

A dark blue vertical bar runs down the left side of the page. A blue arrow-shaped graphic points to the right from the bar, containing the text "[Novembre 2018]".

[Novembre 2018]

Conférences de Jean Benjamin Stora

« Psychosomatique Intégrative »
Devant les membres de la Société de
Psychosomatique Intégrative

Several thin, curved lines in shades of blue and grey originate from the bottom left and sweep upwards and to the right, creating a sense of movement and depth.

Conférences de 2009 à 2018

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
PREFACE	4
1.Pour une nouvelle approche de la Psychosomatique, proposition de changement de paradigme : Médecine, Neurosciences et Psychanalyse.	5
Intervention à l'Université de Besançon du 18 Mars 2009	5
2.Médecine et Psychosomatique Intégrative	6
Conférence du 11 septembre 2009	6
3."Un célèbre patient", Observation des troubles cardiaques du "patient Sigmund Freud" à partir de nombreux documents, Freud, Schur, E. Jones, D. Anzieu,...)	9
Conférence du 3 mars 2010	9
4.La psychanalyse : de la théorie de la psychanalyse à la théorie de la clinique. Du rôle de la cure analytique dans la formation du psychothérapeute de psychosomatique intégrative	18
Conférence du 29 mai 2010 Société de Psychosomatique Intégrative ; 1ERE JOURNEE D'ETUDE DE L'ASSOCIATION	18
5. Le deuxième paradigme de la médecine	29
Conférence du symposium 2010.....	29
6. Immunologie et Psychosomatique intégrative quelles relations ?	34
4 ^{ème} symposium médecine et psychosomatique intégrative	34
Annexe .Urologie et Cancérologie Intégratives	37
7. Psychosomatique du Bébé et NAISSANCE DE LA VIE PSYCHIQUE	40
Symposium septembre 2013	40
8. Psychosomatique du Bébé relations entre comportements et expression génétique, l'approche psychobiologique	46
Symposium septembre 2013	46
9.Psychosomatique intégrative et Médecine traditionnelle chinoise :	50
Quelles relations ?	50
Conférence de janvier 2014	50
10.Effet Placebo et Psychosomatique intégrative : Approche psychosomatique des patients au XXI^o siècle	60
Conférence 2014	60
10.Médecine personnalisée et Psychosomatique intégrative: pour une médecine à visage humain	65
Conférence du Samedi 25 juin 2016	65
Annexe, Médecine personnalisée du cancer	69
Annexe 2 : Médecine personnalisée.....	72

11. Méditation pleine conscience et Psychosomatique Intégrative.....	75
Conférence du 18 novembre 2017	75
12. Qu'est-ce que la Psychosomatique Intégrative	82
Conférence du 24 mars 2018.....	82
13 Les images du corps en Psychosomatique Intégrative Relations au corps et maladies	92
Conférence du 23 Juin 2018.....	92
Les images du corps en Psychosomatique Intégrative Relations au corps et maladies.....	92
Le corps et ses images (schémas)	92
II. Le schéma corporel	98
III. Du sensori-moteur à la représentation mentale du corps.....	100
BIBLIOGRAPHIE	103
14. Les fondements scientifiques du modèle théorique et clinique de la Psychosomatique Intégrative.....	106
Conférence 29 septembre 2018.....	106

PREFACE

J'ai regroupé dans ce livre toutes les conférences prononcées devant la société de psychosomatique intégrative de 2009 à 2018. La première de ces conférences, exceptionnellement, a été prononcée devant un public universitaire de l'université de Besançon qui m'avait invité car je codirigeais la thèse d'une de leurs étudiantes, et à cette occasion ils souhaitaient que je leur expose l'approche de psychosomatique intégrative.

Devant les collègues de notre association, j'ai prononcé au cours des 10 dernières années de nombreuses conférences pour éclairer la démarche de psychosomatique intégrative, en fournir les fondements scientifiques et les origines. À propos des origines, dans le cadre de la conférence consacrée à la Médecine Traditionnelle Chinoise, je me réfère à mes inspirateurs à savoir la médecine de l'Égypte antique, la médecine juive du Docteur Moïse Maïmonide et enfin la médecine arabe de celui qu'on appelle en Europe Averroès et en arabe Ibn Rochd.

Je propose dans ces conférences d'aborder le deuxième paradigme de la médecine, à savoir que « l'être humain est une unité psychosomatique » ; j'aborde de façon détaillée la psychosomatique du bébé dans le cadre d'une conférence de la faculté de médecine où nous avons réuni de nombreux spécialistes des « bébés ». Il s'agissait d'exposer les premières étapes de notre modèle global.

D'autres conférences sont consacrées à l'effet placebo, la médecine personnalisée, la méditation pleine conscience, à l'interrelation entre immunologie et système psychique, à l'image du corps neuronale et à l'image du corps psychique

Enfin, vous trouverez dans une des conférences consacrées à des réflexions sur le modèle de la psychosomatique intégrative, les critiques apportées aux controverses entre Sigmund Freud et Ferenczi concernant l'abord des patients somatiques. À cette occasion vous comprendrez un peu mieux la dimension idéologique développée par les sociétés de psychanalyse qui n'ont pas permis d'aboutir au modèle de la psychosomatique intégrative que j'ai développé au cours des 25 dernières années. Je pense que l'exposé des controverses des années 20 du siècle dernier éclaireront votre compréhension. Enfin la dernière conférence de septembre 2018 revient sur les fondements scientifiques de la psychosomatique intégrative.

Je vous souhaite une bonne lecture de toutes ces conférences en espérant qu'elles contribueront à vous aider à mieux comprendre et approfondir notre approche.

1. Pour une nouvelle approche de la Psychosomatique, proposition de changement de paradigme : Médecine, Neurosciences et Psychanalyse.

Intervention à l'Université de Besançon du 18 Mars 2009

Aborder la psychosomatique du point de vue psychanalytique (Ecole de Paris de P. Marty) et/ou du point de vue médical (Médecine Psychosomatique) conduit à une impasse méthodologique car il n'est pas possible scientifiquement d'établir une compréhension des somatisations à partir d'une seule discipline. La psychanalyse rencontre tout comme la médecine une limite épistémologique, celle de leur discipline. La Psychanalyse ne peut expliquer pourquoi les fonctions et organes se désorganisent de même que la médecine ne peut expliquer les dysfonctionnements psychiques dont la théorie est en dehors de son champ. **Nous devons élaborer une nouvelle approche théorique à partir des avancées scientifiques de la médecine, des neurosciences et des nouvelles pratiques et théories psychanalytiques : le pré-oedipien et le prégénital, l'intersubjectivité, l'empathie et la compréhension des patients somatiques grâce à la mise en œuvre de techniques actives de psychothérapie : la psychothérapie psychosomatique.** Nous présenterons cette nouvelle approche fondée sur des hypothèses scientifiques ainsi que la méthode d'examen clinique dévaluation de la santé psychosomatique.

2. Médecine et Psychosomatique Intégrative

Conférence du 11 septembre 2009

- L'approche de la Psychosomatique Intégrative : une approche de système de systèmes
- La Psychosomatique Intégrative se situe au carrefour des interrelations entre :

La Psychanalyse, la Médecine et les Neurosciences

Par « psychanalyse », j'entends un modèle qui part des phases utérines et archaïques du processus de maturation jusqu'à la phase génitale œdipienne. La Psychosomatique intégrative ne peut en rester à l'approche classique psychanalytique réduite à la dimension génitale.

La Psychosomatique Intégrative tente d'établir les liens entre le niveaux du Vivant à partir des recherches dans toutes les disciplines

Elle concerne l'Unité psychosomatique des êtres humains

- Hypothèses 1
- En se référant au modèle global de la Psychanalyse-Psychosomatique: existence d'un appareil psychique interreliant représentations mentales, comportements et émotions, et **participant** à toutes les maladies somatiques, sans en être pour autant la cause.
- **Il n'y a pas de maladies psychosomatiques**
- Référence à la multi-causalité comme facteur explicatif des processus de somatisation; lorsque la dimension psychique est fortement présente on a tendance (à tort) de parler de psychogénèse de la maladie.
- Que la maladie commence au niveau neuronal, fonctionnel ou organique, l'appareil psychique est toujours plus ou moins sollicité et en interrelation avec l'ensemble de l'unité psychosomatique y compris lorsque l'on pense que ce « n'est qu'organique ».
- Hypothèses 2
- La part de la contribution de l'appareil psychique aux maladies somatiques varie considérablement selon la composante génétique, l'histoire personnelle individuelle, l'histoire des différentes maladies, et les différentes situations familiales et professionnelles auxquelles l'individu est confronté (importance de l'environnement).
- **Dans toute maladie, il existe une dimension organique, neuronale et psychique**
- Quel est le rôle joué par la maladie dans l'équilibre psychosomatique du patient ? C'est une question que l'on doit se poser lors de l'examen de chaque patient ou de chaque patiente.
- L'intégrité de l'unité psychosomatique

- Quelle que soit sa formation première, le ou la psychosomaticien (ne) travaille aux côtés de ses collègues médecins pour rétablir l'intégrité de l'unité psychosomatique.
- Ne soigner que la dimension organique corporelle ne suffit pas dans tous les cas pour déclarer que les patients sont « guéris »
- **Les thérapies psychosomatiques**
- L'information du patient et l'éducation thérapeutique sont des étapes importantes du processus thérapeutique mais ne sont pas suffisantes pour rétablir l'équilibre du fonctionnement psychique des patients.
- Les thérapies psychosomatiques sont les plus appropriées pour aider à soigner les patients.
- Problématiques psychiques des patients somatiques
- La rupture de l'intégrité de l'unité psychosomatique provoque d'importantes régressions et désorganisations psychiques.
- Les problématiques des patients à l'hôpital se situent pour la plupart au niveau prégénital (oral et anal); nous sommes en présence de problématiques narcissiques (le Soi), d'identité subjective et d'identité culturelle (nombreux patients appartenant à des cultures différentes).
- Une attitude thérapeutique maternelle
- La quasi-absence de névrose infantile, donc de problématique œdipienne, ne permet pas de travailler avec le transfert habituel utilisé en psychanalyse.
- **Le Psychosomaticien(ne) adopte une attitude maternelle de réparation sensorielle et motrice; il prête son appareil psychique pour reconstituer un imaginaire, il réanime le patient; il est du côté de la vie. Les thérapies sont souvent épuisantes pour les thérapeutes psychosomaticiens(nes) qui sont, au contraire de leurs collègues psychanalystes, confrontés très souvent à la mort au même titre que les médecins.**
- Méthode Psychosomatique
- **Evaluation globale du risque psychosomatique**
- La « METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE » JBS-PSYSOMA- version 17. Juin 2009, a été élaborée dans le cadre de mes recherches cliniques et théoriques de **1993 à 2009** ; elle comprend (171 items). Cette méthode permet d'établir un diagnostic, une stratégie thérapeutique et une évaluation du déroulement thérapeutique. Ce dernier volet de la méthode permet en psychosomatique de pouvoir satisfaire aux demandes ministérielles concernant l'évaluation des thérapies. Une dernière version datant de 2018 a été publiée récemment et elle va figurer enfin de cet ouvrage consacré aux conférences. Cette version comprend aussi un glossaire permettant de comprendre tous les concepts et descripteurs du fonctionnement psychosomatique des patients et des patientes.

- Anamnèse et Etude Epidémiologique Psychosomatique et Médicale
- **Les 4 dimensions du fonctionnement psychique**
- **les processus et mécanismes psychiques, les points de fixations, les manifestations caractérielles et les activités sublimatoires**
- **la prévalence des comportements**
- **la capacité d'expression des affects**
- **Risque lié à l'environnement familial, professionnel, et environnement global.**
- **les chiffres en face de chaque rubrique de la méthode sont utilisés pour les études épidémiologiques au cas où vous entreprendriez une telle recherche sur un échantillon de patients.**
- **Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique**
- Noter les patients en fonction des échelles de risque dont le risque somatique évalué par les médecins :
- * Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée
- * Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible.
- * Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation
- * Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.
- Une nouvelle approche de la Médecine
- Dans le cadre des conférences de la Société de Psychosomatique Intégrative, nous allons vous présenter différents styles de travail entre médecins et psychosomaticiens à la Pitié, d'où la présence d'un binôme médecin et psychosomaticien pour chaque communication.
- Il s'agit d'un travail de pionniers qui annonce et, je le souhaite profondément, un changement important dans les pratiques hospitalières et médicales.
- Nous sommes en présence d'un nouveau paradigme de la médecine.

3. "Un célèbre patient", Observation des troubles cardiaques du "patient Sigmund Freud" à partir de nombreux documents, Freud, Schur, E. Jones, D. Anzieu,...)

Conférence du 3 mars 2010

Ce cas a été publié dans mon dernier ouvrage : « La nouvelle approche psychosomatique , 9 cas cliniques », MJW-Féditons 2013.

L'intérêt que j'ai manifesté pour les troubles somatiques de Sigmund Freud remonte à 1999 à propos de patients atteints de cancer ; j'ai alors commencé à tourner mon attention vers l'histoire somatique de ses troubles connus (cardiaques et cancer de la mâchoire). Les revues de psychanalyse que je lisais ne semblaient pas concernées par les troubles somatiques du Père de la psychanalyse. Je suis revenu récemment à propos d'un projet de livre sur les troubles somatiques accompagnant la vie de Sigmund Freud ; la lecture des livres de Didier Anzieu et de Marx Schur a constitué la première étape de réflexion à propos des « maladies » de Freud.

