

Les maladies psychosomatiques

1. De ce que le « mal-a-dit » à l'enfer des « maux-dits »

Les symptômes sont en général l'expression de conflits intrapsychiques sous-jacents. Par conséquent, ces manifestations varient en fonction de la vie fantasmatique et affective de chaque individu et jouent un rôle privilégié dans la relation à l'autre puisqu'elles tentent de traduire une demande. Les symptômes sont pour l'être humain une façon de se représenter aux autres. Ils se matérialisent à travers une gamme de troubles, allant des plus fréquents aux plus complexes : crampes abdominales, algies vagues, eczémas, asthénies, insomnies, dépressions, anxiétés, dyspareunies et conflits conjugaux ou réactionnels.

Les symptômes sexuels notamment peuvent traduire un grand nombre de déséquilibres, à savoir état dépressif, problèmes somatiques ou psychiques, mésentente conjugale, etc. Leurs expressions et l'énoncé de l'histoire qui les accompagne ne sont possibles que s'ils sont adressés à l'entourage. Ils jouent un rôle important dans la relation que l'individu construit avec le monde qui l'entoure. Par ailleurs, la variabilité d'un symptôme dépend des critères socioculturels de normalité, car il est inscrit dans un cadre normatif, donc idéologique. La maladie est assimilée à un état pathologique défini par des règles. La symptomatologie dans le domaine sexuel et affectif ne doit pas être déchiffrée en fonction d'une idéologie curative, réservée aux causes organiques pures. Si un sujet ne peut pas exprimer par les mots sa souffrance ou ses besoins, il utilisera des « maux » pour les formuler. Il est du ressort du thérapeute de les interpréter et d'aider le patient à les comprendre.

Face à un symptôme, la première étape consiste à se livrer à un travail d'introspection pour déterminer qui en est la cause, comment est-ce arrivé, à quel moment, et quel en est le facteur déclenchant.

Ces quelques questions préliminaires vont alors permettre de commencer à comprendre ce que le « mal-a-à-dire ».

Vouloir bloquer ses désirs, comme il a été évoqué précédemment dans le chapitre sur les fantasmes, est une illusion. Ils finissent toujours par réapparaître, souvent sous forme de maladies psychosomatiques.

À titre d'exemple, il convient de citer l'organicité en sexologie. Contre toute attente, l'atteinte organique est quasi inexistante ! En effet, près de 90 % des demandes en consultation sont imputables à des problèmes psychologiques et/ou de couple. Avant d'aller plus loin, il paraît nécessaire d'apporter quelques précisions autour de la frigidité, un terme excessif pour étiqueter des maux inavouables pour la simple raison que la frigidité n'existe pas ! Or, il se trouve que la frigidité est un symptôme largement répandu chez la majorité des patientes étant donné qu'elle offre avant tout l'avantage à ses « heureuses » titulaires d'éviter « l'enfer des mots dits ». C'est une manière socialement acceptable de ne pas dire à son partenaire ce qu'il ne veut entendre. En analyse, quand le thérapeute cherche à déterminer la raison de ce mal, il tombe inéluctablement sur ce type de phrases : « *Je n'ai pas envie de faire l'amour avec lui* » ou bien « *Quand il me touche, je ressens du dégoût* » ou encore « *J'ai envie de vomir* » ou « *J'ai envie de le frapper* ». C'est là une pirouette classique car frapper du mot « frigidité » le mal qui ronge ces femmes permet alors de ne pas avouer leurs vrais ressentis ! Exprimer clairement son sentiment n'est pas toujours évident. Au XXI^e siècle, une femme est venue me raconter son histoire qu'on aurait pu croire d'un autre temps : « *Je n'ai pas envie de faire l'amour, je ne prends pas de plaisir. Un jour, j'ai décidé d'aller consulter ma gynécologue pour parler de ce problème de frigidité : « Madame, faites comme tout le monde, un petit effort de temps en temps ! » m'a-t-elle répondu* ».

Dans la réalité, le thérapeute va permettre à la femme d'être cohérente et respectueuse envers elle-même. Si elle n'a pas envie de faire l'amour, si elle ne fait pas l'amour par absence de désir, la seule personne affectée à incriminer sera son époux.

Un constat simple qui permettra alors de commencer à travailler sur les vraies questions et surtout, la ou les bonnes personnes.

En matière d'impuissance - terme communément employé à la place de « dysérection » pour qualifier une incapacité partielle ou totale d'érection - une démarche similaire est utilisée. Il s'agit de vérifier au préalable un problème psychologique et/ou relationnel avant de se lancer dans une recherche d'organicité. Mon ami et sexologue, Jacques Waynberg, préconise une démarche analogue : « *quand un homme consulte pour impuissance, avant de se jeter sur son sexe pour vérifier s'il marche « médicalement » bien, il faut poser deux questions : pour qui et pour quoi ?* ».

Prenons le cas de Thomas, 48 ans, qui est venu en thérapie pour des problèmes d'érection. Au fil des séances, en l'interrogeant plus en détail, il apparaissait qu'il n'était pas du tout satisfait de sa

vie conjugale. Ce qui fut confirmé, d'ailleurs, par le fait qu'il ne connaissait aucun problème d'érection avec sa maîtresse. Après quelques heures de divan, finissant par avouer que son épouse ne l'excitait plus du fait qu'elle était très passive, il ajouta : « *Elle considère que le seul fait d'être à ses côtés et de la voir nue devrait suffire à me donner envie* ». A priori, sa compagne n'avait pas l'air très coopératif. Pour autant, quand on évoqua la possibilité de redynamiser sa vie sexuelle conjugale en ayant recours à quelques pratiques qui marchaient plutôt bien avec sa maîtresse, il répondit : « *Je ne vais pas demander ça à ma femme ! C'est pas une pute !* ». Il en résulte que la cause ici n'est plus vraiment claire, et il est permis de se demander qui est à l'origine de la dysérection. Son épouse qui n'est pas entreprenante ? Ou ce patient qui n'assume pas sa sexualité et qui a sans doute complètement inhibé sa femme pendant des années ?

