qui s'ajoutent à la fonction physiologique. C'est ainsi que, dans cet état de tension, la digestion devient pénible ou la sécrétion excessive. Dans les troubles intestinaux, l'individu a inconsciemment le sentiment d'avoir le droit de prétendre recevoir quelque chose de la part des autres « parce qu'il a toujours donné tout ce qu'il devait ». Dans le même temps, il ne se sent pas coupable ni inférieur du fait de ces prétentions, puisqu'il a la conviction d'avoir toujours donné quelque chose en échange.

La prévention psychopédagogique consiste à donner beaucoup et à attendre peu de l'enfant pendant toute la période anale : ainsi il apprendra peu à peu à gérer les mouvements de l'intestin sans donner une valeur exagérée à son caca. N'oublions pas que c'est pendant cette période que s'installe l'ambivalence entre donner et refuser. Dès cette époque de la vie, dans l'inconscient, alors que l'enfant, d'un côté, voudrait donner, d'un autre côté le discours qu'il se tient est : « Je vous hais et je tiens plus à mon confort et à ma satisfaction qu'à votre prétendu amour ». Ainsi s'installent et peuvent demeurer des sentiments fortement hostiles derrière une apparente capacité à aimer. L'être humain qui n'a pas eu l'occasion de régler cette problématique et qui la gère à force de contrôle, peut avec les années, se trouver face à des troubles intestinaux qui ne sont alors que des somatisations.

LE SEPTIEME NIVEAU : LE PELVIS

Ce niveau comprend tous les muscles du bassin et les membres inférieurs. Il faut rappeler que, de la même manière que les bras sont rattachés à la ceinture scapulaire, les membres inférieurs se trouvent rattachés à la ceinture pelvienne. Le segment inférieur du tronc délimite une cavité viscérale dans laquelle se trouvent l'appareil de la défécation et la majeure partie de l'appareil urogénital.

L'autre siège du surmoi se situe dans les muscles des cuisses où il n'est pas rare de constater un blocage des muscles adducteurs, nommés « muscles de la virginité », cela non seulement chez les femmes, mais chez les hommes également. Ce surmoi est lié au jugement des autres. Le pelvis est en antéversion ; cela provoque une lordose exagérée du bas du dos, ce qui se rencontre très fréquemment. Sur le plan psychologique, cette cambrure exprime la peur de la castration, de la même façon que la tension des muscles fessiers ou des adducteurs des cuisses. Cette rigidité pelvienne est due au refus inconscient de la sexualité génitale, qui fait suite à l'action d'une « éducation » moraliste : le surmoi ici, exprime la peur du jugement des autres et il est tout particulièrement ancré dans les muscles des cuisses. D'où nos exercices respiratoires avec bascule du bassin et travail sur l'écartement des cuisses. Le sujet n'enregistre pas de sensation au niveau du bassin, qu'il décrit comme « mort » ou « vide ». C'est dans le pelvis que nous trouvons, non seulement la problématique œdipienne, mais également l'expression névrotique de l'analité (on écrase avec les pieds, on piétine) ou phallique (on tape avec les organes génitaux, on pénètre avec un immense sexe qui détruit). Le

blochage du septième niveau est toujours secondaire, jamais primaire ou principal, car les messages culturels sexonégatifs passent inévitablement par les récepteurs des premiers niveaux en les bloquant plus ou moins intensivement.

En thérapie, le travail sur ce niveau se situe vers la fin de la thérapie, alors que la maturation caractérielle du sujet rejoint la situation hystérique. L'hystérie est l'antichambre de la génitalité, il ne faut pas réprimer l'hystérie mais la canaliser. Pour notre Ecole, le caractère lié au bassin exprime la façon dont le sujet a vécu la période œdipienne ou son actuel «Oedipe ». Le blocage du bassin est souvent intermittent. Le changement d'humeur de l'hystérique est caractéristique, souvent le sujet n'a aucun souvenir de l'enfance. La sexualité de ces sujets est envahissante ; ils aiment tout ce qui est explosion de vie. Mais ils sont égocentriques, il leur faut être le centre du monde. Leur corps est très agile et séduisant dans les mouvements, mais la condition œdipienne engendre très souvent un surmoi rigide qui les empêche de vivre une sexualité génitale saine. La composante masochiste est très forte et leur « violence » sexuelle suivie d'une passivité presque totale dans le passage à l'action. La composante orale est aussi très forte, ce qui explique le fait que l'hystérique « oralise » tout : il est très suggestible et capable de changer d'opinion du jour au lendemain. On note une inconstance dans ses réactions. La vie sexuelle de ces sujets est une oralité déplacée au vagin ou au pénis. Une autre caractéristique de l'hystérique réside dans une imagination très fertile qui le met à la limite de la mythomanie ou lui donne la possibilité, dans certaines situations, de faire du « théâtre ». Il faut apprendre à l'hystérique à devenir auteur au lieu d'acteur.