Je vais dans un premier temps établir des notes à partir desquelles je ferai un travail d'élaboration de ce cas. Dans le chapitre deux, page 60, intitulé l'épisode cardiaque de Freud : bataille contre l'addiction à la nicotine, Max Schur évoque les situations de grand stress que Freud est parvenu à maîtriser. La correspondance de Freud avec Fliess est importante pour la compréhension des troubles ainsi que l'auto-analyse de Freud durant les années 1892 à 1902. Dans sa correspondance avec Fliess, Freud a souvent évoqué de nombreux symptômes physiques : maux de tête, que Freud appelle « crises de migraine » ; affection nasale, dont une infection chronique du sinus a été ou non l'origine ; symptômes gastro-intestinaux assez vagues. Les symptômes cardiaques sont de loin les plus importants. La première allusion de Freud à ses troubles cardiaques se trouve dans une lettre du **18 octobre 1893** (37 ans et demi) qui nous apprend que la question avec Fliess avait déjà été abordée. Dès le départ Fliess attribue à ce symptôme principalement au tabac, car il pensait que la nicotine aggravait considérablement ses troubles. Ceci marqua le début d'une série infinie de tentatives de Freud pour renoncer au tabac. Freud promet de ne pas fumer mais emploie le mot allemand *peinlich* qui signifie avec peine mais aussi scrupuleusement ; il annonce dans la même lettre à Fliess une aggravation imminente de l'état de son cœur. Il écrit aussi qu'il se sent mieux en dépit du fait qu'il fume beaucoup. Le thème de la mort commence à apparaître dans ses lettres : « je n'obéis pas à tes interdictions de

fumer ; trouves-tu vraiment qu'il vaille la peine de mener une longue et misérable vie ? ». **Le 7 février 1894** un célèbre chirurgien, un des amis intimes de Brahms, Théodore Billroth décède ; Freud l'admirait beaucoup pour la diversité de ses talents.

Le 19 avril 1894 dans une autre lettre Freud parle de ses difficultés de vivre l'abstinence de fumer et surtout de ses « misères cardiaques » pire que ce qu'il avait avant la suppression des cigares :

« ce qui semble peut-être moins compréhensible, c'est, à d'autres points de vue, le cas de ma santé. Les jours qui suivirent mon renoncement furent assez supportables... C'est alors que se produisirent soudain de grands troubles cardiaques (Herzland, littéralement : « misères cardiaques »), pire que ceux que j'avais avant la suppression des cigares : violentes arythmies, tension cardiaque perpétuelle, aux pressions, sensations de brûlure dans la région du cœur, sensation douloureuse dans le bras gauche, un peu de dyspnée -faible et pouvant faire soupçonner une origine organique-, tout cela par excès, c'est-à-dire survenant deux ou trois fois par jour, se prolongeant et s'accompagnant d'une dépression psychique qui se manifeste par des idées de mort et d'adieu et vient remplacer ma normale hyperactivité. Depuis deux jours, mes malaises organiques ont diminué mais l'état hypomaniaque persiste tout en se montrant assez poli pour cesser soudain et permettre à un être humain d'envisager à nouveau avec confiance une longue vie et d'espérer récupérer totalement le plaisir de fumer ».

Freud se pose la question de savoir, « lui qui consacre toutes les heures de la journée à l'étude des névroses » s'il est lui-même atteint d'une dépression raisonnablement motivée ou bien hypocondriaque !

"Mais Freud est suffisamment lucide pour comprendre que l'explication neurologique et psychique ne peut être appliquée à son état. " !!

Il s'adresse au Dr. Breuer en lui disant qu'à son avis les troubles cardiaques n'étaient pas imputables à une intoxication nicotinique mais plus probablement à **une myocardite chronique**, maladie à laquelle la fumée ne convient pas. **L'arythmie cardiaque remonte à 1889 après une influenza.**

La description de ses troubles font penser à Max Schur à des crises de **tachycardie paroxystique, avec probablement fibrillation auriculaire, et des signes d'insuffisance coronarienne tels que douleurs angineuses et dyspnée.**

À propos de ses crises Freud parle de dépression accompagnée de vision de mort et d'adieu. (reprendre en étudiant de très près les six lignes écrites par Freud en allemand, page 66, sous le coup de l'émotion ; cette déclaration révèle la manifestation d'un stress intense dans une situation que l'on pourrait qualifier de traumatique).

Je pense ici que Marx Schur fait allusion **au stress psychique** causé à Freud **par les trois crises qui ont persisté pendant une partie de la journée et qui se sont prolongées dans les jours suivants.**

Max Schur suppose que lorsque le Freud parle de son état hypomaniaque il a recours au mécanisme du déni ; déni de sa dépression. Freud veut retrouver le plaisir de fumer --rauchlust -- et il fait un lapsus

calami --rauflost --esprit combatif ; ce qui exprime le désir de Freud de retrouver le plaisir de fumer et non pas comme Marx Schur le dit de « lutter pour son droit de fumer ».

La fin de la lettre de Freud révèle le comportement qu'il adoptera plus tard dans sa lutte contre le cancer : « si mes inquiétudes ne sont pas fondées, pourquoi laisserais-je ma femme y prendre part ? si je suis réellement atteint d'une maladie mortelle, pourquoi lui causer de l'angoisse dès à présent ? ». Lettre à Eitington du 1er avril 1925.

Le 6 mai 1894 jour de son 38e anniversaire, Freud écarte l'hypothèse de la nicotine qui causerait ses troubles cardiaques et **avance l'hypothèse d'une myocardite rhumatismale « maladie dont on ne se débarrasse jamais complètement »**. Freud avançait cette hypothèse après avoir rencontré dans sa clientèle de nombreux « phénomènes du même genre » chez certains de ses patients.

Rappelons qu'à cette période, Freud fait face à la maladie, à l'abstinence, à l'isolement et qu'il combat seul en s'efforçant de découvrir les sources de la névrose. Il est en train d'achever ses « Etudes sur l'hystérie ».

Je dois ici souligner un point très important dans le comportement de Freud, il est relatif à la relation du malade et du médecin ; Freud n'était pas convaincu que le docteur Breuer lui disait la vérité, il craignait aussi que le docteur Fliess, de même, la lui dissimule. Freud prie le docteur Fliess d'être honnête avec lui. Le Dr Max Schur déclare à cet égard : « on a souvent affaire à des patients qui prétendent pouvoir accepter la nouvelle d'une maladie grave, voire mortelle ; or, on s'aperçoit que beaucoup, en réalité, ne veulent pas savoir la vérité et qu'ils s'effondrent parfois sous le choc. Mais Freud, lui, dit vrai, comme il le prouvera par la suite ». Max Schur, p. 68.

La lettre du 19 avril met en lumière le difficile problème de la dépendance à la nicotine qui va tracasser Freud tout au long de sa vie.

En mai 1894 dans une autre lettre Freud met en question le diagnostic du docteur Breuer ; il parle d'une éventuelle myocardite. Il signale cependant qu'il n'y a pas de dilatation du cœur mais que les bruits désordonnés du cœur (signe important de lésion organique), l'arythmie, etc., persiste malgré l'abstinence.... Freud se plaint : mauvaise humeur, fatigue, incapacité de travailler et faible dyspnée. **Il prend 1 g de digitaline tous les deux jours, il pense que la digitaline a eu une influence sur l'arythmie cardiaque.**

Dans la lettre du 6 mai 1894, jour de son 38e anniversaire, Freud signale qu'il n'a pas pu terminer encore l'esquisse sur les névroses ; ces symptômes ne l'ont pas quitté plus d'une demi-journée et son humeur et sa capacité de travail sont bien bas.

La maladie, l'abstinence du tabac, l'isolement, le combat solitaire qui a commencé en s'efforçant de découvrir les sources de la névrose et donc d'éclairer les mécanismes du fonctionnement de l'esprit humain semble peser fortement sur son équilibre. Peut-on y voir le coût payé par Freud pour découvrir ce qui devait être la psychanalyse ? (J.B.S)

C'est pendant cette période qu'il achève les « études sur l'hystérie ».

« Lettre du 21 mai 1894 : mon interprétation des névroses fait ici de moi un isolé. Ils me considèrent à peu près comme un monomane, quand j'ai la nette impression d'avoir abordé l'un des grands secrets de la nature ».

Le 22 juin 1894 : «... Je n'ai pas fumé pendant cette semaine de pluie le moment où tu m'en as donné l'ordre. Au début... Troubles cardiaques avec indisposition et en plus, l'horrible misère de l'abstention. Cette dernière s'est dissipée au bout de trois semaines environ, et les troubles cardiaques ne se sont améliorés qu'au bout de six semaines à peu près mais je suis resté totalement incapable de travailler. Après sept semaines, contrairement à la promesse que je t'avais faite, je me suis remis à fumer... »

Freud se remet à fumer environ trois cigares par jour et déclare qu'il se sent mieux qu'avant : « il reste toujours un peu d'arythmie... Mais les augmentations jusqu'à un *delirium cordis* (expression latine utilisée à cette époque pour une tachycardie paroxystique avec fibrillation auriculaire) accompagnée d'un sentiment d'oppression ne survienne que par crises, qui, maintenant, durent moins d'une heure et se produisent presque toujours après le déjeuner. La dyspnée moyenne survenant lorsque je monte un escalier a disparu ; je n'ai plus de douleurs dans le bras gauche depuis des semaines ; la paroi thoracique est toujours extrêmement sensible ; le sentiment de pression et la sensation de brûlure ne se sont pas relâchés un seul jour. Objectivement, rien n'est démontrable. Je ne peux trouver aucun signe objectif, mais je ne sais que penser. Le sommeil et toutes les autres fonctions n'ont pas été perturbées. Je contrôle bien mes humeurs, mais il est vrai que je me sens vieilli, lourd, en mauvaise santé. La digitaline m'a considérablement aidé.

Ce qui me tourmente, c'est l'incertitude : comment il faut prendre l'histoire. Il me serait pénible de trahir un diagnostic d'hypocondrie, mais je n'ai aucun critère pour en décider ».

Le 14 juillet 1894... « Depuis ta lettre du 28 juin, abstinence qui a duré huit jours ; le jeudi suivant, dans un moment d'indescriptible tristesse, j'ai fumé un cigare, et puis à nouveau huit jours d'abstinence ;.... Depuis ce moment, la paix est revenue. Bref le rythme d'un cigare par semaine s'est instauré.... ».

À partir de juillet 1894 il semble que la crise soit parvenue à sa fin et bien que Freud ait souffert de troubles au cours de l'année 1895 il fut d'humeur optimiste. Le 23 août 1894 Freud parle de l'amélioration de ces symptômes cardiaques. **Deux ans avant la mort de son père il rend visite à ses parents qui séjournent à Ischl.**

Résumé du cas

Le Dr Max Schur se pose bien entendu beaucoup de questions sur l'établissement d'un diagnostic quelque 75 années après les événements. Il résume le cas de la façon suivante :

1. Freud remarque une arythmie à la suite d'une maladie fébrile probablement une influenza contractée en 1889. En avril 1894 lors de ces symptômes il se rappelle de ce trouble.
2. Au printemps de 1894, les troubles cardiaques s'aggravent : lettres datées des 19 et 25 avril, du 6 mai, du 22 juin 1894. Freud pendant plusieurs semaines a des crises quotidiennes, de fortes arythmies et de la tachycardie avec douleur angineuse et une faible dyspnée réduisant sérieusement son activité physique. Son médecin suppose qu'au moment des crises les plus graves le patient souffrit de tachycardie paroxystique accompagnée probablement de fibrillation auriculaire. **(Morts de Brücke et de Meynert en 1892)**

C'est au cours de l'été 1894 que cessa la collaboration de Freud et Breuer; crainte relative au facteur sexuel dans l'étiologie des névroses. Malgré les réticences de Breuer, Freud avait maintenu la relation avec lui en dépit des symptômes cardiaques d'avril 1894 et il l'avait consulté en tant que médecin.

Hypothèse: manifestation d'angoisse qui demeure dans le domaine physique, névrose d'angoisse. Peur excessive d'un danger réel: être confronté aux critiques de la communauté médicale et leur rejet possible. crainte de l'affrontement, etc. "Freud dans Inhibition, symptôme et angoisse écrit: Quand le psychisme n'arrive pas à faire face, par une réaction adéquate, à la tâche (au danger) qui le menace, il réagit par de l'angoisse".

article sur "les psychonévrose de défense - 15 mai et 1er juin 1894.

en 1895 article en français: "Obsessions et phobies".

Lettre à Fliess du 30 mai 1893 sur les séductions précoces.

Le 2 mai 1896 accueil glacial à la société viennoise de psychiatrie et de neurologie d'une communication sur l'étiologie des névroses.

Puis abandon de la "Neurotica" comme explication de l'étiologie de l'hystérie par séduction réelle au profit d'une nouvelle théorie dans laquelle le fantasme de la séduction se substitue à la réalité ; la réalité psychique fait son apparition comme concept.

3. Les trois médecins que sont Freud lui-même, Breuer et Fliess envisagèrent deux possibilités : celle d'une myocardite chronique et celle d'une intoxication nicotinique. Breuer penchait pour la première hypothèse et Fliess pour la deuxième ; Freud oscillait entre les deux hypothèses.
4. Le docteur Schur pense que d'autres diagnostics sont possibles : celui de myocardite chronique est trop vague pour lui, ils sont à imputer à l'absence de moyens d'investigation clinique qui sont aujourd'hui connus. Il pense qu'au cours du printemps 1894 Freud a dû souffrir d'une thrombose coronaire. Freud a parlé « d'indurations douloureuses » des muscles, cela ne permet pas pour autant de supposer qu'il ait souffert de rhumatisme articulaire aigu, avec des complications au niveau du cœur. Son état cardiaque ultérieur ne justifie en rien une telle

conclusion. Le Dr Max Schur avance une autre possibilité celle d'une myocardite infectieuse aiguë d'origine indéterminée.