La psychosomatoanalyse se conçoit comme un autre regard sur la pathologie, offrant la possibilité d'une interprétation originale et donc d'une clinique différente. Il convient de rester dans l'ouverture par rapport aux autres approches, de ne pas s'ériger comme les seuls détenteurs de la vérité et d'apprendre à travailler en synergie. Il reste que l'approche que nous proposons n'exclut pas les autres, simplement, elle propose en complémentarité une lecture autre. Ces derniers temps, on assiste à une tendance significative 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 et 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. Un des projets de la psychosomatoanalyse est de comprendre le fonctionnement psychique pour mieux appréhender les conditions dans lesquelles peut se développer une maladie psychosomatique. Freud avait déjà mis en évidence des mouvements de bascule entre des états psychiques et des états somatiques. Il est apparu que leurs liens paradoxaux mettaient en jeu la qualité de l'organisation masochiste de la personne. Groddeck a élaboré une doctrine psychanalytique des maladies organiques selon laquelle le *ça* tout puissant était apte à produire un symptôme névrotique, un trait de caractère ou une maladie somatique.

La psychosomatoanalyse s'est construite à partir de 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 reichienne qui postule qu'à chaque émotion correspond un syndrome physiopathologique spécifique créant ainsi des profils de personnalités reliés à un certain nombre de maladies psychosomatiques ;

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. Ils sont très importants pendant la vie utérine et dans les premières années de la vie. Ces mouvements vont mettre en place des maladies psychosomatiques. Certains de ces mouvements 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, autrement dit 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, et on assiste le plus souvent à une altération organique. En effet, la maladie psychosomatique 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. 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 particulier dans les douleurs d'origine psychogène, les symptômes hypochondriaques, le stress et certaines conversions. La stase énergétique liée à des blocages émotionnels provoque des manifestations sur 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 constitué de sept niveaux pouvant être le lieu de stases énergétiques où apparaissent les symptômes. Pour les médecins, ils sont l'expression de maladies, mais, pour nous, ils ont aussi une signification. Il n'est donc pas sensé, au point de vue thérapeutique,

d'éliminer les symptômes en agissant unilatéralement soit sur le physique, soit sur le psychique, puisqu'ils sont une des manifestations résultant d'un processus pathologique physique ou psychologique qu'un sujet exprime face à l'autre. Par conséquent, les symptômes permettent aussi de mettre à jour le conflit qui peut exister dans une relation à l'autre. Par ailleurs, il est indispensable que l'être humain s'adapte à son environnement. Son équilibre s'exprime en effet à travers des rythmes biologiques naturels qui sont facilement troublés par divers facteurs extérieurs (stress, pollution, agressions...).

Pour étudier le fonctionnement de l'homme, il s'avère 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. Les mécanismes stressants, chez le fœtus, se manifestent par des malformations, ou encore sous forme de lésions organiques. Le nouveau-né est toujours exposé à des stress qui touchent les cinq sens : tact, ouïe, vue, odorat et goût. Si 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 s'extériorisera par une réponse : l'émotion. L'émotion peut s'exprimer librement ou être réprimée. Elle se traduit par la contraction ou le relâchement musculaire, elle est responsable du comportement. La répression émotionnelle empêche la circulation énergétique et entraîne donc un blocage musculaire. *« Chaque blocage a une signification émotionnelle précise et donne un stigmatisme individuel, un trait caractériel dans la personnalité d'une personne. La tension musculaire porte en elle l'origine du blocage et sa signification »* (W. Reich).

Chez les personnes qui s'expriment par des maladies psychosomatiques, leurs difficultés à verbaliser nous amènent à adapter la thérapie à leur mode d'expression.

2. Le premier niveau : les yeux, les oreilles et le nez

Le blocage au premier niveau est très présent dans les noyaux psychotiques. Dès la naissance, ce niveau devrait, grâce à la qualité des soins et de l'amour maternel, permettre d'appréhender correctement la réalité. Si l'on manque de contact avec le monde extérieur, cela entraîne une problématique des contacts et de la relation à l'autre, voire des dissociations. Des

insatisfactions néo-natales liées à une mère abandonnique ou toxique expliquent la persistance ou le retour de manifestations infantiles ou régressives. Ainsi, il est possible de comprendre comment, lors d'une dépression, on peut régresser vers la dissociation psychotique. Comme nous l'avons expliqué dans les premiers chapitres, les défenses psychotiques se structurent pendant les premiers jours de la vie. La symptomatologie dominante de la psychose comporte des hallucinations visuelles, auditives, olfactives et également gustatives ou tactiles, en d'autres termes sensorielles. Après la naissance, ces fonctions sensorielles s'intègrent et se coordonnent. Si l'intégration et la coordination se font mal, la position schizoparanoïde s'installe (*schizo* : qui se coupe du monde, *paranoïde* : qui est considéré comme dangereux).

Le psychotique est une personne bloquée au stade oculaire. Le manque de contacts, le manque de stimulations ou l'excès de stimulations par violence ou érotisation, le rejet entraînent une dysfonction du premier niveau. La coupure entre sensation du vécu et perception du vécu provoque la panique, ainsi que l'interprétation erronée de la réalité, la confusion, le manque d'orientation (comme après l'utilisation de drogues hallucinogènes). Il y a, en définitive, une impossibilité d'identification qui détermine l'absence. 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, de l'adolescence et de l'âge adulte. Il apparaît que des individus paraissant normaux peuvent avoir un noyau psychotique, et nous pouvons même affirmer que nous avons tous un noyau psychotique plus ou moins important.

Le blocage total des yeux engendre une psychose dissociative, le blocage partiel, un noyau psychotique. Cette position psychotique est le résultat 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. Pour ces cas, la thérapie permet à la fois de combler le manque de maternage et de « cuirasser » énergétiquement, et ce de façon progressive, tous les niveaux à partir du premier.