Quant aux femmes hystériques, il est évident que lorsqu'elles parlent de viol, il convient de garder un doute sur leurs assertions car leurs fantasmes sexuels sont très riches et la mythomanie les amène à prendre leurs rêves pour des réalités, fantasmes qui peuvent s'initialiser dans un contexte de viol ou d'inceste symbolique.

Les hystériques somatisent (somatisation en tant que conversion) très facilement dans la tentative de fuir dans la maladie un conflit toujours conscient (à la différence des maladies dites psychosomatiques). L'hystérique n'a pas encore dépassé certains niveaux précœdipiens. Il est marqué par une structuration du Moi ancrée à l'oralité. Ce n'est pas un hasard si les maladies de l'enfant commencent vers cinq ans, âge de la pleine phase œdipienne. L'hystérique se culpabilise de la situation œdipienne et s'auto punit. La peur de l'hystérique est une peur de la castration comme punition, cela provoquant l'angoisse. L'énergie de l'hystérique, bloquée au bassin, pas déchargée, fait qu'il est souvent plus difficile pour lui de se concentrer, de s'appliquer, d'étudier, de programmer.

En ce qui concerne le diagnostic, il faut toujours distinguer une situation réellement hystérique de ce qu'on appelle une hystérie de couverture qui cache d'autres aspects névrotiques et/ou psychotiques et qui constitue un mécanisme de défense à travailler très délicatement. Le blocage du bassin donne souvent à la personnalité une composante anale. Dans ces cas, le blocage est secondaire par rapport à celui du cou-thorax haut, qui est antérieur. On retrouve toute l'ambivalence affective de l'enfant poussé à contrôler ses sphincters par peur d'être puni. La punition représente toujours la castration ; la défense consiste dans le fait de serrer les fesses et les cuisses sous la menace d'un surmoi parental. Le sujet introjecte ce surmoi et vie en fonction du devoir avec une hostilité destructrice cachée, prête à se

manifeste quand il peut être « libre ». Dans la névrose hystérique, on peut retrouver la fameuse « convulsion hystérique » décrite par Charcot. Il s'agit de mouvements tonico-cloniques de tout le corps, en général désordonnés, avec une tendance du corps à faire un arc pour contracter les muscles extenseurs. C'est une fuite dans la convulsion à la suite d'un stress, d'une émotion, d'un conflit aigu qui, souvent, est confondue avec une crise épileptique. Mais dans l'hystérie, il n'y a pas de perte de conscience, pas de bave aux lèvres ni de morsure à la langue et le pouce n'est pas enfoncé entre les doigts.

La chute de l'hystérique est telle qu'il ne se fait jamais mal. Quand cet événement a lieu, il vaut mieux ne pas intervenir. On trouve la convulsion hystérique chez des personnes issues d'un milieu culturel répressif.

Il n'est pas inutile de rappeler ici que la constipation est un signe dépressif de l'oralité, signe toujours présent dans la névrose hystérique. La présence des hémorroïdes peut également être envisagée comme une défense anale du sujet masculin vis-à-vis d'une homosexualité latente ou du sadisme. Le sphincter est maintenu en tension permanente à cause d'un sentiment de culpabilité en ce qui concerne l'hétérosexualité et/ou le sadisme.

La maladie la plus fréquente de la vessie reste la cystite. Cette affection consiste en une simple inflammation, avec ou sans infection. Les symptômes en sont des douleurs brûlantes à la miction, et l'urine peut laisser apparaître des traces de sang ; le besoin d'uriner est fréquent. Une cystite infectieuse peut se propager vers les voies hautes et provoquer une néphrite. La cystite est certainement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes ; souvent il s'agit simplement de faits inflammatoires où les urines ne présentent pas de bactéries. Dans ce cas, ces cystites sont en fait des somatisations liées à un sentiment de culpabilité ou encore à des conflits en relation avec la sexualité génitale : la pollakiurie sert d'autopunition. Les troubles fonctionnels de la miction sont alors déclenchés par des facteurs émotionnels : la miction sert à vider périodiquement l'urine, fonction qui peut avoir connu une signification psychologique, celle d'éliminer le « Mal ».