5. Le syndrome de tachycardie paroxystique avec ou sans fibrillation auriculaire est bien connu. Il peut apparaître sans aucune trace notable de lésion organique. La douleur pseudo-angineuse et la dyspnée peuvent s'expliquer par l'insuffisance coronarienne que les crises de plus longue durée ont pu provoquer. **Une angoisse extrême peut parfois déclencher des crises que l'on considère alors comme des manifestations anxieuses.**
6. Chez des patients prédisposés au réflexe vasovagal, une grande variété de stimuli sensoriels et un stress émotionnel peuvent déclencher quantité de troubles circulatoires. Chez les patients atteints d'angine de poitrine ce même réflexe peut engendrer une crise d'angor pectoris. On rencontre aussi des réactions du type nausées, vomissements, diarrhées ou encore des signes de spasmes du côlon ou d'irritabilité colique avec entérocolite muco-membraneuse. Freud a eu plusieurs fois dans sa vie des troubles de ce genre. Les syncopes de Freud (nous lui en connaissons quatre ou cinq) survinrent toujours dans des situations de stress intense. Quant aux crises de colite et aux courtes périodes de fréquentes extra systoles, elles furent provoquées par l'excès de tabac et soulagé par une petite dose de belladone.
7. Le Dr Max Schur écarte l'hypothèse d'une hypersensibilité particulière à la nicotine car les crises aiguës auraient plus ou moins régulièrement coïncidé avec la reprise des cigares avec de graves réactions cardio-vasculaires qui seraient périodiquement réapparues tout au long de sa vie puisque Freud resta toujours un grand fumeur ; or ces crises ne réapparurent pas. Freud vécut encore 45 ans et il n'eut plus jamais de crise de tachycardie paroxystique avec fibrillation auriculaire.
8. Ernest Jones propose un diagnostic de psychonévrose grave dont il situe la phase culminante dans la seconde moitié des années 1890. « Freud aurait sans doute donné à une époque plus tardive le nom d'hystérie d'angoisse à ces troubles » (p. 336). Le docteur Schur se pose des questions : comment Ernest Jones explique-t-il le caractère psychonévrotique de tous ces malaises ? suppose-t-il qu'il y a eu névrose d'organe, somatisation de conflits et/ou d'angoisse, quelque chose que nous appellerions aujourd'hui un état « psychosomatique » ? ou bien croit-il qu'il s'agissait simplement d'une élaboration hypocondriaque de quelques extra systoles occasionnelles ? Freud au cours de sa vie n'a exprimé des angoisses de mort que deux fois dans toute sa correspondance : dans la lettre du 19 avril 1894 et dans celle du 16 avril 1896 à propos de la mort du sculpteur Tilgner décédé d'une crise cardiaque. L'humeur de Freud était très dépressive lorsque les troubles cardiaques atteignaient un paroxysme ; pour le docteur Schur « qu'un individu ait des idées pessimistes, qu'ils soit déprimé et effrayé par la mort au moment où il souffre de troubles cardio-vasculaires graves ne prouve pas que ces symptômes

représentent la somatisation d'un conflit inconscient ou d'une angoisse excessive et incontrôlée » (p. 84)

9. Le Dr Max Schur propose comme hypothèse une lésion organique avec défaillances temporaire du ventricule gauche. Pour soutenir une telle hypothèse il revient sur les symptômes évoqués par Freud qui sont pour lui des crises d'angor : fortes douleurs dans le bras gauche, et sentiment d'oppression. Les accès de tachycardie et l'arythmie sont des phénomènes courants dans cette maladie, dit-il. Pendant cette période Freud a donné des signes d'une légère insuffisance ventriculaire gauche, tels que l'essoufflement ou ce qu'il a appelé une « insuffisance motrice ». Il insiste sur le fait que Freud a réagi positivement à des prises répétées et irrégulières de digitaline pendant plus d'un an. Le docteur Schur insiste sur le fait qu'une thrombose coronaire peut survenir à un âge relativement jeune (Freud avait 38 ans en 1894) et il pense qu'un malade peut ne pas savoir de symptômes angineux pendant des dizaines d'années et maintenir un fonctionnement cardiaque normal.

En conclusion des différentes observations, le docteur Max Schur avance les hypothèses suivantes : « en résumé, nous n'avons aucune raison valable de souscrire à la thèse de Jones selon laquelle tous ces malaises étaient les manifestations particulières de la psychonévrose de Freud. Je pense pour ma part qu'entre la fin de l'année 1893 et l'année 1896, Freud souffrit de crise de tachycardie paroxystique, accompagnée de douleur angineuse et de signes de défaillance du ventricule gauche, que ces crises atteignirent leur paroxysme au mois d'avril 1894 et qu'il eut à ce moment une lésion myocardiale organique, très probablement une thrombose coronaire d'une artériole ou peut-être une myocardite infectieuse avec sensibilité temporairement accrue à la nicotine ». (p. 87, Max Schur, *la mort dans la vie de Freud*, éditions Gallimard 1975 pour la traduction française.)

À propos de la nicotine et du tabac, nous avons une lettre de Sigmund Freud du 12 février 1929 : « j'ai commencé à fumer à 24 ans, d'abord des cigarettes puis très vite exclusivement des cigares ; je fume encore aujourd'hui (à l'âge de 72 ans et demi), et répugne beaucoup à me priver de ce plaisir. Entre 30 et 40 ans, j'ai dû cesser de fumer pendant un an et demi à cause de troubles cardiaques qui furent peut-être (causés par) les effets de la nicotine, mais qui étaient probablement les séquelles d'une influenza. Depuis, je suis resté fidèle à cette habitude ou à ce vice, et j'estime que je dois au cigare un grand accroissement de ma capacité de travail et une meilleure maîtrise de moi-même. Mon modèle en cela a été mon père qui fut un grand fumeur et l'est resté jusqu'à l'âge de 81 ans ».

.....

J'ai consulté un collègue et ami, le Professeur Daniel Thomas du service de cardiologie de la Pitié-Salpêtrière à qui j'ai communiqué les pages ci-dessus pour avoir son avis.

Objet : Pr. J.B.Stora une demande de diagnostic probable !!

Cher Ami,

Je me permets de te soumettre le cas d'un patient célèbre que j'étudie avec attention depuis un mois, mais qui a toujours suscité mon intérêt scientifique car je pensais que les médecins et les psychanalystes qui avaient étudié son cas s'étaient trompés.

Il s'agit de Sigmund Freud dont j'ai établi le dossier médical (en fichier joint) à partir de plusieurs sources fiables:médecins et contemporains.

J'ai l'intention de présenter ces réflexions dans le cadre d'une journée d'études de l'association créée par les diplômés des 4 dernières promotions de psychosomatique intégrative.

Je suis conscient de l'étrangeté de ma demande mais je serai très heureux dans la mesure de ta disponibilité que tu puisses étudier avec toute ton expérience clinique les troubles cardiaques de S. Freud:

quel est le diagnostic probable ??.

Je te remercie par avance en espérant que tu comprendras mon intérêt scientifique,

Bien amicalement, Jean Benjamin

Voici les commentaires que je suis en mesure de faire à partir des informations que tu m'apportes :

1/ Compte tenu de l'âge auquel les troubles cardiaques sont apparus (avant 40 ans) on pourrait en première approche penser qu'il ne s'agit pas d'une pathologie coronaire.

Mais la description qu'il fait des symptômes ("pression", sensations de brûlures avec irradiation dans le membre supérieur gauche), les circonstances (il ne fait pas allusion à un lien avec l'effort) et la présence d'un tabagisme n'exclut pas des phénomènes de spasme coronaire, dont les manifestations surviennent habituellement au repos et se voient pratiquement exclusivement chez des fumeurs. Dès la fin du 19ème siècle, Huchard décrivait déjà dans son traité de médecine l'"angor spasmo-tabagique" qui est devenu une réalité de la cardiologie moderne lorsque le spasme coronaire et sa démonstration lors de coronarographie a été mise en vedette dans les années 80. Je me souviens même d'une présentation de l'équipe de l'Hôpital Boucicaut à la Société Française de Cardiologie qui avait fait une coronarographie avec des clichés avant puis après le "fumage" d'une cigarette et qui montrait de façon évidente la diminution de calibre des coronaires...

Mais il faut noter également que les crises de tachycardie sont susceptibles d'entraîner un angor fonctionnel puisqu'il rapporte une certaine simultanéité des symptômes rythmiques et douloureux.

L'hypothèse d'une thrombose aigue coronaire dès cet âge est également possible chez un fumeur. Cependant on imagine que cela, même si ce n'est pas totalement exclu, ne l'aurait pas mené sans autre souci coronarien jusqu'à un âge aussi avancé.

Donc, si pathologie coronaire sous-jacente il y a, c'est donc plutôt un spasme coronaire

NB: Il a été assez perspicace pour évoquer lui-même a posteriori la responsabilité du tabac dans cette lettre du 12 février 1929 reproduite à la fin de votre texte.

2/ Les troubles du rythme sont plus difficiles à rattacher directement à son tabagisme, même s'ils pourraient éventuellement les favoriser puisqu'ils semblent s'amender lorsqu'il arrêtera temporairement de fumer.

Cependant, à cet âge, des troubles du rythme, qui ne semblent pas avoir réapparu par la suite (?), peuvent correspondre à des tachycardies supraventriculaires type Bouveret, bénignes, survenant plus volontiers chez des sujets jeunes et sur cœur sain le plus souvent, mais pouvant être impressionnantes compte tenu de la fréquence cardiaque élevée et parfois s'accompagner de sensations de douleurs thoraciques.

Une fibrillation auriculaire est moins probable car s'il emploie le terme d'"arythmies" il ne fait pas directement allusion au caractère irrégulier du rythme cardiaque dans la description des symptômes. La digitaline qui était à l'époque le seul médicament antiarythmique disponible semble avoir eu un effet ... mais elle n'a pas d'effet spécifique sur "un type" de trouble du rythme. cela n'est donc pas très informatif.

Quant à l'impact, d'une psychonévrose sur ces phénomènes fonctionnels en particulier rythmiques, par le biais du système neuro-végétatif, pourquoi pas. On sait que le système nerveux autonome est un des trois éléments intervenant dans le déclenchement des troubles du rythme: c'est le fameux "triangle" arythmogène avec : le "substrat" (le muscle cardiaque malade ou la fibrose constituée au sein du muscle), la "gachette" (les extrasystoles qui sont en fait présentes plus ou moins chez la plupart des individus sans obligatoirement de conséquences) et les "facteurs régulateurs" le plus dominant étant le système nerveux autonome.

3/ Enfin le terme de "myocardite chronique", auquel il est fait allusion, recouvrait à l'époque l'ignorance des pathologies non étiquetées et ne doit pas être prise en compte, à mon avis, même s'il est évoqué par les exégètes qui se sont penchés sur l'interprétation des peines de cœur du grand homme.

Il est aussi peu plausible d'établir un lien entre l'épisode infectieux (influenza) de 1889 et ce qui apparaîtra en 1894.

Pour conclure, nous ne pouvons bien sûr n'être que dans la "probabilité" éclairée "a posteriori". Il est déjà tellement possible de se tromper dans l'approche diagnostique faite en temps réel... alors la lecture archéologique des pathologies passées me semble un exercice encore beaucoup plus difficile dans lequel nous devons faire preuve de beaucoup de modestie.

J'espère que ces réflexions te seront utiles. Nous pourrions en reparler si tu le souhaites.
Amitiés, Daniel

PS: Je pense que tu connais le livre de Philippe Grimberg "Il n'y a pas de fumée sans Freud" qui traite du tabagisme de Freud. Je ne l'ai pas lu personnellement mais je l'avais entendu faire un topo à ce sujet dans une réunion de tabacologie. Cela m'a paru assez intéressant dans l'approche de certains fumeurs. Il a en effet continué à fumer jusqu'à sa mort malgré son cancer de la bouche... Ton dernier paragraphe, le citant, semble vraiment résumer sa vision du tabagisme et probablement celle de nombreux fumeurs.

PS: Je pense que tu connais le livre de Philippe Grimberg "Il n'y a pas de fumée sans Freud" qui traite du tabagisme de Freud. Je ne l'ai pas lu personnellement mais je l'avais entendu faire un topo à ce sujet dans une réunion de tabacologie. Cela m'a paru assez intéressant dans l'approche de certains fumeurs. Il a en effet continué à fumer jusqu'à sa mort malgré son cancer de la bouche... Ton dernier paragraphe, le citant, semble vraiment résumer sa vision du tabagisme et probablement celle de nombreux fumeurs.

4. La psychanalyse : de la théorie de la psychanalyse à la théorie de la clinique. Du rôle de la cure analytique dans la formation du psychothérapeute de psychosomatique intégrative

Conférence du 29 mai 2010

Société de Psychosomatique Intégrative ; 1ERE JOURNEE D'ETUDE DE L'ASSOCIATION

La pratique des psychothérapies psychosomatiques implique que le psychothérapeute psychosomaticien ait d'abord effectué un travail sur lui-même en recourant à la technique dite de la cure classique. Sans la connaissance de son inconscient, il serait difficile pour le psychothérapeute psychosomaticien, qu'il soit médecin ou psychothérapeute, d'entreprendre des cures de patients somatiques. La cure dite classique est le modèle à partir duquel toutes les autres cures psychothérapeutiques se sont développées au cours du dernier siècle. Nous nous interrogerons plus tard sur la formation du psychosomaticien dont la première étape a été franchie avec l'acquisition du diplôme universitaire de psychosomatique intégrative. Vous avez toutes et tous été analysés, mais par discrétion, à l'exception des collègues qui travaillent avec moi supervision, je n'ai jamais demandé comment votre psychanalyse s'était déroulée. Vous comprenez cependant que ce premier travail a une importance considérable pour comprendre nos patients dans toutes leurs dimensions. J'ai commencé à pratiquer la psychanalyse en 1973, et je n'ai jamais cessé depuis cette époque de poursuivre mon auto-analyse, et de m'interroger sur ma propre psychanalyse effectuée au sein d'une société psychanalytique de l'association internationale de psychanalyse. Le modèle développé par Freud et adopté par les sociétés psychanalytiques, membres de l'association internationale de psychanalyse, me paraissait, avec le passage du temps, incomplet dans la mesure où les différences culturelles semblaient absentes du processus analytique, et comme cela a paru bien plus tard à la fin des années 80 du siècle dernier grâce aux contributions de Joyce McDougall, les problèmes d'identité et de leur constitution étaient totalement absents du processus. Étaient absents aussi les affects, leurs manifestations, le vécu des situations présentes et passées, ainsi que la compréhension en profondeur de la psycho-dynamique conflictuelle. Le comportement des psychanalystes vis-à-vis de leurs patients était lui aussi l'objet d'interrogations de ma part et jusque récemment je le reliai plutôt à une dimension culturelle des Français, plutôt réservés et distants dans leurs relations avec autrui, or cela n'était qu'en partie exact.