La surcharge énergétique du premier niveau peut entraîner des céphalées, des migraines et des crises d'épilepsie résultant d'un mauvais contact à la mère dans les premiers jours de la vie. L'explication est simple : il s'agit d'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 (aptitude à maintenir constants et en équilibre les éléments de son équilibre interne). Cependant, il convient de rappeler que la céphalée n'est pas toujours un symptôme de conversion hystérique, elle peut être aussi l'expression d'un noyau psychotique. La peur entraîne chez les personnalités psychotiques une forme d'hostilité qui peut évoluer vers des acting out destructeurs. L'hostilité s'accompagne de troubles de la vision (scotomes par exemple), de l'ouïe (bourdonnements, vertiges), de l'odorat (rhinites). La céphalée est l'expression d'une hostilité, la migraine exprime une hostilité envers une figure parentale, la migraine gauche exprime l'hostilité par peur d'une figure féminine (souvent la mère ou une femme vécue comme telle), tandis que la migraine droite l'exprime par rapport à une figure masculine (le père ou un homme vécu comme tel).

Il existe des formes d'épilepsie d'origine psychologique. Quand l'épileptique perçoit une anomalie du point de vue sensoriel ou moteur, une crise tonique avec tétanisation de tous ses muscles se déclenche. Lors de la crise, la respiration se bloque, le 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. Mais on peut relever d'autres dissimilitudes : dans la crise hystérique, la personne 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. Chez l'épileptique, dont la problématique remonte à la période de l'allaitement, on retrouve une colère bloquée au niveau des muscles, un mélange de rage et de haine prêt à éclater.

Les maladies de la peau qui sont en relation avec des surcharges énergétiques donnent des manifestations humides, tandis que si elles sont liées à un manque énergétique, elles se traduiront par une manifestation sèche. Beaucoup de maladies infectieuses et/ou inflammatoires sont le résultat d'une stase énergétique. Cette stase est un bon terrain pour le développement des microbes, champignons et virus, qui se trouvent sur notre peau. Les processus inflammatoires permettent d'éliminer le surplus de la stase énergétique. Si un micro-organisme peut se développer, une infection va se déclarer. Dans le niveau supérieur on

retrouvera : les blépharites, l'orgelet, le chalazion, les conjonctivites, le trachome, les kératites, les iritis, les ophtalmies.

Les symptômes sont particulièrement révélateurs : les orgelets apparaissent chez les compulsifs obsessionnels ; dans le cas des conjonctivites, les yeux rouges indiquent une agressivité destructrice ; les iritis et kératites se développent chez des personnes intoxiquées par des conditions de vie auxquelles elles n'ont plus envie de se confronter ou de voir après avoir soumis leurs yeux à un effort prolongé pour les regarder. Le glaucome, lui, causé par l'augmentation de la tension intraoculaire, atteint des personnes qui cachent de l'agressivité associée à une profonde dépression. Les troubles classiques de la vision, à savoir l'astigmatisme, la myopie, l'hypermétropie et la presbytie, sont toujours la conséquence d'une tension chronique des muscles externes de l'œil et du muscle ciliaire qui est interne, c'est pour cela que certaines techniques comme le yoga des yeux offrent de bons résultats.

Les crises de vertige affectent en général des personnalités avec une hostilité destructive inconsciente qui établissent très difficilement des relations intimes ; fondamentalement, ils ont souffert d'un manque de contact satisfaisant et leur symptomatologie exprime précisément la difficulté de contact, avec le sol, la réalité.

Les perceptions olfactives sont un puissant stimulus pour l'affectivité. L'odorat influence toute la dynamique émotionnelle et fonctionne, pour ce faire, conjointement avec tous les autres sens. Le corps de la mère imprègne dès la naissance 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. Grâce à l'odorat, le nouveau-né découvre le monde extérieur au travers du corps maternel qui devrait être pour lui bienveillant et sécurisant. C'est dans cette optique qu'il est conseillé de poser le bébé sur le corps de sa mère, d'attendre plus d'une minute avant de couper le cordon ombilical. Le bébé va renifler pour chercher le mamelon en même temps qu'il se met à respirer. Lorsque le bébé tète, sa bouche étant prise par la succion, il respire obligatoirement par le nez.

Des expériences de neuropsychologie 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 bandés, 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. 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 des excitants sexuels. Groddeck, a souligné par le passé 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. Ce tissu érectile est le même que celui qui compose le pénis ou le clitoris, ce qui tend à confirmer que le nez a une fonction non pas génitale mais sexuelle et érogène. Cette zone érogène, au même titre que les autres, peut procurer du plaisir ou du déplaisir selon la stimulation : il y a des parfums troublants comme des puanteurs repoussantes.

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 plus spécifiquement les femmes, à cause de leur éducation répressive.

Certaines personnes présentent depuis l'enfance une disposition 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 nasillarde de l'enrhumé est celle de quelqu'un qui parle en dedans, à lui-même, et bloque l'expressivité de l'émission vocale. Très souvent, la rhinite se complique d'une pharyngite ou d'une laryngite et atteint alors des personnes au narcissisme très marqué, et dont l'agressivité destructive sort sous la forme d'un sentiment de révolte, de rébellion. 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.

3. Le deuxième niveau : la bouche

Le deuxième niveau représente l'axe de la vie émotionnelle de la relation avec l'autre et le monde extérieur. La bouche permet de manger, donc de se charger d'énergie et de communiquer. La bouche est une cavité, comprenant les dents, la langue, les glandes salivaires,

qui se termine par l'arc amygdalien et va jusqu'à la gorge où commence la bifurcation des tubes laryngé et œsophagien. La langue est l'organe du goût. Dès la naissance, elle permet de prendre contact avec la réalité en termes de plaisir, gratification, déplaisir, frustration, refus. Le plaisir et le désir provoquent l'excitation parasympathique en augmentant et en fluidifiant la salive. A l'inverse, la peur, la colère, par action sur le sympathique épaississent la salive, assèchent la bouche jusqu'à provoquer une hypersécrétion gastro-intestinale responsable des diarrhées.