Pour les nourrissons, comme pour les chiots, la miction a une composante érotique car avec elle et dans le même temps, il se produit une excitation et une satisfaction liée à la région génitale. Par la suite, le fait de mouiller le lit sera remplacé par la masturbation. L'éducation répressive, sous couvert d'hygiène est bientôt remplacée dans la vie de l'enfant par la répression sociale de la sexualité. C'est ainsi que l'activité urinaire peut devenir un substitut de l'activité sexuelle et que certaines névrosées avouent un fréquent besoin d'uriner lorsqu'elles sont en compagnie d'homme.

La signification agressive-destructrice de la miction peut-être repérée dans le langage vulgaire : « pisser ou chier sur le corps d'une personne ». Cela est à relier à la découverte faite dans l'enfance, que l'utilisation du contenu du corps peut exprimer du sadisme. Une faiblesse chronique du contrôle du tonus du sphincter urétral peut indiquer un manque de contrôle émotionnel érotique ou destructif : le désir de se laisser aller ou le mépris (pisser sur...).

L'énurésie nocturne des enfants est un signe de révolte et d'hostilité contre le manque d'amour maternel et l'enfant décide de ne pas gratifier sa mère mais de satisfaire à son propre plaisir. Il n'est pas rare d'enregistrer une résurgence de l'énurésie à la suite d'une nouvelle naissance dans la famille ; cette fois, l'énurésie pourrait bien s'installer jusqu'à la puberté. Ces considérations valent tout aussi bien pour le garçon que pour la fille.

Au niveau du plancher du bassin, le périnée, se situe la partie terminale du canal digestif et ceci pour les deux sexes. En ce qui concerne l'appareil urogénital, nous constatons une différence anatomique et fonctionnelle entre l'homme et la femme.

Chez l'homme, nous trouvons le pénis et scrotum, avec les testicules.

Le blocage de la bouche et celui du bassin sont dans la pratique, sur le même plan, ce qui a été mis en évidence tant par la psychanalyse et la psychosomatique que par la psychosomatoanalyse. Les troubles fonctionnels masculins sont dus à une stase énergétique qui, si elle a son point de départ au diaphragme et est dirigée vers le bas, se trouve liée à un problème d'anxiété. Si, au contraire, elle est ancrée dans les membres inférieurs et remonte vers la région pelvienne, elle se rapporte alors à la censure du surmoi.

Avant que de traiter de l'impuissance et de l'éjaculation précoce, il faut expliciter la fonction de la sexualité génitale. C'est dans l'expression de la sexualité génitale que nous trouvons les liens les plus étroits entre la physiologie et de la psychologie, autrement dit, du dépassement de la dichotomie entre psyché et soma. On sait depuis longtemps que l'activité des testicules, comme des ovaires chez la femme, influence le tempérament et le comportement d'un sujet

Une des premières observations de Freud fut que le besoin sexuel-génital non satisfait produit des troubles chimiques qui déclenchent l'anxiété, laquelle, à son tour, provoque d'autres symptômes. Nous pouvons ajouter que l'anxiété bloque la possibilité (du verbe « pouvoir », puissance) de satisfaire les besoins sexuels instinctuels, ce qui est susceptible de déclencher divers symptômes à tous les niveaux du corps.

Les gonades (testicules et ovaires) sont commandés par l'hypophyse qui stimule la maturation et le fonctionnement de ces organes : les hormones gonadotropes de l'hypophyse provoquent la production des spermatozoïdes chez l'homme et l'ovulation chez la femme, de même que les hormones surrénales et testiculaires ou ovariennes sont responsables des caractères morphologiques et psychologiques du sexe. Beach a souligné que les hormones ne doivent être considérées ni comme des stimuli du comportement, ni comme un élément qui organise une réponse manifeste, mais uniquement comme un élément qui facilite la réponse du système émotionnel et énergétique. L'aptitude de ce système à répondre aux stimuli intérieurs et extérieurs est souvent perturbée par des facteurs culturels extérieurs qui modifient et les stimuli et les réponses de l'individu. Quand il y a excès d'énergie non déchargé, les blocages et les symptômes s'installent comme une expression des conflits. Les fluctuations du désir dépendent de l'affectivité du sujet et la tension libidinale n'a aucune relation avec le pourcentage des hormones. A la suite de ce qui vient d'être dit, on voit clairement comment, pour une névrose ou une somatisation, il est nécessaire de prendre en considération la fonction sexogénitale qui est l'expression et la manifestation du caractère du sujet. L'altération ou la diminution de cette fonction est le signe de la