Il était temps de s'interroger sur l'histoire de l'établissement du modèle de la cure classique pour comprendre en quoi ce modèle différait de l'approche développée par Sándor Ferenczi que j'ai dans un premier temps connu grâce à la branche hongroise de ma famille, et à mes relations avec les

collègues de la société hongrois de psychanalyse. En France, à l'Institut de Psychanalyse de la S.P.P à la fin des années 70, le nom de Ferenczi n'était pas prononcé, mais je ne me posais pas de questions, et compte tenu de mes origines nord-africaines où le respect du Père et des aînés occupe une place centrale dans la relation, je tenais en haute estime et je respectais profondément l'enseignement qui m'était donné sans jamais interroger celles et ceux qui le dispensait. Il m'a fallu franchir de nombreuses étapes pour tout remettre en perspective, ce que je fais aujourd'hui devant vous, afin que notre association bénéficie des leçons du passé, et que nous nous engagions sur un chemin différent où la tolérance doit être le guide de nos relations scientifiques et professionnelles. Comment Freud et les psychanalystes de l'IPA ont-ils abouti à l'établissement de la cure dite classique ?

Je vais aborder les positions des partisans de l'approche théorique et ceux, moins nombreux, de l'approche clinique.

Tout a commencé dans les années 20 cruciales pour le devenir de la Société Internationale de Psychanalyse ; c'est d'abord au sein du Comité secret créé par le premier cercle des étudiants et disciples de Freud que le problème prit naissance avec d'importantes conséquences sur la pratique de la psychanalyse contemporaine.

Rappelons d'abord les contributions conceptuelles du début des années 20 : après avoir élaboré la seconde topique et s'être interrogé sur la pulsion de mort qui illustre le thème de la répétition et la manifestation possible de la destructivité au sein de la cure, Freud ne reformule jamais les principes techniques de la cure psychanalytique ; il en reste à son travail de 1916 sur « le transfert » conférence numéro 27 et sur « la thérapie analytique » conférence numéro 28. En 1938 dans son abrégé de psychanalyse il reste attaché à un travail de construction menée en collaboration avec le patient porté par la force du transfert. **Il continue à centrer la cure sur la remémoration en cherchant confirmation du vécu qu'il soit traumatique ou simplement fantasmatique, et recherche le noyau oedipien d'événements refoulés en tentant de reconstituer l'histoire du patient. Freud se centre exclusivement sur la problématique génitale œdipienne comme modèle général de formation des psychanalystes et comme traitement des patients névrosés de son époque.**

Depuis 1910 il pressent l'importance de la dimension émotionnelle du psychanalyste (problème du contre-transfert), sans pour autant en faire un élément de la relation thérapeutique, et il introduit en **1912 la nécessité d'une analyse personnelle** condition préalable à l'exercice professionnel. Pour lui « on devient analyste par l'étude de ses propres rêves ». Rappelons que c'est seulement à partir de 1925 que se développe ce qu'on appelle l'**analyse didactique**. Quant au transfert, Freud est toujours dans la position du père **car la position de la mère l'embarrasse beaucoup**. Il a été un très grand interprète des rêves de ses patients et a fait preuve très souvent d'une grande perspicacité ; il a développé la notion d'écoute flottante c'est-à-dire débarrassée de tout acte de conclure ou de synthétiser, dénuée

de toute interférence personnelle de l'analyste ou de toute présupposition dans ce que celui-ci pourrait vouloir entendre ou trouver. Mais, en réalité, ce que nous connaissons de sa pratique est très différente de ses propres recommandations : il parle amicalement à ses patients en séance, il aide les patients en difficultés financières, il accepte des cadeaux, il invite ses patients à dîner dans sa famille, il analyse sa propre fille Anna, etc. En vérité une pratique éloignée des énoncés théoriques et des recommandations !

Très vite Freud constate aussi que s'il avance dans le domaine de la compréhension du fonctionnement psychique, il a de nombreux échecs thérapeutiques : Dora, l'homme aux loups, l'homme au rat etc. L'échec semble résider dans la difficulté de produire des changements psychiques.

Le transfert, la compulsion de répétition, la révélation de sens aux patients, la prise de conscience tout cela se révèle insuffisant pour produire du changement. Freud ne modifie pas sa technique et marque le pas. Il est fatigué de ce déroulement thérapeutique de la cure qu'il a instaurée, **il préfère l'investigation théorique, c'est elle qu'il privilégie dans sa pratique.**

Remaniement du cadre de la cure

À partir de 1921, la notoriété de Freud attire de nombreux patients dont il ne peut assurer le traitement ; il souhaite alors les référer à Sándor Ferenczi qui est son ami et aussi celui qu'il considère comme le grand vizir. A cette occasion il remanie le cadre de la cure : la semaine psychanalytique passe de six séances hebdomadaires à 5 séances afin de pouvoir accepter un patient de plus ; cette pratique sera édiflée en règle canonique de la cure type plus tard. Les analyses sont écourtées puisqu'elles ne durent que quelques mois et les conditions en sont fixées à l'avance. Durée du traitement, montant des honoraires, révision des prix à la hausse... Un patient de Freud décrit ainsi le déroulement de la psychanalyse : **repérer le complexe d'Œdipe, interpréter l'homosexualité refoulée, et, à partir de là, laissez le patient faire le reste, à savoir perlaborer.** Il semble même ce que Ferenczi reprochera à Freud plus tard que celui-ci ne savait pas reconnaître le transfert lorsqu'il se présentait sous la forme de la rivalité paternelle. Raymond de Saussure déclare à cet égard : « Freud parle trop, il peine à attendre une vérité qui s'éveille dans l'esprit du malade quand il en est persuadé lui-même : il cherche à le convaincre tout de suite ». Cité par Élisabeth Roudinesco dans histoire de la psychanalyse en France (tome 1, Fayard, 1994,366).

Dans cette période charnière des années 20, on assiste à un glissement progressif de la cure des patients à l'analyse de formation des psychanalystes. Ce glissement semble convenir au fonctionnement intellectuel de Sigmund Freud qui se concentre alors sur l'étude de la culture, de la religion, de la civilisation, application de la psychanalyse à d'autres disciplines, tous les travaux que nous connaissons bien : « Malaise dans la culture, Moïse et le monothéisme, etc. Tout aurait été parfait si Sándor Ferenczi n'avait pas développé des propositions critiques décrivant une autre approche de la cure des patients. Rappelons ici que S. Ferenczi a connu Freud en 1908 et que sa pratique, ses

publications avaient fait de lui le n°2 de la psychanalyse après Freud ; Il fut le premier Président de l'Association Internationale de Psychanalyse en 1910). Ils ont à plusieurs reprises pris des vacances ensemble.; pour Freud, Ferenczi était le premier Vizir de la psychanalyse. Ferenczi commença à souffrir à cette époque de l'anémie de Birmer qui devait l'emporter en avril 1933 ; alors que Ferenczi lui fait part dans ses lettres de ses problèmes réels de santé, Freud lui répond à plusieurs reprises qu'il s'agit là « d'une fuite dans la maladie ». Dans sa lettre du 29 juillet 1921, il en vient à lui dire « qu'il ne croit pas qu'il soit organiquement malade » et ajoute : « je crois que vous pratiquez une concurrence déloyale. Parce que dans chaque lettre que je vous parle de la perspective de la mort... Vous vous en saisissez et pensez que vous devez m'égaliser ou me surpasser » (In Freud, Ferenczi, Correspondance,t.III,.). On peut constater ici encore une fois, l'approche du premier psychanalyste envers les troubles réellement organiques dont il ne perçoit pas l'importance et les conséquences sur la santé du patient. Je tiens à vous signaler et vous mettre en garde à propos des croyances psychanalytiques face à la maladie organique. Ils ne peuvent pas l'expliquer.

Les discussions sur la pratique prirent une tournure qui encore aujourd'hui est déterminante dans l'exercice de la psychanalyse dite classique.

Les enjeux de la pratique : les propositions de Sándor Ferenczi et d'Otto Rank

Otto Rank et Sándor Ferenczi ((tous deux membres du comité secret, le premier cercle autour de Freud) dans un ouvrage intitulé : « Perspectives de la psychanalyse, sur l'indépendance de la théorie de la pratique » (1924) paru à Paris chez Payot en 1994, **préconisent une clinique qui fasse place à l'affect, au vécu et aux ressentis.** Je vous rappelle que Freud recommandait d'attendre que le patient se laisse convaincre par les explications de l'analyste ; Ferenczi préfère l'activité du thérapeute afin d'encourager l'inconscient du patient à reproduire sur le divan les situations anciennes et les émotions infantiles oubliées.

En résumé moins de remémoration, plus de répétition, moins de compréhension, plus d'éprouvé.

Il est évident que cette conception de la cure est moins confortable pour le psychanalyste puisqu'il expose sa personne. Pour Ferenczi il est important que l'analyse ne devienne pas une fin en soi. Face à ses deux disciples, Freud a une attitude ambivalente ; il montre d'abord de l'intérêt, puis il adopte une position contraire, se rétracte et finit par les réprimander ; les disciples de Freud (les psychanalystes en formation et ceux ayant terminé leur cursus) se déchaînent alors. L'ouvrage des deux auteurs est mis au pilori et il est condamné, plus tard, à l'oubli, tout au moins dans le mouvement psychanalytique de l'Association Internationale (IPA).

Nous assistons alors à un tournant critique dans l'histoire du mouvement analytique puisque la préférence est donnée à la préservation de l'invention de Sigmund Freud : die Sache (la Cause).

Ferenczi et Rank mettaient en garde contre une trop grande intellectualisation de la cure, contre le risque que celle-ci ne devienne un but en soi ; ils préconisaient d'accorder une place importante à

l'affect. **Ferenczi** voulait soigner (care), prendre soin du patient, il s'obstinait à vouloir améliorer sa méthode ; il ne se satisfaisait jamais d'aucune certitude théorique ce qui constituait d'une certaine façon une atteinte à la pureté de l'invention de Freud centrée sur la dimension génitale œdipienne. Il est fort possible que Freud ait mal vécu la rivalité et les atteintes narcissique des critiques de Ferenczi relatives à la cure, comme s'il avait perdu la lucidité concernant le modèle global métapsychologique réduit à sa dernière étape.

L'année 1924 fut celle de réactions très violentes à l'encontre de Ferenczi et de Rank ; leur travail intitulé "Objectif de développement de la psychanalyse, du rapport mutuel entre théorie et pratique", se verra amputé de plusieurs chapitres. Il ne sera publié en France que 70 ans plus tard ; quant au livre d'Otto Rank, il sera exclu comme son auteur du champ de la psychanalyse. Dans son ouvrage "le traumatisme de la naissance", Otto Rank développe l'idée que la première séparation biologique d'avec la mère peut constituer le prototype de l'angoisse. C'est donc sur ce mode de transfert maternel et pré-œdipien que la relation du patient à l'analyste peut se voir interpréter au sein de la cure. **Il voit dans l'attachement à la mère une interprétation possible pour raccourcir le délai de la cure.** C'est ce point que Freud privilégiera pour développer l'essentiel de ses critiques. Je rappelle ici qu'au cours d'une promenade en 1922 Freud confie à Ferenczi « **qu'il ne sait pas si la découverte (transfert maternel) contient 33 % ou 66 % de vérité mais que de toute manière c'est le développement le plus important depuis la découverte de la psychanalyse** ». Plus tard les psychanalystes critiquèrent le transfert maternel en l'identifiant au transfert sur la mère archaïque et, donc, en dénonçant ce transfert qui nuit au patient en le faisant régresser au lieu de l'engager dans un mouvement progrédient. C'était l'opinion et c'est peut-être encore l'opinion des psychanalystes des sociétés membres de l'IPA. Comme vous le savez, dans le cadre de la psychothérapie psychosomatique intégrative que je défends et que je propose, compte tenu des problématiques pré-génitales et archaïques de nombre de patients somatiques, nous devons jouer ce rôle de la mère, non pas archaïque, mais génitale qui prend soin et répare l'intégrité narcissique atteinte par la maladie, et ayant provoqué les régressions que nous connaissons. Il n'est en aucune façon question d'en rester au stade régressif atteint par nos patients, mais tout au contraire de les faire progresser pour atteindre un équilibre stable compatible avec une amélioration de leur santé.

Poursuivons sur la contribution d'Otto Rank et de Sándor Ferenczi : Alors que Freud continue à faire de la remémoration le but principal de la cure, ils déplacent l'accent sur le phénomène de la répétition. Il faut, disent-ils, encourager chez le patient la tendance à reproduire au sein du traitement les situations anciennes et les émois infantiles oubliés. Laisser se développer les sentiments d'abandon, d'amour, de haine, de jalousie à l'égard du thérapeute, sachant que ces affaires ne sont que des transpositions de sentiments éprouvés dans l'enfance à l'égard des figures parentales. Il s'agit de favoriser leur surgissement de manière à les transformer pour le patient en «

souvenirs actuels ». L'activité du thérapeute n'est faite ni d'injonctions, ni d'interdiction totale ; elle est basée sur la capacité du psychanalyste à remplir le rôle qui lui est prescrit par l'inconscient du patient. En revivant certaines expériences traumatiques précoces, le patient peut ainsi faire l'expérience d'un savoir qui ne lui est plus seulement donné par l'analyste mais qu'il a d'abord vécu et ressenti comme tel.

Pour ces deux auteurs, **les analyses ont été menées jusqu'à présent sur un mode trop intellectuel, c'est la raison pour laquelle elles ont montré leurs limites et qu'elles s'éternisent bien souvent.** Pour eux, la remémoration ne peut s'effectuer que dans le cas d'un transfert où le patient vit pour la première fois intensément les motions affectives réprimées dans l'enfance. Ces situations ne peuvent être remémorées puisqu'elles n'ont jamais été conscientes. Ils insistent très fortement **sur vivre au sein de la cure cette expérience du passé ; pour eux de très nombreux patients qui ont tout compris intellectuellement de leur cure, et de leur fonctionnement psychique, continuent à se comporter de manière névrotique.** Surinterpréter, c'est-à-dire vouloir prouver au patient qu'il a des complexes **n'aurait d'autre effet que de ravalier la psychanalyse à une démarche intellectuelle.** On doit vivre les affects dans le présent et non se cantonner dans une démarche explicative des affects passés.