Les difficultés alimentaires sont fréquemment dues à une insécurité basale. Ainsi, l'agressivité érotique orale du nourrisson envers le mamelon maternel satisfait sa faim, besoin primaire, et la frustration de cette agressivité donne naissance à la rage orale. En outre, le manque de la mère entraîne une position dépressive, et le lien entre sexualité orale et génitale pousse les caractères phalliconarcissiques à se nourrir de sexe à la place de câlins. 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'incorporation de l'objet aimé, pulsion qui devient destructrice si la personne ressent le besoin de mordre. Dans le cas du nouveau-né, étant donné que la nourriture est associée à la relation d'amour, elle prend une connotation affective. 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. L'ensemble des conduites addictives compense l'absence de gratification orale. L'autonomie nécessite une prise d'indépendance par rapport à la phase orale. Si la mère fusionnelle et anxieuse surprotège son enfant, elle le projette dans l'insatisfaction. Ce comportement excessif catalysera des formes de grignotage, des conduites passives avec tendance à l'obésité, des déplacements vers le désir de reconnaissance ou encore une pulsion égalitariste telle que la soif de justice, voire une ambivalence qui se manifestera par le vomissement, autrement dit l'envie de prendre, incorporer, introjecter et dans le même temps de rejeter, de refuser. Cette problématique orale est responsable de la difficulté de contact avec l'autre qui génère soit une dépendance due à la passivité, soit une agressivité orale sadique.

Si vous avez de telles tendances orales, vous risquez de glisser facilement vers des états dépressifs, et peu d'entre vous peuvent échapper à la dépression à la suite d'une perte ou d'une grande frustration affective. Schématiquement, vous vous retrouverez dans deux types de personnalité orale : l'oral insatisfait qui tente de dépasser sa condition dépressive en compensant par l'alcool, le tabac, la nourriture et les conduites addictives, et l'oral refoulé dont le sevrage a été brusque ou précoce et qui refuse la dépression en affichant des comportements

plutôt rageurs. En réalité, nous avons tous au fond de nous des peurs archaïques. Il n'est pas rare de trouver chez les oraux refoulés un aspect phalliconarcissique ou hystérique, mais, lors de situations conflictuelles, ils régressent dans leurs failles psychotiques avec émergence de leur rage et de leur susceptibilité interprétative allant jusqu'aux délires paranoïdes. Ils compensent en général leur tendance dépressive avec le plaisir des yeux au travers de la lecture, de l'esthétique ou des hallucinogènes. A partir de cette approche, nous expliquons le syndrome maniaco-dépressif comme le résultat d'une incoordination entre le niveau 1 afférent aux yeux et le 2, celui de la bouche. Dans la phase dépressive, la personne est dans l'incapacité de se regarder ou d'entrer en contact avec l'autre, une rumination rageuse sur le plan buccal est présente ; puis, dans la phase maniaque, la personne peut regarder et explorer le monde qui l'entoure mais sur un mode paranoïde éprouvant alors le besoin de consommer, d'un point de vue oral, avec toutes les conduites consommatrices que cela va induire.

Abordons maintenant la question de l'anorexie. La perte de l'appétit s'accompagne d'un arrêt de la croissance, d'un blocage de la puberté, d'une asthénie, de la perte des caractères sexuels secondaires et du désir, et la perte de poids est importante. A l'examen, l'anorexie mentale montre des traits schizoïdes, une humeur dépressive, des tendances obsessionnelles avec une susceptibilité et une ambition exacerbées. Au point de vue psychosomatique, l'anorexique est en proie à une forte agressivité inconsciente, accompagnée d'envie et de possessivité. Chez les femmes, il y a toujours un refus d'identification avec la mère, avec le féminin. L'anorexique se prive de la gratification de manger soit pour se punir de ses pulsions orales de possessivité, soit pour expier sa culpabilité liée à ses fantasmes érotiques oraux projetés sur l'objet aimé.

Aphtes, éruptions herpétiques peuvent apparaître sur les lèvres, dans la bouche et sur les organes génitaux et sont la traduction d'une décharge, d'une stagnation énergétique. Ces manifestations expriment souvent le désir d'une gratification érotique dont le sujet se prive inconsciemment, un phénomène qui s'apparente à celui de l'acné. Les stomatites ainsi que les gingivites sont généralement en relation avec l'impossibilité à exprimer une rage « mordante ». La difficulté d'accepter « une chose » se traduit par une difficulté à avaler avec manque d'appétit, nausée, dégoût et sentiment de rejet. L'effort pour accepter « une chose », donc l'avalé puis la digérer 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 ont plusieurs fonctions : armes, instruments et ornements servant à la séduction. 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, telle une castration. La perte de la dentition est vécue chez les caractères oraux comme un véritable deuil engendrant une crise dépressive. Ce lien entre la perte des dents ou des cheveux et la castration explique la peur des coiffeurs et des dentistes et les nombreux comportements qui mettent les cheveux en scène. En thérapie, survient fréquemment le rêve de la perte des dents qu'il convient d'interpréter comme la perte de la position sadique orale et d'identification avec certains animaux comme le lion, l'ours, chez qui la dentition puissante 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. Il est à noter au passage que la dimension orale est largement répandue dans les expressions « avoir la parole coupante, mordante », « dire des choses amères, acides ou douces, sucrées ». Comme nous l'avons vu dans la fantasmagorie orale, la fonction de communication érotique de la bouche (embrasser, dévorer de baisers, sucer, mordre) montre le lien entre oralité et génitalité.

4. Le troisième niveau : le cou et les épaules

Le cou apparaît comme le premier stade prégénital dans lequel nous situons le narcissisme primaire, c'est-à-dire physiologique, que les conditions culturelles et éducatives ont transformé en narcissisme secondaire, autrement dit névrotique. Ce troisième niveau comprend le cou (larynx, muscle sterno-cléido-mastoïdien) et la partie supérieure du thorax avec les épaules et les bras. On y trouve les vaisseaux carotidiens et jugulaires, les voies nerveuses qui font le trait d'union entre la tête et le reste du corps, le pharynx, l'œsophage, le larynx, la trachée, les poumons, la thyroïde, les parathyroïdes, le thymus et les centres ganglionnaires du système neurovégétatif sympathique.