gravité du trouble ; la déviation ou le manque totale de cette fonction est l'expression d'un trait psychotique. La frigidité ou l'impuissance, par exemple, même si elles ne sont pas la cause d'une névrose mais une conséquence, en sont souvent un symptôme sérieux et difficile. L'altération de la fonction sexogénitale signifie que la source la plus importante de la manifestation de la créativité est troublée. Le rétablissement de cette fonction passe par une redistribution et une circulation véritablement physiologique de l'énergie libidinale. L'impuissance fonctionnelle de l'homme survient à la suite de l'intervention de la censure du surmoi, lorsque le complexe œdipien n'a pas été dépassé. Le sujet cherche alors une « bonne épouse, sérieuse, moraliste ». La masturbation est une véritable valve de décharge énergétique. Deux troubles masculins méritent encore quelques mots d'explication : l'éjaculation précoce ou retardée. Dans l'une et l'autre de ces situations, on trouve toujours la signature de l'anxiété (peur) de l'échec, liée au narcissisme (cou et diaphragme) ou encore l'intervention du surmoi en liaison avec une éducation dont le but est d'inculquer la crainte d'« offenser » la femme, qui est là pour le juger.

Ce système de pensée développe chez le sujet une hostilité inconsciente et le désir de vengeance qu'il exprime soit par l'éjaculation précoce, pour empêcher sa compagne de parvenir à la jouissance, soit par le retardement de l'éjaculation, dans le but cette fois, d'épuiser sa partenaire.

Dans le bassin de la femme, l'utérus est un organe dont les parois sont très vascularisées. Sa fonction principale est la participation à la reproduction. La fonction de la sexualité génitale se manifeste également chez la femme avec des aspects neurovégétatifs et endocriniens. Plusieurs événements de la vie sexuelle et génitale ne peuvent être expliqués qu'en relation avec le développement psychoaffectif. Chez la femme, la menstruation est le signe de sa maturation sexuelle. Dans les conditions optimales, les menstruations se produisent tous les 28 jours ; c'est de cette fréquence qu'elles tirent leur appellation de cycle menstruel (en rapport avec les mois lunaires). Il est assez fréquent de rencontrer chez les femmes une tension pré-menstruelle qui se caractérise soit par l'anxiété, de l'irritabilité ou de la dépression. Ces troubles dépendent des dynamiques régressives spécifiques du sujet : des troubles oraux (anorexie, boulimie, envie d'alcool), des troubles de type anal (constipation, diarrhée, météorisme). Il est fréquent de noter qu'à l'origine de ces troubles, il y a la rareté de l'acte sexuel. Nous devons également envisager la compréhension du vécu symbolique des menstruations. Ceci est lié à différents facteurs culturels connus depuis l'Antiquité.

La présence des menstruations donne, même si la femme n'est pas enceinte, l'indication d'une fécondité potentielle. Parfois, les menstruations sont considérées comme une putréfaction périodique. Parfois encore, elles sont considérées comme l'emblème de la féminité. Pour certains psychanalystes, les menstruations provoquent l'angoisse de castration et la déception du manque de pénis, ce qui justifierait l'apparition d'une symptomatologie psychologique. Très fréquemment, la ménopause est vécue par la femme comme une perte et une diminution de sa propre valeur sexuelle et de son image esthétique. Dans ces cas, la femme vit une blessure narcissique proportionnelle à l'importance qu'elle donne aux valeurs esthétiques. Pour certaines femmes, cette période représente la perte de leur jeunesse ; pour d'autres, c'est la perte des enfants avec le détachement vécu comme abandon. H. Deutsch a souligné que pendant cette période, certaines femmes luttent contre ces pertes prévisibles par un redoublement d'activité, bien souvent artistique. Au début de la ménopause cet activisme continue pendant un certain temps, avec un regain d'intérêt sexuel mais également (ambivalence =

cou, épaules = narcissisme) avec une certaine résistance vis-à-vis des sensations. Cette résistance est comparable à celle qui s'est manifesté lors de la puberté.