Ferenczi dénonce les déviations de la psychanalyse de son époque : la tendance à privilégier un trop grand savoir au détriment des orientations actives premières. Il dénonce une certaine forme d'analyse descriptive qui consiste à se contenter d'écouter et de décrire les symptômes des patients ; la propension à collectionner les associations du malade sans chercher à comprendre les motifs qui le poussent à ce type d'association plutôt qu'à une autre ; le « fanatisme de l'interprétation » qui lorsqu'elle devient une fin en soi transforme la technique en but de l'analyse là où elle ne devait rester « qu'un moyen de connaître l'état psychique inconscient du patient ». **Pour Ferenczi le psychanalyste est devenu trop froid, trop enclin à « exclure l'humanité du cadre de l'analyse » au prétexte de l'exigence théorique d'éviter tout contact personnel en dehors d'elle.** Il rappelle que c'est l'analyste qui donne son unité à la cure et c'est à lui que revient le soin de jouer tous les rôles, que ce soit dans le transfert maternel ou paternel. **Il remet donc au premier plan le contre-transfert du thérapeute et ses sentiments inconscients dans la relation au patient.** Il déclare que les analystes se sont réfugiés dans l'idée que le patient était « trop narcissique » qu'il résistait aux interprétations. De cette façon ils masquent leurs difficultés d'accepter les sentiments hostiles des patients à leur égard et à reconnaître combien leur propre contre-transfert narcissique pouvait pousser les malades à mettre en relief les éléments flatteurs pour le thérapeute et à passer sous silence ceux qui leur étaient moins favorables. **Pour Ferenczi les analyses thérapeutiques sont devenues de plus en plus des analyses didactiques n'ayant pour but que de transmettre la théorie élaborée par Freud plutôt que de développer le processus psychanalytique du patient.** Cette mise en garde destinée à s'éloigner des préjugés

théoriques et à recentrer la science de la psychanalyse avait pour objectif de résister à la vague théorique et spéculative envahissant les pratiques des années 20 et suivantes.

De la discussion sur la théorie de la clinique à la mise à l'écart de Ferenczi.

Dès le mois de décembre 1923 les premières critiques se font entendre : Rank et Ferenczi s'écartent dangereusement des voies souhaitées et acceptables de la psychanalyse ; Freud adopte une attitude ambivalente alternant entre ses témoignages de confiance à leur égard et ses marques de défiance. « **Leur travail ne lui plaît plus autant qu'au début** ». « **Il ne saurait quand même pas dire avec quoi il n'est pas d'accord** ». Ferenczi s'obstine et déclare à Freud que loin d'être en rupture avec ses théories son travail n'a d'autre objectif que de penser le cas des cures interminables qui finissent par devenir inefficaces. Il pense que nombre de collègues sont « coupables de prolongations qui n'apportent aucun résultat scientifique et ne peuvent donc être ramenées à une méconnaissance de la situation analytique ». (Lettre du 14 février 1924). Ferenczi écrit le 20 mars 1924 : « je ne veux pas, par cette plainte, faire le moindre pas pour le maintien du comité donné pour perdu ; je sais bien, quand c'est fini, c'est fini... J'ai survécu au comité qui devait me succéder, peut-être survivrais-je même à l'Association internationale. **Espérons que la psychanalyse me survivra.** Mais cela, comme le reste, me vaut une fin de vie troublée ».

Freud a de la difficulté à accepter les conceptions de Rank et Ferenczi : ou bien c'est le père, ou bien c'est la mère. Ou bien le traumatisme de la naissance, ou bien le complexe d'Œdipe. Ou bien la méthode analytique, le processus de la remémoration ou bien la thérapie des « commis-voyageurs » c'est-à-dire la répétition. Ou bien Rank et Ferenczi acceptent qu'ils se sont égarés **ou bien ils sont contre lui et donc des ennemis de la psychanalyse.** Leur conception de la cure n'était pas suffisamment analytique, trop empreinte de pragmatisme, etc. plus assez « chirurgicale » : Freud recommandait dans ses « conseils aux médecins » **de prendre modèle sur le chirurgien qui « met de côté tous ses affects et même sa compassion humaine, et qui fixe un seul but aux forces de son esprit : effectuer l'opération en se conformant le plus possible aux règles de l'art** ». « **Il ajoute qu'une tendance d'affect est pour le psychanalyste plus dangereuse que tout** » et « **que la justification de cette froideur de sentiment... est qu'elle crée pour les deux parties les conditions les plus avantageuses** » (Œuvres complètes, volume 11,149). **La communauté psychanalytique de cette époque a choisi de défendre la « cause » de Freud et non pas la pratique clinique de la psychanalyse.** Les arguments de Freud me rappellent les arguments utilisés dans des années 20 et 30 en Union Soviétique pour éliminer les opposant à la ligne du Parti. Il s'agit comme vous le comprenez d'une démarche de type totalitaire, et c'est profondément regrettable lorsqu'il s'agit de psychanalystes et de pratique analytique.

Nous nous trouvons à un carrefour stratégique et dramatique de la théorie et de la pratique surtout de la conception de la pratique de la psychanalyse. Alors que les sociétés françaises de l'association

internationale de psychanalyse se situent dans une étroite orthodoxie de la pratique Freudienne, il n'en a pas été de même dans la Société Britannique de Psychanalyse qui n'a jamais exclue les partisans de la clinique de Ferenczi en acceptant la coexistence de nombreux courants de pratique différente. Nous devons cela à l'école hongroise de psychanalyse dont Sándor Ferenczi a été le leader ayant eu une influence sur ses s'étudiants et disciples : Mélanie Klein, Michael Balint, ses amis et collègues Geza Roheim, Franz Alexander etc. Ces analystes ont fortement influencé la génération suivante dont Winnicott a été un exemple remarquable. Nous savons que tous ces grands analystes contemporains (Winnicott au premier plan) prennent en compte les affects, l'importance d'interpréter dans le cadre de la relation analytique, le rôle déterminant joué par le contre-transfert du psychanalyste, etc. Et que moi-même depuis plus de 15 ans, je prône les thérapies psychosomatiques en insistant sur les mêmes dimensions.

Freud et Ferenczi : un triste dénouement.

On a souvent raconté l'histoire tourmentée des relations entre Freud et Ferenczi : c'est le huitième enfant d'une fratrie de 12 ; il souffre d'avoir été mal aimé par une mère sévère, distante peu affectueuse, froide et moralisatrice. De son analyse avec Freud il ressort insatisfait, non seulement parce que Freud n'a pas su dans le transfert occuper la place de la mère, mais aussi parce que, en tant que père, il n'a pas su faire face au transfert négatif de son patient (l'analyse de la rivalité). Je ne veux pas insister non plus sur le passage à l'acte de Freud qui intervient dans la vie personnelle de Ferenczi. Cette analyse incomplète de la relation œdipienne a été déplacée par Ferenczi dans ses recherches techniques : d'abord la technique active, puis entre 1926 1932 la tentative d'analyse mutuelle avec les patients. Quelles que soient les critiques faites à Sándor Ferenczi sa tentative de pionnier ont ouvert la voie à ce que j'appelle aujourd'hui **la psychothérapie psychosomatique intégrative**. On doit ajouter que la dimension de l'autre, le souci d'en prendre soin, sont profondément ancrées dans son tempérament. De plus, il n'a pas le désir d'exercer le pouvoir comme le montre son refus de présider en 1932 l'Association Psychanalytique Internationale, proposée par Freud.

Pour rester fidèle à Freud Ferenczi a accepté comme dans les films noirs, de se séparer de son collègue et ami Otto Rank. Dans son journal clinique il écrit « qu'il s'est réaménagé pour ne pas mourir ». Cela ne l'a pas empêché de poursuivre sa quête d'innovation technique. Pour Freud, le fils chéri est en train de devenir le fils maudit : son besoin insupportable de vouloir guérir, de jouer la mère dans le traitement, ces innovations telles que la technique du baiser inacceptable pour Freud, tout cela l'exaspère. Il s'agit « d'une nouvelle et troisième puberté » un manque évident de maturité. **La rupture a lieu en 1932 : "Ferenczi a soumis à Freud le texte de sa communication au congrès de la Wiesbaden intitulée « Confusion de langue entre les adultes et d'enfants » où il reprend son hypothèse du traumatisme sexuel comme facteur pathogène. La confusion est entendue ici par Ferenczi au sens du décalage existant entre le langage de l'enfance, marquée par la recherche de tendresse et de sécurité,**

et le langage de l'adulte en quête d'excitation génitale de violence dominatrice. L'autorité écrasante de l'adulte condamne l'enfant à rester muet. L'enfant se soumet automatiquement à la volonté de l'agresseur, a deviné le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement. L'agresseur devient un contrat psychique.

Le commentaire de Freud est le suivant : « Lu conférence Ferenczi, inoffensif, bête sinon inabordable, impression désagréable ». (Lettre du 2 septembre 1932). Avant la rédaction de ce commentaire, il y eut quelques jours plus tôt une rencontre où Ferenczi était venu à Vienne pour exposer à Freud le texte de sa conférence. Il raconte dans sa correspondance que Freud a écouté sa présentation avec impatience en avertissant qu'il s'était engagé sur une pente glissante déviant des usages et techniques classiques de la psychanalyse. Après un sévère avertissement, Freud avait mis fin à l'entretien et au moment où Ferenczi, très déférent envers son ami et son professeur, lui tendait la main, celui-ci lui tourna le dos et sortit de la pièce

« J'arrivais peu à peu à la conviction, déclare Ferenczi, que les patients perçoivent avec beaucoup de finesse les souhaits, les tendances, les humeurs, les sympathies et antipathies de l'analyste, même lorsque celui-ci en est totalement inconscient ». De là découle déclare Ferenczi « l'hypocrisie professionnelle » qui consiste à « accueillir poliment le patient, à lui demander de faire part de ces associations, à lui promettre de consacrer tout son intérêt à son bien-être et au travail d'élucidation » alors qu'au même moment il n'est pas exclu que certains traits de ce patient le heurtent, le perturbent ou lui soient difficilement supportables. Ferenczi constate que le problème est que, dans ce cas, le patient reste muet la plupart du temps ; tout au plus parvient-il à des moments exceptionnels à amasser suffisamment de courage pour protester. **Mais d'habitude il tombe plutôt « dans une extrême soumission, manifestement à la suite de l'incapacité ou de la peur dans laquelle il se trouve de déplaire »**. Au lieu de contredire l'analyste, de le critiquer, voire « de l'accuser de défaillance ou de combat des erreurs », il s'identifie à lui. Ferenczi critique fortement les attitudes du psychanalyste professionnel lorsque celles-ci deviennent des postures : « cette froide réserve, cette manière de persévérer dans certaines constructions théoriques, de laisser de côté des faits qui ébranleraient notre assurance et notre autorité ». "Une hypocrisie » d'autant plus dommageable qu'elle peut, si la bienveillance vient à manquer, laisser le patient seul et abandonné dans la plus profonde détresse, dans cette même situation insupportable qui avait pu conduire jadis au clivage psychique, et finalement à la maladie ». Ferenczi avançait cette recommandation : « les parents et les adultes devraient apprendre à reconnaître, comme nous analyste, derrière l'amour de transfert, soumission ou adoration de nos enfants, patient, élèves, le désir nostalgique de se libérer de cet amour opprimant ». « Si on aide l'enfant, le patient ou l'élève, à abandonner cette identification, et à se défendre de ce transfert pesant, on peut dire que l'on a réussi à faire accéder la personnalité à un niveau plus élevé ». « En conclusion Ferenczi déclare : je serais heureux si vous pouviez prendre la peine... d'attacher

dorénavant plus d'importance à la manière de penser et de parler... de vos patients, derrière laquelle se cachent des critiques, et ainsi leur délier la langue, et avoir l'occasion d'apprendre pas mal de choses ».

On comprendra que derrière ces déclarations qui recommandent une autre attitude du psychanalyste, et, que j'adopte profondément dans la relation thérapeutique psychosomatique intégrative, Ferenczi critique fortement la technique "intellectuelle" de Freud analyste et ses limites.

Dans le mouvement psychanalytique international et dans les sociétés qui y sont affiliées dont le SPP et l'APF, c'est la défense de la cause freudienne qui a prévalu. Au début des années 70 en France la psychanalyse conserve très peu des recommandations de Ferenczi ; il appelait, je vous le rappelle à l'humilité et au tact du psychanalyste et soulignait combien la psychanalyse réussie doit pouvoir mettre fin au transfert et permettre de jouir simplement de la vie. **Un livre paru récemment dont l'auteur est Anne Millet, intitulé « Psychanalystes, qu'avons-nous fait de la psychanalyse ? » Vous pouvez prendre connaissance de la pratique française actuelle des sociétés de psychanalyse de l'Association Internationale ainsi que de la pratique de Lacan et des groupes lacaniens.**

En conclusion :

Alors Freud ou Ferenczi ? Je préfère dire et l'un et l'autre ; je considère que Freud a été le génie découvreur de la psychanalyse, et que Ferenczi a été le plus grand clinicien de sa génération, découvreur et innovateur de procédés cliniques que nous utilisons encore de nos jours, et dont je suis la tradition dans la pratique de la psychothérapie psychosomatique intégrative. Nous pourrions bien entendu porter des jugements très sévères sur le comportement de Freud à l'égard de Ferenczi, mais nous devons comprendre que Freud a été un génie mais aussi un homme de son époque, consciemment victime de son désir de transmettre sa découverte en se reposant sur l'association internationale de psychanalyse qui a transmis une version codifiée et désincarnée de la psychanalyse. Il est profondément regrettable que les hommes de cette époque aient fait prédominer leur volonté de pouvoir sur leur capacité de s'interroger sur la clinique psychanalytique.

Rappelons par ailleurs que pour Freud la psychanalyse ne s'appliquait qu'à une frange très faible de patients-ni trop malades, ni trop âgés, suffisamment instruits, suffisamment surs dans leur caractère. Comme je l'ai dit plusieurs fois dans mes enseignements, nous sommes très loin des recommandations de Freud. Les sociétés de psychanalyse ont été des machines aveugles de reproduction à l'identique d'un schéma de pratiques figées et totalement inadaptées à l'évolution de la structure psychique des patients qui sont nos contemporains.