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 narcissisme est l'amour de soi-même et plus précisément lors de la découverte de la masturbation et de l'identité sexuelle où le non investissement des objets extérieurs par la libido se fait au profit du Moi. Le narcissisme primaire est formé d'un Moi intrapsychique et d'un Moi interpsychique, celui qui est en relation avec le monde extérieur. Toute répression

sexuelle du Moi déclenche une ambivalence sexuelle à l'origine de l'homosexualité latente, une tendance à se retourner vers le Moi au détriment des objets extérieurs. Le narcissique substitue alors aux objets réels, des objets fantasmatiques, et dans l'homosexualité narcissique, le sujet se choisit comme objet à travers cet autre semblable. Il y a transformation en narcissisme secondaire et dans ce cas, soit l'excès de défense narcissique provoque un reflux de l'énergie vers le haut, ce qui entraîne des comportements paranoïdes, soit avec le retournement de la libido sur Soi-même, la partie supérieure du thorax se gonfle de haine, étouffant toute potentialité affective, et comprimant, tant au sens propre qu'au sens figuré, le cœur. La recherche du plaisir s'efface alors au profit de la conquête pour l'acquisition du pouvoir. Le blocage énergétique du troisième niveau touche pratiquement tout le monde et il se traduit physiquement par une rigidité musculaire qui s'étend de la nuque à toute la colonne vertébrale, avec une limitation des mouvements du cou, et psychologiquement, par une rigidité du caractère, ce qui fait perdre de vue l'ensemble au profit du détail et amène l'individu 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, favorise cette immaturité. Au troisième niveau se situe un Surmoi responsable de l'insatisfaction qui pousse la personne à l'ambition, à la compétition, au carriérisme. Elle perd la possibilité de sentir ses limites et confond dignité avec orgueil, vanité ou fierté. Le narcissisme se situe dans le cou, le masochisme dans le diaphragme et la corrélation entre eux est fondamentale ; certains auteurs expliquent que le masochisme est le gardien du narcissisme. Ce qui veut dire qu'en cas de décompensation, l'être humain s'accrochera plus facilement à ses systèmes défensifs masochistes plutôt que de glisser vers les défenses narcissiques. Les phalliconarcissiques évoluent bien dans notre société qui privilégie le pouvoir plutôt que la puissance, et la violence pour le conserver plutôt que la loi. Ils se chargent de responsabilités et exhibent leur efficacité, s'estimant non seulement nécessaires mais indispensables.

Le blocage du cou pourrait provoquer chez un individu une rupture entre sa tête et son corps le rendant rationnel, prêt à tout justifier. Celui-ci va 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. Il en arrive à bloquer ses émotions, à favoriser la technologie contre la science et l'art et à contribuer au désastre écologique. Il finira par renoncer à l'humour et à l'amour.

Le blocage du cou provoque l'apparition de l'arthrose cervicale, la tension chronique interscapulaire responsable des dorsalgies et des torticolis. Les troubles des scalènes en lien avec une éducation répressive, sont responsables de la difficulté qu'ont certains à chanter, crier ou hurler et à avaler (sensation d'étouffement, toux spasmodique, ou boule dans la gorge). Chez l'hystérique, le blocage du cou lié à celui du bassin indique l'existence d'une situation fantasmatique en rapport avec un état sexuel et affectif que la personne ne veut pas accepter.

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 signale dans tous les cas une dysfonction hypophysaire.

Les situations affectives où la personne s'empêche d'exprimer principalement la colère suscitent au niveau du larynx des pharyngites, des laryngites avec dysphonie et extinction de la voix en cas de somatisation.

La thyroïde est entre autres responsable de la vitesse des processus mentaux, influence la croissance osseuse et la créativité. L'hyperthyroïdie s'accompagne d'une symptomatologie neurovégétative : tremblement, hypersudation, tachycardie, insomnie, hyperthermie, amaigrissement. La décharge sexuelle orgasmique comporte toujours une augmentation de la sécrétion des hormones thyroïdiennes. 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. L'anxiété est souvent cause d'hyperthyroïdie, c'est pourquoi pour assumer un état de stress, il faut pouvoir penser avec une certaine rapidité donc stimuler l'hypophyse. L'hyperthyroïdisme démarre au moment où la personne doit affronter un changement dans ses conditions de vie, des responsabilités anxiogènes qui la font suffoquer et qui lui nouent la gorge. Les troubles digestifs comme les diarrhées peuvent être une tentative d'éliminer les problèmes introjectés.

5. Le quatrième niveau : le thorax

A l'intérieur du 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 qui répond aux variations du tonus du sympathique (contraction) et du parasympathique (dilatation). 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 encourir le risque de mort par insuffisance cardiaque. 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 obstrué, 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 convient de 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 provoquée 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.

En règle générale, personne n'a conscience de son rythme cardiaque. Néanmoins, dans la névrose cardiaque, le sujet ressent ses palpitations de façon temporaire. Cette sensation, corrélée à des angoisses de mort et d'abandon, provoque une douleur rétrosternale, un sentiment de fatigue, une respiration irrégulière et une tachycardie avec palpitations, la sensation de froid ou de chaud dans les extrémités. Le névrosé cardiaque s'identifie souvent à des parents auxquels il était affectivement attaché, eux-mêmes décédés de troubles cardiaques. Il faut toujours demander un électrocardiogramme pour rassurer la personne. Ce sont en réalité des névralgies intercostales qui constituent le point de départ d'une névrose cardiaque et souvent des manifestations cutanées (eczémas) apparaissent sur le thorax. Etant donné que les névrosés cardiaques se sentent opprimés, en les faisant respirer on les aide à évacuer leurs émotions et ce qui les oppresse, à savoir les situations de déceptions narcissiques, d'humiliations et d'angoisses de mort et d'abandon. En reprenant l'approche de

Freud, il en ressort que les névrosés sont toujours enclins à une interprétation pessimiste des choses. Par ailleurs, 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. Par conséquent, la régulation de la respiration apparaît fondamentale pour éliminer la composante d'angoissante.

L'angine de poitrine atteint sélectivement les catégories socioprofessionnelles de type hyperactif et compétitif dont le carriérisme et l'arrivisme passent au premier plan. Ces personnes ont une compulsivité dans le travail qui donne la sensation de toujours manquer de temps, un désir d'être irréprochable et qui subordonnent à leur désir de perfection tous les besoins, les pulsions, les sentiments. Leur immaturité affective, produite par l'éducation qui lie l'idéal du moi au devoir au détriment du plaisir, les enferme dans des systèmes de refoulements qui ne leur permettent plus d'exprimer de manière adéquate leur affectivité. On retrouve chez eux 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. La sexualité passe au second plan et l'agressivité, qui ne peut s'exprimer érotiquement, provoque des explosions de colère incontrôlée et destructive 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 aussi se produire inopinément sans qu'il n'y ait jamais eu de douleurs auparavant. Alors que la douleur angineuse immobilise le malade qui, submergé par l'angoisse, retient son souffle, celle de l'infarctus panique la personne qui s'agite pour chercher de l'aide.