Les femmes à caractère hystérique présentent fréquemment des manifestations hypomaniaques et un sens critique affaibli. Elles sont également à la recherche d'expériences sexuelles nouvelles ou se réfugient dans l'imaginaire : un mariage jusque-là considéré comme valable, peut leur paraître subitement insignifiant.

Les femmes dotées d'un caractère obsessionnel (en général les femmes phalliques) se réfugient dans une vie ascétique, s'isolent ou s'adonnent à la philanthropie.

Cette période est également celle où l'on peut voir apparaître des modifications quant à leur propre identité sexuelle, avec des pulsions homosexuelles, pulsions susceptibles de provoquer un début de panique chez le sujet lui-même. En d'autres cas, cette période est marquée par des états dépressifs.

Des « solutions » ont été proposées pour faire face aux éventuels troubles de la ménopause : pour les femmes affectives (être grand-mère) ; pour les intellectuelles (le succès) ; pour les matérialistes (le plaisir d'entretenir une maison) ; pour les mystiques (des initiatives religieuses, sociales ou même un activisme politique). Selon Myriam de Senarcléus, il y a une relation entre une adolescence plus ou moins difficile et l'évolution de la ménopause. Donovan dit que les sujets qui viennent en psychothérapie à cause de la ménopause, sont des personnes difficiles, incapables d'attirer l'attention, mais très reconnaissantes dès qu'un minimum d'attention leur est consacré.

La psychodynamique donne enfin beaucoup d'importance aux troubles liés à la menstruation :

La dysménorrhée est un syndrome par la variété des symptômes qui se manifeste.

Elle survient à la suite d'une vie sexuelle troublée. On rencontre une dysménorrhée primaire qui débute avec la ménopause et une dysménorrhée secondaire qui se manifeste par des règles douloureuses au point que le sujet est parfois dans l'obligation de rester alité, tant les spasmes de l'utérus sont violents. En dehors de la douleur, on dénote un état de faiblesse général, la présence de céphalées, de troubles gastro-intestinaux. Le sujet est déprimé et son émotivité est instable. La pathogenèse de ces troubles a fait l'objet de différentes interprétations : obstruction ou contraction du canal cervical de l'utérus (qu'on appelle l'isthme) ou du col de l'utérus, hypoplasie utérine, composante allergique, congestion utérine. Il s'agit d'une stase énergétique qui maintient les parois musculaires de l'utérus dans un état de tension ou de contraction chronique. On considère alors que la dysménorrhée n'est pas seulement un problème lié au pelvis. Les femmes atteintes de dysménorrhée sont très souvent agressives et entretiennent un ressentiment envers leur propre sexe. Adolescentes, elles réclamaient beaucoup d'affection et de protection (composante masochiste liée au diaphragme) mais une fois adultes, elles méprisent leur féminité avec une émotivité immature qui s'exprime à travers la misanthropie, un certain malaise et de l'anxiété. Cette anxiété peut être dissimulée s'il y a self-control narcissique (lié au cou).

Parmi les femmes dysménorrhéïques, il n'est pas rare de relever des traits de masculinité. Horney remarque qu'en général, la dysménorrhée débute lorsque la femme entre en contact avec le problème de la sexualité de sa vie d'adulte : elle est alors en proie à des rêveries sexuelles sadomasochistes et il n'est pas rare de remarquer qu'il existe chez ce genre de personne un « héritage culturel » particulier

que la femme « doit » souffrir ou qu'elle « doit » se venger. La dysménorrhée très fréquemment avec la réalisation d'une union conjugale heureuse ou avec l'amélioration de la relation conjugale existante, ou encore à la suite d'une grossesse désirée. Une véritable éducation sexuelle serait une prévention valable. Il est fort probable de trouver, parmi les femmes capables d'un véritable abandon « orgasmique », des sujets atteints de troubles du cycle menstruel. Les cas de dysménorrhée sont toujours liés à une dysfonction neurovégétative par insatisfaction instinctuelle.