Je considère que le modèle métapsychologique de Freud n'est pas en cause, et nous savons que la plupart des méthodes thérapeutiques contemporaines **découlent de la connaissance de la métapsychologie.** A la posture de la neutralité de l'analyste s'est vue opposer la nécessité d'insister sur l'interrelation, l'intersubjectivité, l'engagement du thérapeute. La préférence est donnée au vécu,

à l'affect, à l'ici et maintenant, etc. On tient beaucoup plus compte des traumatismes, on s'interroge sur les comportements dans leurs relations avec les affects. On peut faire appel de façon limitée et complémentaire aux thérapies corporelles, à l'hypnose Erikssonienne, à l'EMDR, etc. en les replaçant dans le cadre du fonctionnement psychique interreliant représentations mentales, comportements et émotions, ce que je recommande, **permettent de conjuguer de façon plus harmonieuse la recherche théorique et clinique du psychosomaticien(ne), la prise de conscience et le vécu traumatique et émotionnel du patient.**

Je vous engage résolument sur la voie de la psychosomatique intégrative ; elle répond aux besoins de soins des patients somatiques en faisant appel au modèle global de la métapsychologie que je développe dans la méthode d'évaluation des patients somatiques, à la médecine et aux neurosciences pour aborder l'ensemble des pathologies. **Nous ne pouvons porter avec nous les problèmes hérités d'un autre âge ; je considère qu'ils sont révolus et ne nous concernent plus.**

Pour la Société de Psychosomatique Intégrative, je souhaite une orientation fondée sur la tolérance, la mise à l'écart de l'idéologie contraire à l'esprit scientifique, et la discussion des pratiques pour aider à mieux soigner nos patients en tenant compte de l'évolution des cultures et des sociétés de notre temps. Nous devons aller résolument de l'avant en insistant sur l'esprit de tolérance et d'ouverture qui doit être le nôtre.

Je vous remercie de votre attention.

5. Le deuxième paradigme de la médecine

Conférence du symposium 2010

- Le premier paradigme de la médecine rencontre des difficultés depuis de très nombreuses années ; le paradigme de l'homme machine devient de plus en plus difficile à accepter mais il est encore prédominant dans le comportement
- 1. la non-observance des traitements concerne toutes les branches de la médecine ; elle peut être totale ou partielle, permanente ou intermittente, précoce ou tardive, par défaut ou par excès de consommation.
- 2. Les difficultés à changer les comportements des patients.
- 3. Les médecins soignant les maladies chroniques sont conscients des limites des pratiques médicales actuelles, **et proposent de réintroduire le malade comme sujet. Ces médecins annoncent le 2^{ème} paradigme.**
- Les comportements et les politiques publiques de prévention de la santé
- 14% des français déclarent appliquer au quotidien des comportements de prévention de la santé,
- 32% reconnaissent ne jamais appliquer des comportements de prévention pour leur santé, surtout les jeunes, les fumeurs, les femmes en surpoids,
- 52% déclarent qu'ils font plus attention à leur alimentation qu'auparavant !!
- Si 67% des français associent la prévention santé à un bon comportement alimentaire, seuls 10% l'associent à une activité physique régulière
- 47% pensent qu'il est difficile de suivre les bons comportements alimentaires
- 52% estiment qu'il est difficile de pratiquer une activité sportive régulière (30% manque de motivation)
- Que valent alors les messages de prévention ???
- Le partage du monde entre deux médecines :
la médecine allopathique et les médecines traditionnelles
- **La médecine scientifique** contemporaine est née **du premier paradigme mécaniste** du XVII^e siècle: Descartes, « l'homme-machine ». Elle a accompli des progrès spectaculaires ; elle dispose de moyens de maîtrise, et de transformation du **corps** sans précédent, et d'importantes capacités techniques pour le soigner.
- A l'opposé et selon un rapport de 2002 de l'OMS, **les thérapies traditionnelles** développées depuis le début de l'humanité continuent à être pratiquées, y ont recours :

- 80% des populations africaines
- 40% des chinois ; mais aussi dans les pays développés :
- 48% des australiens au moins une fois
- 70% des canadiens
- 42% des Américains (USA) ainsi que de nombreux pays d'Asie et d'Amérique du Sud.
- Recours de plus en plus important à des médecines non scientifiques
- Selon le National Institute of Health (U.S.A), étude de 2002, 36% des 31000 adultes de plus de 18 ans ont eu recours à une médecine complémentaire, un pourcentage qui atteint
- les 62% lorsque l'on ajoute la prière à la vingtaine de thérapies étudiées.
- 55% ont pensé que cela les aiderait en complément de leur traitement conventionnel; 50% ont voulu essayer ; 26% l'ont fait sur les conseils d'un professionnel de santé et 13% parce que les traitements classiques sont trop chers.
- **La médecine allopathique en se concentrant sur le « corps-machine » a scotomisé la dimension psychique du SUJET, on soigne des maladies et non pas des malades;**
- Les médecines traditionnelles soignent des malades en ne faisant appel qu'à leur dimension imaginaire et culturelle, mais ne soignent pas le corps ;
- La dichotomie corps- psychisme se poursuit de nos jours ; les approches dites psychosomatiques médicales ou psychanalytiques s'inscrivent dans les mêmes ornières : « le tout somatique » ou le « tout psychique ».
- **D'où le recours de plus en plus grand aux médecines alternatives.**
- Pour l'instauration d'un deuxième paradigme de la médecine : les tentatives allemandes et nord-américaines.
- Le premier médecin qui a introduit d'une façon conséquente et courageuse le concept et la notion du paradigme en médecine a été l'interniste allemand d'origine Balte, Thure von UEXKÜLL, fils du fameux innovateur de la biologie environnementale Jacob von UEXKÜLL, pour expliquer les difficultés entre la médecine d'origine cartésienne (*la médecine des machines - premier paradigme*) et la médecine moderne d'orientation bio-psycho-social (*psychosomatique et psychosocial – deuxième paradigme*).
- Cette nouvelle approche de la psychosomatique s'est développée en Allemagne et dans les pays nordiques : création de services de médecine psychosomatique et d'enseignements dans les facultés de médecine. Il en a été de même aux Etats-Unis où s'étaient réfugiés les médecins psychanalystes de culture allemande suite aux persécutions des nazis. Développement important de soins psychothérapeutiques pris en charge par les systèmes sociaux en Europe et surtout formation officielle de psychothérapeutes (5 ans de formation).
- Approche française : le premier paradigme

- La médecine française est très attachée au premier paradigme, et, bien entendu à Descartes un des grands fondateurs de la culture du pays.
- Mais les médecins français les plus conscients des lacunes de l'approche médicale du premier paradigme (médecine des machines) ont développé progressivement des méthodes pour faire des patients des acteurs de leurs soins, les faire passer d'une position passive à une position active.
- En découlent les développements encore peu répandus, à savoir :
 - L'information du patient
 - L'éducation thérapeutique, politique soutenue par les pouvoirs publics.
 - L'information et le soutien des patients par des associations de patients.
- Instauration de relations nouvelles médecin-patient qui feront l'objet d'exposés aujourd'hui. Je considère que ces médecins vont devenir des acteurs du 2^{ème} paradigme en cours d'élaboration.
- Les limites des approches allemandes et nord-américaines
 - Nous devons distinguer l'approche clinique et l'approche théorique de la psychosomatique : l'approche clinique développe des stratégies conjointes : une stratégie médicale (le corps) et une stratégie psychothérapique (le sujet).
 - Les approches théoriques allemande et nord-américaine réintroduisent le sujet malade avec ses dimensions psychosociales, **mais le fonctionnement psychique en est absent (plus de métapsychologie)**; disparition de l'existence d'un appareil psychique et pas de recours aux disciplines interreliant le fonctionnement psychique et somatique:
 - La Psycho-neuro-immunologie
 - La Psycho-neuro-endocrinologie
 - La Neuro-psychanalyse et les neurosciences, etc.
 - La psychosomatique intégrative
 - Nous sommes passés du paradigme de l'homme-machine au paradigme du sujet que l'on éduque et dont on étudie le comportement influencé par les conditions socio-économiques de son environnement ; encore une fois ce deuxième paradigme développé par les allemands et les américains incorpore dans sa formulation la dichotomie psyché-soma en ne mettant **l'accent que sur les comportements psychosociaux et pas sur le fonctionnement psychique.**
 - **On ne peut créer un nouveau paradigme de la médecine** que si l'on accepte **l'existence d'un appareil psychique** interreliant comportements, émotions et représentations mentales avec le SNC, le système nerveux autonome, et l'ensemble des fonctions et systèmes somatiques.
 - Pour une école psychosomatique de la Pitié-Salpêtrière

- La psychosomatique intégrative propose ce nouveau paradigme en recourant à la psychanalyse (**existence d'un inconscient et d'un appareil psychique**), à la médecine, aux neurosciences et à leurs interrelations.
- On ne peut séparer la psyché du corps ; on pense avec son corps. L'être humain est une unité psychosomatique.
- Il est temps de dépasser les problèmes métaphysiques hérités de l'antiquité gréco-latine et du XVII^e siècle.
- Les enjeux d'un nouveau paradigme
- Le mot *paradigme* vient du mot [grec ancien](#) παράδειγμα / *paradeigma* qui signifie « modèle » ou « exemple ». Ce mot lui-même vient de παραδεικνύει / *paradeiknunaï* qui signifie "montrer ou comparer". Ce concept du paradigme de sciences naturelles et sociales a été introduit en 1958 par l'historien américain Thomas S. KUHN
- KUHN nous a montré qu'un paradigme n'est pas seulement inscrit dans les livres de la science ou dans la tête d'un chercheur, d'un médecin ou d'un directeur administrateur d'un service de soins, mais le paradigme a une base solide bien ancrée dans la société, dans le commerce, la politique, l'industrie de santé et dans les entreprises pharmaceutiques, dans les organisations de la recherche, d'assurances maladies et politiques, etc. et même dans le corps du chercheur.
Selon Th. KUHN un paradigme est profondément incorporé dans le système neurobiologique et perceptif des chercheurs et des responsables du vieux paradigme, qui ne sont que des êtres humains. Un changement d'un paradigme provoque ou exige un changement de la perception.
- L'avenir du deuxième paradigme
- **Nous devons par conséquent nous attendre à de très grandes résistances pour promouvoir le deuxième paradigme**
- Eviter l'écueil d'une nouvelle médicalisation conceptuelle et clinique à l'image de ces qui se passe en Allemagne et aux Etats-Unis.
- Eviter l'écueil du tout psychanalytique prétendant expliquer les maladies dont l'explication scientifique relève de la médecine, ce qui nous renvoie à un exercice voisin des thérapies traditionnelles et du chamanisme.

Des nourrissons plus lourds en cas d'obésité et prise de poids excessive pendant la grossesse

Publié le 10/02/2011



Aux USA, plus de la moitié des femmes en âge de procréer sont en surpoids ou obèses et la plupart ont une prise de poids excessive pendant la grossesse. Ces anomalies influencent les mensurations des nouveau-nés mais leur croissance post-natale a été peu étudiée.

Dans le cadre d'une étude prospective intitulée Grossesse, Infection et Nutrition, conduite entre 2001 et 2005, 1 169 femmes ont été recrutées afin d'étudier le poids de naissance des enfants puis leur croissance à 6 mois exprimée en z-scores (différences par rapport à la moyenne) des poids pour l'âge, des tailles pour l'âge et des rapports poids/taille. Une fois les refus de participation, les prématurés et les données incomplètes éliminés, l'analyse a porté sur 363 couples mères enfants.

En moyenne, l'indice de masse corporelle (IMC) exprimé en kg/m^2 était avant la grossesse de $24,2 \pm 5,5$; 29 % des femmes étaient en surpoids ou obèses. La prise pondérale pendant la grossesse a été de $16 \text{ kg} \pm 5,4$; 60 % des femmes ont eu une prise de poids excessive. A la naissance, près de 39 % des enfants pesaient plus de 3,5 kg dont 10 % plus de 4 kg. Les enfants de mère en surpoids ou obèses, à l'âge de 6 mois, avaient en comparaison des enfants des mères de poids normal, un poids et un rapport poids/taille plus élevé [coefficient de régression linéaire (β) z score poids pour l'âge : 0,32 (IC 0,04-0,61) et poids pour taille : 0,39 (IC 0,02-0,76)]. L'IMC avant la grossesse n'était pas corrélé à la taille des nourrissons. Ceux dont les mères avaient eu une prise pondérale excessive avaient un poids plus élevé et une taille plus grande (poids pour âge 0,39 IC 0,15-0,62, taille pour l'âge 0,34 IC 0,12-0,56). En cas de prise pondérale supérieure à 200 % des recommandations, le rapport poids/taille était aussi excessif. D'une façon générale, le risque de poids excessif des nourrissons avait tendance à augmenter parallèlement au degré de surpoids et de prise pondérale de la mère.

Ces constatations ne permettent pas de connaître la composition corporelle des enfants, masse grasse ou maigre, qui nécessiterait des études complémentaires. Cependant, les résultats d'études chez l'animal et l'homme suggèrent qu'une obésité et un excès d'apport pendant la grossesse peuvent conduire chez l'enfant à une adiposité, une résistance à l'insuline, une augmentation de la leptine et une hypertension.

Pr Jean-Jacques Baudon

Delertin AL et coll. : Effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on infant anthropometric outcomes. J Pediatr 2011; 158: 221-6



6. Immunologie et Psychosomatique intégrative

quelles relations ?