Il n'est pas cohérent d'interdire la sexualité aux victimes d'infarctus car nous pensons qu'il faut diminuer l'anxiété des cardiaques et les aider à gérer leur sexualité qui est un besoin : la vie sexuelle comporte, du point de vue physiologique, une stimulation vagale, c'est-à-dire une expansion, une vasodilatation, une transpiration qui peuvent aider à l'apport sanguin du muscle cardiaque.

En ce qui concerne les poumons, il est à noter que la respiration est un moyen de communication et d'expression en dehors de la parole. Ainsi, la tristesse diminue la profondeur du souffle, tandis que 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 en effet 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.

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 dues au sentiment d'impuissance à changer la situation existentielle.

En plus des facteurs de risque que nous connaissons, l'explosion du cancer des voies respiratoires tient à une répression de la dépression et de la colère, 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 ; il s'agit d'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 laissant ouvert le champ à la réactivation et à 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 personnes qui n'ont, dans leur structure caractérielle, qu'un blocage partiel des trois premiers 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 borderline, 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 fortement 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 au détriment de leur santé et du besoin de loisirs. En raison de ces caractéristiques psychologiques, il s'avère nécessaire, dans la thérapie, de rester particulièrement vigilant à la reprise de la vie sociale, car si la personne n'a pas suffisamment changé, elle 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. Cet aspect vient conforter, par conséquent, l'idée d'une maladie psychosomatique.

6. Le cinquième niveau : le diaphragme

Le diaphragme est un niveau d'une importance fondamentale. Ce muscle a un rôle capital sur le plan physiologique et énergétique car il est le siège de l'anxiété et du masochisme. Les peurs liées aux fantasmes et celles du premier niveau se transmettent sur le plan énergétique au diaphragme qui se bloque, créant l'anxiété associée à la crainte de voir surgir 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 énergétique. Les conditions socioculturelles sont génératrices d'anxiété, et à cela s'ajoutent les répressions, les menaces, les punitions, les chantages affectifs du modèle éducatif destinés à rendre l'enfant soumis. Ces facteurs déterminent la structure caractérielle masochiste qui se soumet.

Rapidement, dès trois ans, même parfois plus tôt, l'enfant découvre la masturbation. Cette dernière, encore très tabou, est culturellement interdite et l'enfant doit se cacher pour satisfaire ses pulsions sexuelles ce qui génère de la peur et de l'anxiété. La culpabilité issue des interdits et de l'éducation religieuse aggrave la situation en induisant l'idée d'une faute à payer par la punition. L'éducation amène le Surmoi à valoriser toutes les émotions qui se situent au-dessus du diaphragme alors que toutes celles qui proviennent d'en dessous sont considérées comme pernicieuses. Ainsi le diaphragme devient une barrière entre les deux parties du corps.

La tendance à se plaindre sans arrêt, à se poser en victime, à être prêt à se sacrifier, à gâcher tout ce qui est entrepris par des conduites d'échec sont les principaux traits de caractère inhérents au masochisme, lequel se caractérise aussi par des troubles névrotiques tels que névrose de l'appareil digestif, éjaculation précoce ou retardée, nymphomanie ou frigidité, névrose d'angoisse.

Une situation d'anxiété, si elle devient chronique, se transforme en névrose anxieuse puis en névrose d'angoisse avec des symptômes d'une pénibilité extrême : sensation de constriction précordiale, cardiospasme, poids à l'estomac, tension dans les jambes, dans les mains, dans la vessie, tendance à la tachycardie, à une transpiration exacerbée, à des vomissements, à de la diarrhée ou inversement à de la constipation, ainsi qu' à une pollakiurie.

L'expérience émotionnelle liée à l'appareil digestif se résume à : « prendre », « retenir », « perdre ». Le vomissement sert à éliminer quelque chose de dangereux sur le plan physique ou psychique. La mauvaise incorporation est éliminée oralement par le vomissement qui permet de fuir les sensations désagréables. À travers le vomissement, ce sont certaines circonstances ou expériences de la vie qui sont refusées.

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 la personne se trouve dans une impasse émotionnelle face à une situation extérieure.

La névrose gastrique est due à un dysfonctionnement de la sécrétion et de la motricité de l'estomac et du duodénum. De nombreux troubles gastriques sont la conséquence de comportements alimentaires inadaptés : 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 par cette configuration.

La gastrite se manifeste fréquemment chez une personne qui grignote sans discontinuer. La gastrite hypoacide apparaît le plus souvent lors d'un état dépressif lié à la fatigue ; ce sont généralement les prémices de l'apparition du cancer de l'estomac. La gastrite hyperacide précède généralement l'ulcère gastrique, on la rencontre très souvent chez les personnes 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. 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 amplifiés, intensifiés, si la personne doit faire face à un chagrin affectif, une peur, des querelles familiales, des revers de fortune. A ce stade, le malade a besoin de repos, d'aide, de soutien et de sécurité. Lorsqu'il est tenu éloigné de son terrain de « lutte quotidienne » et qu'on lui prescrit le repos, son état s'améliore, ce qui confirme la corrélation. Mais s'il n'est pas traité à temps, il peut y avoir une aggravation des symptômes avec hémorragie et/ou perforation. Inconsciemment, le malade vient ainsi de justifier le « bien-fondé » de sa demande d'aide.

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 personnes consomment beaucoup d'énergie, ce qui les amène à somatiser pour « canaliser » leur anxiété.

Nous avons pu observer que le blocage du diaphragme pouvait 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).