La stérilité fonctionnelle est très souvent, quant à elle, un problème « psychosomatique ». Certaines attitudes, parfois inconscientes, induisent cette stérilité fonctionnelle : le refus de rapports sexuels pendant la période féconde ; durant les rapports sexuels, des mouvements interdisant la pénétration du sperme ; la contraction des trompes ou du col de l'utérus, provoquée par l'anxiété. Il s'agit alors et dans la plupart des cas, de femmes qui font prédominer le succès social sur la maternité (cas de phalliconarcissiques), ou encore des personnalités infantiles qui aimeraient rester enfants plutôt qu'accoucher. Beaucoup d'interventions chirurgicales traumatisantes pourraient être évitées si l'on voulait tenir compte de l'inconscient !

L'aménorrhée ne peut être abordée sans que soit soulignée la prémisse selon laquelle le flux menstruel est l'expression somatique du « comment » la femme accepte ou refuse sa féminité : les aménorrhées psychogènes sont fréquentes, comme la pathologie de la guerre a pu le démontrer, liées à l'isolement de l'autre sexe. A cause de situations stressantes (captivité) la femme ressent comme inutile sa fonction (son rôle) biologique. Les cas de grossesses hystériques (pseudo-grossesses) sont dus au désir de maternité chez les femmes stériles, pour les raisons que nous avons avancées, ou à la crainte d'une grossesse réelle et surtout de ses conséquences (en particulier l'accouchement). En règle générale, l'aménorrhée est toujours secondaire et se manifeste entre 16 et 25 ans. Dans d'autres cas, elle fait suite à un viol. Il est très fréquent que le choc émotionnel soit caché au médecin que l'on va consulter. L'émotivité est souvent la cause de bon nombre de troubles gynécologiques. La douleur, en gynécologie, est toujours une manifestation assez complexes car il y a souvent interférence entre les facteurs organiques et psychiques, en particulier lorsque la femme utilise inconsciemment la douleur elle-même. Il faut reconnaître que les conditions socioculturelles ont déterminé un renforcement de cette situation où le développement biologique féminin est souvent accompagné par la douleur : dysménorrhée, défloration, accouchement, ménopause. Cette association féminité-douleur est à mettre en comparaison avec l'attitude masculine qui agit sous le signe du plaisir. C'est encore une façon de jouer de l'opposition des sexes. Dans le bassin méditerranéen, il n'est pas rare que celle-ci utilise la douleur gynécologique.

Les algies pelviennes sont prétextes à des hospitalisations répétées et, lorsque le diagnostic est impossible, cela conduit à des interventions chirurgicales qui par la suite se révèlent inutiles puisque les douleurs refont surface. Il n'est pas rare que des douleurs persistent une fois la cause organique éliminée. Ces douleurs ne sont en fait que l'expression d'une agressivité hostile. Il s'agit là d'un langage, d'une métaphore ; c'est une somatisation caractéristique de l'aspect hystérique, qui se retrouve également chez l'homme. Trop souvent encore, les médecins se prêtent au jeu de leur patiente au lieu de tenter de transformer cette façon de « s'approcher », en conférant une dignité au

plaisir féminin. La douleur, en gynécologie, a besoin d'une anamnèse soigneuse pour dépister les facteurs intra et interpsychiques : la douleur représente un mal et peut être une dépression réactive somatisée ou une agression masochiste pour se culpabiliser. Certaines femmes cherchent à dérouter le médecin qui, souvent, réagit par l'instauration d'un rapport sadomasochiste en proposant l'intervention chirurgicale comme remède.

Là nous avons affaire à des femmes hystériques et masochistes qui sont capables d'érotiser la souffrance. Les blocages que l'on retrouve dans ces cas se situent, pour le masochisme, au diaphragme et au bassin, et pour le côté hystérique, à la bouche et au bassin.

L'origine des douleurs au périnée, au clitoris, les démangeaisons de la vulve, les brûlures vaginales, la cystalgie, est plus complexe à cerner car nous nous trouvons en face de personnalités « psychosomatiques » très pauvrement douées sur le plan fantasmatique et qui présentent une humeur hypocondriaque et anxieuse. Ces sujets expriment alors, à travers le symptôme une agressivité profonde pour manifester la frustration existentielle, les déceptions, une amertume quant à la stérilité, une sexualité insatisfaite, un conflit ou l'abandon conjugal. Tandis que dans les algies pelviennes la douleur est une invocation, ici elle est une automutilation faisant fonction de punition. Par exemple, une démangeaison vulvaire qui conduit à se gratter d'une façon masochiste, sert à masquer et punir le sujet par rapport à un désir de masturbation. Fréquemment, pour ces femmes, il y a confusion entre les zones génitales, anales et urétrales et cette confusion a troublé le développement psychosexuel. Étant donné qu'il s'agit de sujets psychosomatiques, il y a peu d'accès par le dialogue. La thérapie est, dans ce cas, tout à fait justifiée. Si le cas n'est pas traité, il se produit un déplacement du syndrome, sur un autre organe.