4^{ème} symposium médecine et psychosomatique intégrative

- ▣ Etat actuel des travaux scientifiques
- ▣ En 1975 Robert Ader et Nicholas Cohen (Université de Rochester) ont forgé le terme de Psycho-neuroimmunologie (PNI) à la suite d'une expérience sur des rats qui a démontré que les animaux exposés à un stimulus conditionné – associant eau avec de la saccharine et le Cytoxan, une molécule qui déprime le système immunitaire - subissaient une dépression de leur système immunitaire uniquement en buvant de l'eau avec de la saccharine ; certains d'entre eux décédaient. En d'autres termes : un signal via le système nerveux (le goût) affectait la fonction immunitaire. Il s'agissait d'une expérience « hautement reproductible ».
- ▣ Les deux systèmes de défense
- ▣ En 1981, David Felten (Indiana University) découvrit un réseau de nerfs conduisant aussi bien aux vaisseaux sanguins qu'aux cellules du système immunitaire.
- ▣ Cette découverte fournit les premières indications sur les modalités d'interaction entre système nerveux et système immunitaire. Pour ces trois chercheurs le SNC et le système immunitaire représentent un seul système intégré de défenses.
- ▣ Les neuropeptides
- ▣ En 1985, La neuro-pharmacienne Candace Pert découvrit que les récepteurs spécifiques des neuropeptides sont présents sur les cellules du SNC et du système immunitaire. Neuropeptides et neurotransmetteurs agissent directement sur le système immunitaire, et sont en étroite association avec les émotions ; cette découverte suggère que les émotions et l'immunologie sont interdépendantes. Les systèmes endocriniens et immunitaires sont modulés par le SNC, ce qui permet de mieux comprendre leurs relations avec les émotions et les maladies.
- ▣ Qu'en est-il du système psychique ?
- ▣ Toutes les recherches des 30 dernières années révèlent que les chercheurs de PNI ne retiennent de la composante PSY que les émotions et/ou les comportements. Ils ignorent, comme de nombreux courants de la médecine hyper-technicisée contemporaine, l'existence de l'appareil ou système psychique.
- ▣ La nouvelle approche de Neuropsychanalyse associant Neurosciences et Psychanalyse nous permet à présent à l'échelle mondiale de souligner l'importance du Système psychique dans sa relation avec le SNC.

- ▣ Le regrettable oubli du Système Psychique
- ▣ Pour Sigmund Freud, le système psychique est constitué de l'interrelation entre Représentations mentales, Emotions et Comportements.
- ▣ On peut alors comprendre que les dysfonctionnements de ce système soient causées par des déliaisons entre les composantes du système causées par des traumatismes ou autres évènements permanents. La fonction essentielle de ce système est la gestion du quantum d'excitations, et l'homéostasie globale.
- ▣ Le recours aux Neurosciences aurait dû permettre aux chercheurs des différentes disciplines de comprendre leurs erreurs: en ne retenant que les comportements ou les émotions, ils n'ont fait que privilégier une des composantes d'un système plus global.
- ▣ Les cinq systèmes de la Psychosomatique intégrative
- ▣ L'homéostasie de l'unité psychosomatique
- ▣ Il est fondamental de réintroduire dans toute approche scientifique le système psychique comme composante de l'équilibre global aux côtés du SNC et du système immunitaire.
- ▣ Il s'agit des 3 grands systèmes de défense de l'unité psychosomatique humaine.
- ▣ Les chercheurs semblent oublier qu'aujourd'hui, il est possible de développer des modèles combinant variables qualitatives et variables quantitatives.
- ▣ Communications SNC-Système immunitaire
- ▣ 1. la stimulation de zones neuronales modifie l'immunité (les animaux stressés ont des systèmes immunitaires modifiés)
- ▣ 2. Les cellules immunitaires produisent des cytokines qui agissent sur le SNC
- ▣ 3. Les cellules immunitaires répondent aux signaux en provenance du SNC
- ▣ Relations entre système neuroendocrinien et système immunitaire
- ▣ 1. les glucocorticoïdes et les catécholamines influencent les cellules immunitaires
- ▣ 2. Les endorphines de l'hypophyse et de la médullo-surrénale agissent sur le système immunitaire
- ▣ 3. L'activité du système immunitaire est corrélée à l'activité neurochimique/neuroendocrine des cellules neuronales.
- ▣ Connexions entre glucocorticoïdes et système immunitaire
- ▣ Les hormones anti-inflammatoires accroissent la réponse de l'organisme aux stressseurs
- ▣ Préviennent les réactions exagérées du propre système de défense de l'organisme
- ▣ Sont des régulateurs du système immunitaire

- ▣ Affectent la croissance, la prolifération et la différenciation cellulaire
- ▣ Provoquent l'immunosuppression
- ▣ Suppriment l'adhérence cellulaire, la reconnaissance de l'antigène, la chimiotaxie et la cytotoxicité
- ▣ Augmentent l'apoptose
- ▣ CRH (corticotropin-releasing hormone)
- ▣ Influencée par le stress
- ▣ La CRH est un régulateur majeur de l'axe HPA, axe du stress
- ▣ La CRH régule la sécrétion de l'ACTH hormone adrénocorticotropine
- ▣ La CRH est largement distribuée dans le SNC et à la périphérie
- ▣ La CRH régule aussi les actions du système nerveux autonome et du système immunitaire.
- ▣ La boucle génétique et le système immunitaire
- ▣ Glaser (1990,1993) et ses collègues décrivent dans une série d'articles comment le stress psychosocial peut moduler le mécanisme de l'expression génétique dans le système immunitaire. Ils notent les effets du stress psychologique d'étudiants en médecine sur la régulation négative de la transcription du récepteur de l'IL-2 et de la production de l'ARNm IL-2. La régulation négative par l'IL-2, qui est une molécule messagère du SI, est une démonstration fondamentale de l'atteinte au niveau du génome par des signaux psychosociaux (Malarkey and al., 2001).
- ▣ Les boucles positives
- ▣ Jusqu'à présent nous avons abordé l'effet négatif sur les différents circuits aboutissant à des troubles et maladies somatiques. Nous avons utilisé le modèle de la double commande, à savoir l'effacement du système de défenses psychiques au profit des autres systèmes qui prennent la relève. En fait dans notre approche psychosomatique nous ne décrivons que les boucles négatives. Existe-t-il des boucles positives ? Sinon on désespérerait des psychothérapies psychosomatiques.
- ▣ **Boucle positive somatique**
- ▣ Rosenberg et Barry (1992) ont découvert que l'IL-2 (T-cell growth factor) est une molécule messagère du système immunitaire qui demande aux globules blancs d'attaquer les cellules cancéreuses. Rosenberg de l'Institut National du Cancer déclarait: « I have seen cancers disappear... » faisant allusion aux cas encore inexplicables de rémission spontanée.
- ▣ Avancées pharmaceutiques et recherches sur les expériences psychologiques positives
- ▣ De nombreuses études centrées sur les antidépresseurs à des fins psychiatriques et non-psychiatriques insistent sur une approche PNI pour optimiser la pharmacothérapie dans de

nombreuses maladies. Ces médicaments visent plus spécifiquement le système immunitaire en bloquant les actions des cytokines pro-inflammatoires ou accroissant la production de cytokines anti-inflammatoires.

- ▣ Le système psychique
- ▣ Roberts Thomas (2006) a entrepris des recherches pour démontrer que des expériences positives sur le plan émotionnel –expériences au cours de séances de méditations par exemple- peuvent renforcer considérablement le système immunitaire. Ces recherches doivent être encore poursuivies.
- ▣ Les psychothérapies psychosomatiques de patients et patientes cancéreux, entreprises par Pierre Marty dès 1984 auxquelles j’ai pris part et que je poursuis encore aujourd’hui, révèlent que nos patients et patientes pour la plupart poursuivent leurs vies près de 15 à 18 mois après la cessation des traitements chimiques.
- ▣ Academic Medicine
- ▣ Le 13 septembre 2012, ce journal publie une recherche de deux équipes (italienne et américaine) portant sur 20961 patients diabétiques répondant aux 20 items de l’échelle Jefferson Scale of Empathy.
- ▣ Les auteurs démontrent l’influence de l’empathie sur l’hémoglobine glyquée et la cholestérolémie des diabétiques, ainsi que sur la diminution des hospitalisations pour troubles métaboliques graves.
- ▣ Quel avenir ?
- ▣ Le système psychique lorsqu’il est soutenu et renforcé active de façon positive, c’est mon hypothèse, l’ensemble des autres systèmes, en créant des boucles positives.
- ▣ Il est important que des recherches soient entreprises conjointement par des psychosomaticiens et des biologistes pour confirmer ces hypothèses, et ne pas se limiter uniquement au système limbique émotionnel. Le cerveau ne peut être réduit à l’une de ses composantes !!!

Annexe .Urologie et Cancérologie Intégratives

Nous supposons que les approches utilisant la biologie intégrative (à différents niveaux, ADN, ARN, microARN, protéines, types cellulaires, localisation en 3D) apporteront une meilleure connaissance de l'interaction locale entre les composants immunitaires et les cellules tumorales. En particulier, notre projet de recherche se concentre sur l'analyse de la réponse immunitaire contre le cancer avec des aspects fondamentaux et cliniques.

L'objectif de ce projet est d'innover en matière de recherche clinique en oncologie en

se basant sur une meilleure compréhension du microenvironnement tumoral et de la dynamique de la réponse immunitaire chez l'homme, en utilisant des méthodes haut débit, des nouvelles technologies et des approches de biologie intégrative.

Nous sommes ouverts aux collaborations avec des équipes à thématiques variées telles que l'immunologie, la cancérologie, les mathématiques, l'informatique, la bioinformatique, la chimie, la physique, la génétique, la microbiologie. Des chercheurs ou étudiants de ces disciplines sont les bienvenus pour rejoindre notre équipe et s'attaquer à des questions ambitieuses comme:

- Le système immunitaire est-il important contre le cancer et quelle réaction immunitaire serait requise?
- Comment évolue la réponse immunitaire de l'hôte contre le cancer pendant la progression de la tumeur ?
- Existe-il un lien corrélatif ou de causalité entre la réaction immunitaire intra-tumorale et le développement de la tumeur ?
- Pourquoi la présence de cellules T mémoires est-elle pronostique ? Pourquoi la tumeur primaire n'est-elle pas éliminée par le système immunitaire ??
- Quels événements immunitaires ou tumoraux conduisent à une réponse immunitaire inadéquate au contrôle du développement de la tumeur ?
- Quels sont les mécanismes d'échappement au système immunitaire dans le cancer humain?
- Comment identifier les patients de mauvais pronostic qui pourraient bénéficier de traitement adjuvant?
- Comment développer une immunothérapie efficace contre le cancer?

Nous avons développé un réseau multi-disciplinaire regroupant des chercheurs en immunologie et en cancérologie, des équipes de cliniciens et de bioinformaticiens. Une compréhension globale du cancer requiert l'intégration et l'analyse génomique, protéomique, transcriptomique, moléculaire, cellulaire et données cliniques justifiant l'utilisation de la bioinformatique. De nos jours, la bioinformatique a un rôle essentiel dans le déchiffrement des données générées par les technologies expérimentales à haut débit et dans l'organisation d'informations recueillies de la biologie et de la médecine traditionnelle.

Les bioinformaticiens ont créé des bases de données spécifiques (i) pour les données cliniques et biologiques (ii) pour les puces à ADN (iii) et des logiciels pour les analyses complexes et la visualisation des données.

Nos études sur le cancer humain ont été associées à des collaborations avec [l'Hôpital Européen Georges Pompidou](#), Paris, [l'Université de Médecine de Graz](#), [l'Université de Technologie de Graz](#) et [Université de Médecine de Innsbruck](#), Autriche.

Notre équipe (Galon J, Pagès F, et leurs collaborateurs) fait partie du [Cancéropôle Ile-de-France](#), et a reçu un soutien de la part de [l'INSERM](#), de l'Institut National du Cancer ([INCa](#)), de la Ville de Paris et du programme européen 7FP ([GENINCA](#)).

Mots clés: cancer, pronostic, système immunitaire, biologie intégrative, bioinformatique

7. Psychosomatique du Bébé et NAISSANCE DE LA VIE PSYCHIQUE

Symposium septembre 2013

- Un double processus d'intégration
- Hypothèses de la psychosomatique intégrative:
- Construction de l'unité psychosomatique dès la gestation et jusqu'à l'âge de 18- 20 ans. Ne pas oublier qu'un bébé d'un jour a déjà 9 mois de vie.
- Processus d'intégration de l'ensemble des fonctions somatiques par le système nerveux central
- Processus d'intégration de maturation psychosexuelle; Naissance de l'appareil psychique
- Intégration et interrelation des 2 processus; Constitution d'organisations somatopsychiques
- Hypothèse: le processus de maturation des organisations somatopsychiques
- Nous avançons, dans le cadre du nouveau modèle que nous proposons , l'hypothèse qu'au cours du développement de maturation humaine les principales phases sont de nature psychosexuelle interreliées avec des phases d'intégration neuronale des fonctions et des organes somatiques.
- Les « périodes critiques » d'intégration neuronale précéderont, coïncideront ou suivront les phases de maturation psychosexuelle. Nous n'avons pas de connaissance à ce jour d'études spécifiques concernant les hypothèses que nous avançons ; nous allons à partir d'études pédiatriques, psychanalytiques, endocriniennes et neurologiques proposer d'établir les phases possibles de développement d'organisations auxquelles nous donnons le nom de : organisations somatopsychiques.
- Les étapes de constitution de la structuration psychique de la personnalité
- **4 critères fondamentaux :**
- **De l'état de non-différenciation à l'état de différenciation, internalisation de l'Objet**
- **De l'incapacité de distinguer l'intérieur de l'extérieur, à la capacité de les distinguer**
- **De séparer le Soi de l'Autre, (le Soi étant le premier noyau du futur Moi) et enfin,**
- **De la capacité d'évaluer la distance à l'objet.**
- La construction de l'unité psychosomatique du bébé et les processus de somatisations

- Tout au long du processus de construction de l'unité psychosomatique dans les 6 premières années de vie jusqu'à l'instauration de la névrose infantile, les avatars du **développement (de la conception à la naissance puis 5 premières années)** vont fragiliser les systèmes somatiques dans leurs interrelations et vont atteindre le système psychique en cours de construction c'est-à-dire atteindre les interrelations entre comportements, émotions, et représentations mentales.
- Tous les points de vulnérabilité vont être encodés dans la régulation neuronale biologique centrale constituant ainsi les bases des somatisations potentielles des individus que nous sommes.
- Un exemple: la non-construction de la distance à l'Objet ou relation d'objet allergique
- Ce système de relation d'objet est particulièrement caractéristique chez les patients atteints des affections allergiques les plus diverses: rhume des foins, coryza spasmodique, œdème de Quincke ou urticaire habituel. On retrouve aussi cette relation chez les migraineux.
- La grande originalité de la relation d'objet allergique consiste en une tentative permanente du sujet de se rapprocher de l'objet jusqu'à se confondre avec lui.
- Désir d'interpénétration avec les objets, indistinction du partenaire, absence d'initiative en dehors de celles que prennent les objets, **absence de crainte du mauvais objet.**
- Conclusion 1

L'être humain est une unité psychosomatique (J.B.Stora, 1999)

- Il n'y a pas de maladies psychosomatiques
- L'appareil psychique participe plus ou moins grandement à toutes les pathologies somatiques; pas de psychogénèse des maladies.
- L'examen clinique psychosomatique doit établir un diagnostic dont découle la thérapeutique qu'elle propose de façon complémentaire aux traitements médicaux
- Conclusion 2
- Le bébé est l'avenir de l'homme.
- C'est en s'interrogeant sur les stress de la mère pendant la grossesse, sur son environnement psycho-affectif et sur le déroulement des premières années de vie que le psychosomaticien peut établir des hypothèses concernant les déséquilibres de l'homéostasie des 5 systèmes pouvant expliquer les somatisations de l'être humain adulte: s. psychique, s. nerveux central, s. nerveux sympathique, s. immunitaire, s. génétique.
- Le développement du pare-excitations
- La mère aide l'enfant à supporter les stimuli internes en lui permettant une décharge de tension: en le nourrissant lorsqu'il a faim, en le langeant de frais lorsqu'il s'est mouillé, en le couvrant lorsqu'il a froid, etc., la mère modifie de façon protectrice les conditions de tensions déplaisantes et les élimine.