7. Le sixième niveau : l'abdomen

Lorsque ce niveau est bloqué, imaginez-le comme une muraille qui empêche l'énergie de circuler dans un sens ou dans l'autre, provoquant des stases énergétiques. A la fin du stade oral, comme vous l'avez compris au début de ce livre, le plaisir investit la zone anale après avoir investi la bouche. L'enfant va découvrir le sentiment d'indépendance qu'il associe à la gestion volontaire de ses éliminations. 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. Cette fonction anale exprime par ailleurs les pulsions d'hostilité, d'attaque, de souillure, de destruction. Avec l'éducation des sphincters, l'enfant perd ou craint de perdre ce pouvoir. 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 soit des gratifications, soit des attitudes coercitives. Quand les parents installent le « donner son caca contre de l'amour », chez l'enfant l'ambivalence entre donner et refuser va le pousser d'un côté à « donner avec amour » et de l'autre à tenir un discours intérieur qui est « je vous hais et je tiens plus à ma satisfaction qu'à votre amour pas gratuit ». Ainsi vont s'installer chez l'adulte des sentiments sadiques masqués derrière une apparente capacité à aimer, d'où une fantasmagorie sadique-anale très importante.

Au début de sa vie, l'enfant aime son caca. La coprophilie réprimée se transforme en dégoût, en dépréciation, voire en mépris et amènera l'adulte à une utilisation sadique de ses excréments avec soit des tendances destructrices, soit, après formation réactionnelle, des tendances oblatives (donner).

La constipation, la diarrhée ou l'alternance de ces deux manifestations abdominales sont souvent d'origine émotionnelle. Le côlon répond aux stress émotionnels soit par une augmentation péristaltique et une diarrhée, soit par sa diminution et la constipation. Le schéma dynamique de la diarrhée est le suivant : frustration des désirs → agressivité → sentiment de culpabilité avec anxiété donc blocage diaphragmatique avec agressivité sadique-anale ou besoin de donner rapidement, un enchaînement qui provoque au final la diarrhée. Les

diarrhées 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 ; elle pense alors se déculpabiliser en « donnant ».

Les personnes anxieuses et déprimées, affichant une attitude calme alors qu'elles sont intérieurement tendues et découragées sont en général constipées. Ces personnes qui manquent de confiance en l'autre, se refusent à donner dans un sentiment de faire toutes seules et de conserver ce qu'elles ont. La personne en rétention anale masque son mépris envers les autres et ses tendances sadiques. En cas d'agression extérieure, comme elle est convaincue de son sentiment de défaite, elle se fatigue, a des maux de tête et des angoisses. Il lui faut masquer son sadisme anal ; la constipation s'inscrit alors dans le « tenir à tout prix » et dans un refus de « donner » ou de « se donner » ou encore de « se soumettre ».

Les douleurs abdominales apparaissent en cas de dépression liée à une insatisfaction permanente ainsi qu'à un sentiment de manque d'espoir. Ces douleurs sont fréquentes chez une majorité de femmes qui présentent 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 personnalité est obsessionnelle avec une hostilité importante et des traits paranoïaques. L'agressivité étant réprimée, il en résulte un comportement dépendant et passif. Ces personnes ont une relation fusionnelle avec une mère qui a été (ou est encore) une personne autoritaire, rigide, punitive, moraliste et froide. Ces personnes sont souvent préoccupées par les odeurs, la propreté du corps et de la maison, et la sexualité est vécue comme dégoûtante.

Dans l'ensemble de ces pathologies abdominales liées à des prises de contrôle des sphincters par les parents, on trouve beaucoup de femmes dont l'éducation crée, chez elles, une composante hystéromasochiste, alors que pour les hommes, on trouvera une composante phalliconarcissique avec un comportement sadique. Chez les femmes comme chez les hommes, l'obligation d'assumer des responsabilités lors de situations conflictuelles les amène à prendre des décisions sur un mode rigide et narcissique, de fait la situation leur échappera et la compulsion avec ses conversions somatiques et/ou comportementales se remettra en place. Dans les troubles abdominaux, la personne est persuadée d'avoir droit à ce qu'elle prétend lui

être dû de la part des autres car la plupart du temps elle s'était mise à « donner » quelque chose que probablement personne ne lui demandait.

8. Le septième niveau : le bassin et les zones sexuelles

Comme vous l'avez compris, ce niveau contient tous les organes sexuels et de la reproduction, l'appareil de la défécation, et la majeure partie de l'appareil urogénital. Il convient de 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. En réponse à la peur d'être agressé, l'être humain répond par des contractions des muscles du cou, forme de défense narcissique. Nombre de femmes en réaction à la peur d'être agressées contractent les muscles lombosacrés. Les muscles qui sont sollicités pour lutter contre le viol sont les adducteurs. Le Surmoi génital avec ses interdits, ses jugements, la culpabilité qu'il génère associé à une éducation moralisatrice va, lui aussi, entraîner des contractions des muscles adducteurs, un pelvis antéversé avec lordose exagérée du bas du dos. Cette posture traduit la peur face aux interdits sexuels.

A ce niveau, nous trouvons la problématique œdipienne et l'expression de l'analité avec le sadisme qui utilise le phallus et/ou le sexe comme arme. L'hystérie est l'antichambre de la génitalité, c'est la raison pour laquelle il ne faut jamais réprimer l'hystérie mais la canaliser. L'anal séducteur qui contrôle avec son corps est agile et séduisant, la partie inférieure est plus forte, le bassin plus mobile, sa sexualité est envahissante ; il lui faut être le centre du monde. L'anal est, suite à des peurs d'être ou d'avoir été utilisé, dans la nécessité de tout contrôler, il évite ainsi d'être objet de l'Autre. Il est manipulateur et dominateur, le séducteur utilise l'érotisme et la sexualité pour obtenir ce dont il a besoin. La position œdipienne le pousse vers une sexualité de type pré-génital avec la mise en acte de nombreux fantasmes sexuels. Si le Surmoi est trop moralisateur, cela engendre une composante masochiste très forte. L'hystérique se culpabilise de la situation œdipienne, et la peur de la punition entraîne une angoisse importante qui va être diminuée par une autopunition de type masochiste. La composante orale va le pousser dans une cyclothymie avec des phases maniaques et des phases dépressives. L'hystérique, doté d'une imagination très fertile, va dans certaines situations, pendant les phases maniaques, projeter dans le monde extérieur les acteurs et les situations nécessaires pour jouer à ses jeux et enjeux. A nouveau, l'importance de la composante orale amènera ce type de personnalité à se dissocier et à créer des personnalités

multiples. Il s'avère nécessaire d'apprendre à l'hystérique à devenir auteur au lieu d'acteur. Les hystériques somatisent (somatisation en tant que conversion) très facilement dans la tentative de fuir dans la maladie un conflit.