On appelle dyspareunie le coït douloureux de la femme sous contraction des muscles de la vulve ; tandis que le vaginisme est lui aussi douloureux par la contraction involontaire du muscle constrictor du vagin (le releveur de l'anus), quand le partenaire insiste dans le but de parvenir à la pénétration. Le vaginisme est une manifestation phobique et anxieuse plutôt qu'hystérique : c'est la peur qui empêche la pénétration. La dyspareunie est plus complexe : elle se manifeste chez des sujets dont l'identité féminine est insuffisante et le comportement agressif. Il peut y avoir parfois et de plus, une composante organique.

Plusieurs facteurs psychiques interviennent au niveau de la fausse-couche : H. Deutsch croit à une hostilité latente de la future mère envers le fœtus. Les fausses-couches ont été comparées à la disposition aux accidents qui caractérise le masochiste. Mais il y a également des causes émotionnelles aiguës : le deuil, les accidents terrifiants, les disputes. On envisage la pathogenèse dans l'ischémie pelvienne à la suite des contractions des fibres musculaires. Les causes émotionnelles peuvent être latentes ; c'est la somatisation de l'anxiété sur le myomètre. Il s'agit souvent de femmes phallico-obsessionnelles.

Avant de parler du maternage et du paternage, quelques mots sur les actings de la thérapie, traitant les trois derniers niveaux du corps.

Nous proposons, pour le blocage du diaphragme (5^{ème} niveau), la respiration qui doit être pleine, sans pause entre l'inspiration et l'expiration, mais au contraire avec une pause avant de reprendre une autre inspiration. L'expiration, lors de cet acting doit être sonore et vocalisée sur la voyelle A. Pour l'abdomen (6^{ème} niveau), l'acting consiste en une respiration nasale : le sujet, bouche fermée, prend son souffle par le nez et expire également par le nez, avec une mimique consistant à montrer les dents.

Pour le bassin (7^{ème} niveau), l'acting que la thérapie utilise est celui appelé « la bascule du bassin » : le sujet, qui a les jambes repliées et les pieds sur le matelas, doit soulever légèrement le bassin du lit et effectuer un mouvement de bascule en haut à droite et à gauche, sans retenir son souffle. Ensuite, les jambes allongées et tendues, il doit donner des coups de pieds vers le haut, en disant : « non », puis relâcher alternativement. Tout cela pour permettre au bassin d'être souple (voir disponible) et pour se « libérer » du surmoi ancré aux cuisses.