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

Les crises hémorroïdaires peuvent être comprises comme une défense anale contre une homosexualité latente ou du sadisme.

Les cystites qui sont une inflammation de la vessie et/ou des voies urinaires, avec ou sans infection, entraînent des douleurs à la miction, un besoin fréquent d'uriner, voire des traces de sang. Plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, les cystites sont en fait des somatisations masochistes liées à un sentiment de culpabilité ou encore à des conflits en relation avec la sexualité. Rappelons que pour les enfants 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. C'est ainsi que nous voyons l'émergence de pratiques urinaires dans la sexualité et que certain(e)s névrosé(e)s ont un besoin impérieux d'uriner s'ils/elles sont en compagnie d'une personne pour qui ils/elles ont du désir. La signification agressive-destructrice de la miction peut être repérée dans le langage vulgaire : « pisser ou chier sur le corps d'une personne ». Ce phénomène est à relier à la découverte faite dans l'enfance, à travers laquelle 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 (pissier 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.

Les dysfonctions sexuelles sont dues à une stase énergétique soit liée à un blocage diaphragmatique, soit à des blocages du septième niveau en rapport avec une censure importante du Surmoi. D'autre part, le besoin sexuel non satisfait produit des perturbations biologiques qui déclenchent l'anxiété qui, à son tour, provoque de nombreux symptômes. Quand les blocages interdisent à l'énergie de circuler et de se décharger, les symptômes (fluctuation du désir, chute du désir, manque de lubrification, douleurs à la pénétration, dysérections, éjaculation précoce et retardée, anorgasmie) apparaissent comme expression des conflits sous-jacents.

La masturbation devient alors une véritable soupape de sécurité permettant la décharge énergétique. L'éjaculation précoce ou retardée est due aux angoisses de performance, à l'anxiété liée à l'anticipation de l'échec 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 juger. Ce système de pensée développe chez l'homme un sadisme inconscient qui s'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.

Chez beaucoup de femmes, les règles sont vécues comme douloureuses et accompagnées d'anxiété, d'irritabilité ou de dépression. Ces symptômes sont déclenchés par une position régressive soit au stade orale avec anorexie, boulimie, alcoolisme, soit au stade anal avec constipation, diarrhée et météorisme. Il est fréquent de noter qu'à l'origine de ces troubles, il y a la rareté de l'acte sexuel. Le vécu symbolique des règles est important à prendre en considération, elles peuvent être l'indicateur d'une fécondité potentielle, être considérées comme un avilissement périodique, soit comme l'emblème de la féminité, soit comme la preuve de la castration possible. Les règles douloureuses peuvent s'accompagner de céphalées et de troubles gastro-intestinaux. La femme est déprimée et son émotivité est instable. Il s'agit d'une stase énergétique qui maintient les parois musculaires de l'utérus dans un état de contraction chronique. Ces femmes 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 un certain malaise et de l'anxiété. Les rêves et fantasmes sexuels sadomasochistes appartiennent à un « héritage culturel » donnant à la femme le rôle de celle qui « doit » souffrir ou qui « doit » se venger. Une véritable éducation sexuelle serait une prévention judicieuse.

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 ce cas, la femme vit une blessure narcissique proportionnelle à l'importance qu'elle donne aux valeurs esthétiques. Les femmes à caractère hystérique présentent fréquemment des manifestations hypomaniaques et sont également à la recherche d'expériences nouvelles ou se réfugient dans l'imaginaire. 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 peut être marquée par des épisodes dépressifs.

La stérilité fonctionnelle est très souvent d'origine 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 phalliconarcissiques qui privilégient le succès social à la maternité ou encore des personnalités immatures qui aimeraient rester enfants plutôt qu'accoucher.

Les aménorrhées psychogènes sont fréquentes chez des femmes qui désinvestissent la sphère érotique et qui se trouvent dans une situation les projetant dans l'inutilité de leur rôle de génitrice.

Les douleurs pelviennes sont des manifestations complexes car il y a souvent interférence entre les facteurs organiques et psychiques, en particulier lorsque la femme utilise inconsciemment la douleur. Les exigences socioculturelles ont déterminé un renforcement de cette situation où les étapes de la féminité (règles, défloration, accouchement, ménopause) évoluent sous l'empreinte de la douleur. Ces douleurs peuvent aboutir à des hospitalisations, des traitements répétitifs, des interventions chirurgicales et il n'est pas rare que des douleurs persistent une fois la cause organique éliminée. Ces douleurs ne sont 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 soignée 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.

Dans ce contexte, nous avons affaire à des femmes hystériques et masochistes qui sont capables d'érotiser la souffrance. En ce qui concerne le masochisme, les blocages vont se localiser dans la région du diaphragme et du bassin, et pour le côté hystérique, ils toucheront la bouche et le 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 personnes expriment alors, à travers le symptôme une agressivité profonde pour manifester la frustration existentielle, les déceptions, une amertume quant à une sexualité insatisfaite, un conflit ou un abandon conjugal. Si les algies sont l'expression d'une agressivité refoulée, ici il s'agit d'une automutilation faisant fonction de punition. Une démangeaison vulvaire qui conduirait à se gratter en faisant souffrir (masochisme) pourrait servir à masquer des désirs masturbatoires.

Quand vous ressentez des douleurs à la pénétration, si vous sentez que vous n'êtes pas féminine ou que vous assumez mal votre féminité, une partie de votre composante agressive s'exprime alors en contractant très fortement les muscles de la vulve. Le vaginisme est dû à la contraction involontaire des muscles constricteurs du vagin (le releveur de l'anus) chez des femmes phobiques et anxieuses qui ont peur de la pénétration.

Soyez vigilantes et allez toujours consulter un médecin pour éliminer toutes causes organiques.

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. Si tel n'est pas le cas, son utilisation n'en sera qu'approximative.

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'acquisition de la parole. Dès son arrivée dans ce nouveau monde, il a besoin d'un contact chaleureux et accueillant, 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 au passage 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 du bien-être 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 seulement nous nous en donnions la peine.