Maternage et paternage

Une véritable éducation sexuelle devrait prendre en considération cet aspect de la vie qui modifie profondément le vécu de chaque individu. Le nouveau-né vit d'émotions pures jusqu'à l'utilisation de la parole. Il a besoin d'un contact chaleureux et accueillant dès son arrivée parmi nous, d'un amour gratuit et inconditionnel. D'autre part, l'enfant devrait toujours être laissé à proximité de sa mère : le contact tactile, olfactif et auditif étant sécurisant pour lui. Il faut souligner ici que, pendant les trois ou quatre premiers mois, le lait de la mère contient un acide aminé, la taurine, qui est indispensable à la maturation du système nerveux de l'enfant. La fréquence et les horaires des tétées n'ont aucun sens. Ils ne sont conçus qu'en fonction du confort des adultes, sans aucun souci de celui de l'enfant qui est cependant le premier intéressé. L'enfant devrait pouvoir téter quand il le désire. Nous appartenons au groupe des mammifères mais les animaux, eux, ont la sagesse de se plier aux besoins de leurs petits. Il est clair que les états d'âmes de la mère se transmettent au nourrisson ; une mère anxieuse transmettra son anxiété, une mère calme, sereine, transmettra également ces messages. L'harmonie du couple est donc de première importance afin d'éviter à la mère des conflits qui ne manqueraient pas de se répercuter sur l'enfant. Ici, le père a un rôle actif à jouer : il ne peut se considérer comme un spectateur non engagé mais se doit de prendre part aux différentes charges nouvelles qui incombent à la cellule familiale. Quant au sevrage, il devrait être très progressif et pouvoir être laissé au choix de l'enfant sans être imposé par la mère ou par qui que ce soit. Par ailleurs, le bébé ne devrait pas être contraint pour ce qui est de la fonction d'évacuation. La constipation peut parfaitement s'installer, même pendant une semaine, et sans aucun danger, si l'enfant est nourri au sein. Cela est physiologique et il ne s'agit pas de stimuler l'évacuation, mais d'attendre. Ne jamais oublier qu'un bébé qui pleure est un bébé malheureux et qu'il est toujours positif, pour le développement de sa maturité psychoaffective ultérieure, de soulager sa souffrance, ce qui évite l'accumulation de stress laissant l'empreinte musculaire que nous devons traiter lors des thérapies. Il faut également prendre garde à ne jamais pousser l'enfant à parler ou à marcher. Il fera tout cela volontiers et de lui-même lorsqu'il saura évaluer « l'espace-temps ». Ceci et le reste, fait partie de la psychopédagogie, mais celle-ci serait à revoir dans son entier si l'on désirait réellement mettre en place une prévention valable de la psychose ou des névroses. C'est seulement à cette condition que la psychanalyse, la psychosomatologie, les psychothérapies, etc... pourront être mises à la poubelle par une humanité plus écologique qui pourrait très bien voir le jour, si nous nous en donnions la peine.

LES LIAISONS ENTRE LES SEPT NIVEAUX

Dans les blocages des différents niveaux, il faut distinguer parmi ceux-ci trois catégories bien distinctes : les blocages primitifs, les blocages principaux, les blocages secondaires. Il convient d'ajouter que l'on constate des « *correspondances réciproques énergétiques* » entre certains niveaux, ce qui s'exprime par les différents traits caractériels d'un même individu. Le premier niveau – qui comprend les yeux, les oreilles ainsi que le nez qui relie ce niveau au deuxième, la bouche – à cause de sa fonction télé réceptrice, constitue la porte d'entrée de la peur qui, à son tour, produit l'anxiété de la terreur, ce qui donne l'angoisse. Le lien privilégié de ce premier niveau avec le diaphragme (cinquième niveau) est évident. D'autres niveaux encore ont un lien avec ce dernier, comme nous le verrons plus loin. Le deuxième niveau, la bouche, a une liaison directe avec le bassin (septième niveau), non seulement en ce qui concerne la génitalité, mais également en ce qui concerne les fonctions d'excrétion. Le troisième niveau, le cou, est le bloc principal classique. C'est là que se trouvent groupées toutes les défenses liées à l'instinct de conservation. C'est le siège du self-control. Le noyau le plus important de l'ambivalence s'y trouve également, ce qui explique la liaison de ce niveau avec le quatrième niveau, le thorax, mais aussi avec le diaphragme (cinquième niveau), parce que le narcissisme – qui a son siège dans le cou – conduit le sujet à produire des efforts masochistes avec une anxiété qu'il contrôle pour atteindre ses buts. Le fait d'être incapable de se laisser aller, de s'abandonner (self-control), implique également un lien avec le bassin (septième niveau). Le quatrième niveau, le thorax, est la zone de passage entre les trois premiers niveaux (prégénitaux) et les trois suivants, les pseudo génitaux (il n'existe pas de niveau génital car le terme de génital implique l'individu dans sa totalité, sans blocage à quelque niveau que ce soit...). Le cinquième niveau, le diaphragme, est le plus important : il n'y a pas de vie sans respiration et ce muscle est un véritable distributeur d'énergie. C'est pourquoi il se trouve lié à tous les autres niveaux. Le sixième niveau, l'abdomen, constitue le pont entre le diaphragme et le bassin (septième niveau) qui lui, permet la décharge énergétique physiologique de l'orgasme. L'orgasme ne doit pas être réduit à une notion de plaisir mais plutôt de jouissance, dans le sens plein, total, de ce terme (la joie !). Le septième niveau ne peut fonctionner convenablement qu'à la suite du déblocage des six premiers niveaux. Avant cela, disons que nous en faisons une utilisation approximative.