- **C'est ainsi que progressivement s'édifie le pare-excitations psychique et physiologique des êtres humains.** C'est ce cycle d'action – réaction – action qui permet au bébé de transformer des stimuli sans signification en signaux significatifs. **L'appareil psychique prend forme peu à peu à partir du sensorium.**
- L'organisation cénesthésique
- L'organisation cénesthésique est profondément reliée au « sensorium » ; sentir prend un sens extensif, principalement viscéral, centré dans le système nerveux autonome et se traduit par des manifestations émotionnelles.
- **Il s'agit d'un processus de réception.** La sensibilité viscérale est liée à certaines zones sensorielles telles la surface de la peau auxquelles nous devons ajouter des organes sensoriels périphériques et **viscéraux** : la région orale qui comprend d'un côté le larynx, le pharynx, le palais, la langue et l'intérieur des joues et de l'autre les lèvres, le menton, le nez et les joues.
- Un autre organe de transition est situé dans l'oreille interne.
- Système cénesthésique
- **Les sensations du système cénesthésique sont extensives et généralement viscérales .**
- **Ses organes exécutifs sont principalement les muscles lisses et l'organisation nerveuse qui comprend : le système nerveux sympathique le système nerveux parasympathique.**
- **La deuxième organisation qui s'édifie progressivement intègre les structures sensorielles, motrices et émotionnelles est le système diacritique dans lequel les sensations sont intensives ; les organes exécutifs en sont les muscles striés et son organisation nerveuse est subordonnée au système nerveux central.**
- **Pour le nouveau-né le système diacritique ne fonctionne pas encore de façon appréciable ; il perçoit et opère principalement au niveau cénesthésique.**
- Le stade oral
- J'attire votre attention sur le fait que ces organes de transition, intermédiaires entre la réception interne et la perception externe, ont tous pour la survie une fonction importante dans le processus d'alimentation : il s'agit à présent du stade oral tel que Freud l'a défini; mais, compte tenu des connaissances de son époque, **il n'a développé que la partie psychique des processus neuro-physiologique profondément interreliés avec la fonction psychique première, à savoir établissement de l'objet maternel et internalisation de celui-ci dans l'appareil psychique.**
- Selon Freud, la fonction orale est une fonction anaclitique, c'est-à-dire un choix d'objet par étayage sur la fonction physiologique.
- **Dans mon approche, les processus psychiques sont interreliés avec les processus neurophysiologiques et non pas étayés, la notion d'étayage implique une séparation des systèmes et une hiérarchisation fonctionnelle.**
- La naissance de la pensée

- En 1895, dans « Esquisse d'une psychologie scientifique », Sigmund Freud explique que lorsque réapparaît un état de tension et de désir, « l'image mnémonique de l'objet » est réactivée. « Cette réactivation... produit d'abord quelque chose d'analogue à la perception, c'est-à-dire une hallucination ».
- Dans l'interprétation des rêves, il décrit comment au cours de l'expérience de la satisfaction d'un besoin interne : la faim, apparaît « **une certaine perception dont l'image mnésique restera associée avec la trace mémorielle de l'excitation du besoin** ». Dans cette expérience première de satisfaction nous devons donc inter-relier l'image mnésique, **à savoir l'aliment dans l'exemple de la faim et par association le sein maternel, et la trace mémorielle qui désigne la mémoire du besoin, la mémoire de la tension psychophysiologique.**
- Besoin, Désir et Psyché
- « Dès que le besoin se re-présentera il y aura, grâce à la relation établie, déclenchement d'une impulsion psychique qui investira à nouveau l'image mnésique de cette perception dans la mémoire, et provoquera à nouveau la perception elle-même c'est-à-dire reconstituera la situation de la première satisfaction ».
- Autrement dit, l'expérience de satisfaction inscrit dans la psyché une Liaison entre l'éprouvé du besoin et l'objet de satisfaction, lesquels impriment la mémoire. Lorsque l'éprouvé du besoin se présentera à nouveau, la psyché, grâce au travail de liaison réalisé dans l'expérience primaire, réinventera l'image de l'objet c'est-à-dire hallucinera l'objet de satisfaction. **Cette hallucination permettra de supporter l'attente et la frustration, et permettra au Désir d'advenir: nous passons du Besoin au Désir.**
- La création de fantasmes
- L'hallucination de l'objet, en tant qu'acte d'investissement psychique éloigné des perceptions, c'est-à-dire en tant que processus de pensée, est en elle-même inconsciente et **n'acquière la possibilité de devenir consciente que lorsque, d'après Freud, elle est reliée aux perceptions de mots.**
- Il précise à cet égard que le principe auquel est soumis la pensée consciente, est le **principe de réalité** : l'état de besoin appelle l'hallucination de l'objet, et la persistance du besoin pousse l'appareil psychique à se représenter l'état réel du monde extérieur et à rechercher une modification réelle.
- L'élaboration mentale, qu'est-ce que c'est ?
- La représentation de ce qui est agréable selon **le principe de plaisir** laisse la place à la représentation de ce qui est réel même si cela est désagréable selon **le principe de réalité**. Avec l'introduction du principe de réalité une forme d'activité de pensée reste clivée et soumise uniquement au principe de plaisir : elle est à l'origine de création de fantasmes.
- Selon Sigmund Freud la pensée consciente est conditionnée par les liens entre perceptions – représentations de choses et perceptions – représentations de mots. Les premières restent inconscientes seules leurs liaisons avec les secondes peuvent les conduire à la possibilité d'accéder à un statut conscient.

- **C'est ce qu'on appelle PENSER en psychanalyse, mettre des mots sur les choses.**
- Les premières pensées
- Elles sont le produit de la rencontre entre une capacité de liaison et d'introjection, c'est-à-dire d'internalisation des relations mère-enfant. Le processus d'introjection repose sur **l'identification et l'appropriation des qualités de l'objet**. Tout repose sur la présence d'un Objet maternel « good enough ».
- Les premières introjection sont à interpréter comme la mise en activité des premières pensées, lesquelles contribuent progressivement au cours des processus de maturation physiologique et psychique à la séparation – individuation psychique et au développement du monde interne.
- De la réception passive aux relations objectales actives
- Dès le commencement de la vie, c'est la mère, partenaire de l'enfant, qui médiatise chacune de ses perceptions, de ses actions, de ces intuitions, de ses connaissances.
- Au deuxième et au troisième mois le visage de la mère devient un percept visuel et c'est par le sourire que le nourrisson répond au visage de sa mère. Ce sourire est la première manifestation active, dirigée et intentionnelle du comportement. Le nourrisson passe de la passivité complète à un commencement de comportement actif qui jouera un rôle de plus en plus important.
- Du pré-objet à l'objet
- La reconnaissance de visage, appartenant à un individu spécifique, se fait à un stade ultérieur ; il faudra attendre quatre à six mois avant que l'enfant ne soit en mesure de distinguer un visage particulier parmi d'autres, à lui conférer une qualité d'Objet.
- En d'autres termes, le bébé sera en mesure de transformer ce qui n'était qu'un pré-objet en un objet d'amour, ce qui est l'indication visible de la formation de l'objet par un processus intrapsychique. Cet objet est investi progressivement de libido qui est l'énergie psychique des êtres humains.
- Signification de l'établissement du pré-objet
- Il s'agit du stade auquel le nourrisson dépasse la réception des stimuli provenant de l'intérieur au profit de la perception de stimuli provenant de l'extérieur (organisation diacritique).
- Cela veut dire que l'enfant réussit mentalement à suspendre le fonctionnement du principe de plaisir-déplaisir pour investir les stimuli extérieurs, ce qui veut dire que le principe de réalité commence de fonctionner.
- La reconnaissance du visage est la preuve que des traces mnésiques sont à présent établies et qu'une première division s'est produite dans l'appareil psychique dont les parties constituantes sont appelés : conscient, préconscient, inconscient (modèle de la métapsychologie de Sigmund Freud). Ces parties vont se développer tout au long du processus de maturation psychosexuel.
- L'appareil à penser les pensées

- La capacité de l'enfant de déplacer les investissements psychiques d'une trace mnésique à l'autre, c'est-à-dire de comparer l'image qui est déposée à l'intérieur avec ce qui est perçu à l'extérieur correspond à ce que Sigmund Freud appelle processus de pensée.
- Nous sommes en présence de la naissance d'un Moi rudimentaire ; le moi et le ça se sépare l'un de l'autre et le Moi rudimentaire commence à fonctionner.
- Les actions de l'enfant sont dès le début centrées sur la maîtrise et la défense. Le fonctionnement de ce Moi se reflète dans une activité musculaire de plus en plus coordonnée et dirigée. Je rappelle que Sigmund Freud a appelé ce Moi rudimentaire un Moi corporel. Dans le modèle psychosomatique que je développe, je l'appelle le Soi , premier noyau du Moi.
- Le premier noyau du Moi
- A l'âge de trois mois, une opération importante d'intégration se produit rassemblant plusieurs noyaux sensoriels, moteurs, et émotionnels en une structure plus complexe. Le Moi devient un centre d'organisation, de coordination et d'intégration.
- La fonction de barrière de protection contre les stimuli est transférée au Moi émergeant. Le Moi rudimentaire va à présent remplacer le seuil frustré de protection contre les stimuli par un processus supérieur et plus flexible qui opérera de façon sélective.
- Les étapes de constitution de la personnalité
- **De l'état de non-différenciation à l'état de différenciation,**
- **De l'incapacité de distinguer l'intérieur de l'extérieur, à la capacité de les distinguer**
- **De séparer le Soi de l'autre, et enfin,**
- **De la capacité d'évaluer la distance à l'objet.**

8. Psychosomatique du Bébé relations entre comportements et expression génétique, l'approche psychobiologique

Symposium septembre 2013

- Expression des gènes dans l'unité psychosomatique
- Afin de poursuivre mon exploration des relations entre les différents systèmes constituant l'unité psychosomatique, je vais à présent aborder un domaine fort complexe, à savoir la psychobiologie de l'expression des gènes dans la relation aux comportements. Il est probable que des processus épigénétiques interviennent dans la mise en place de l'ensemble de nos comportements.
- modifications épigénétiques au niveau du système nerveux
- Des expériences précoces sont susceptibles de modifier la régulation d'expression des gènes de telle manière que, la séquence d'ADN restant inchangée, le comportement de l'individu soit grandement influencé.
- Cette nouvelle approche des interactions complexes remet en question les idées reçues concernant des comportements uniquement dominés par les instincts animaux ou bien celles concernant des pathologies humaines déterminées par des gènes, gènes que l'on découvre dans le cadre de recherches scientifiques non encore validées.
- aucun gène ne détermine directement un comportement humain ou animal.

En octobre 1995 des jumelles, Brielle et Kyrie, ont vu le jour prématurément dans une maternité de Westminster, dans le Massachusetts ; Kyrie pesait cinq livres alors que sa sœur n'en pesait que deux. Brielle, un mois après sa naissance, commença de lutter pour rester en vie car elle avait des problèmes respiratoires et d'importantes accélérations cardiaques. Les conditions s'aggravèrent et son état devint critique ; les parents terrifiés regardaient leur enfant en train de mourir.

- Le changement de procédure
- la procédure habituelle était, par crainte d'affections, de séparer les bébés dès leur naissance. L'infirmière se décida de prendre le risque ; " voyons dit-elle aux parents si en mettant Brielle aux côtés de sa sœur, nous pourrions l'aider à survivre, en fait je ne sais pas quoi faire d'autre".
- Les parents donnèrent immédiatement leur accord, et l'infirmière installa rapidement le bébé aux côtés de sa sœur dont elle avait été séparée à la naissance. Ils observèrent attentivement ce qui allait se passer.

- La survie de Brielle: rétablissement de l'homéostasie.
À nouveau jumelées
- **Dès que la porte de l'incubateur fut refermée, Brielle se blottit contre Kyrie qui l'enlaça, ce qui a eu pour résultat de la calmer instantanément. Dans les minutes qui suivirent, le taux d'oxygène sanguin de Brielle s'améliora rapidement, et les battements cardiaques devinrent réguliers au bout de 15 minutes. Brielle et Kyrie rentrèrent chez elle avec leurs familles juste pour la fête de Noël ; elles étaient alors âgées de deux mois à la sortie de l'hôpital, elles pesaient chacune plus de cinq livres, et les médecins considéraient qu'elles étaient en bonne santé.**
- La recherche de la vérité ??

En 1998 dans un hôpital du Missouri, une procédure identique fut adoptée par les médecins ; toutes les études médicales de l'époque indiquaient que les enfants partageant le même lit s'alimentaient beaucoup mieux et avaient un taux de croissance très rapide. De plus, parce que ces enfants s'aidaient mutuellement à mieux respirer, ils constataient une amélioration considérable des contrôles respiratoire et cardiaque"; de plus ces enfants prenaient plus rapidement du poids, et la température de leurs corps se maintenait de façon très stable". Tous les parents de jumeaux et/ou de naissances multiples étaient très satisfaits d'une telle procédure.

- **Les recommandations de l'association nationale des infirmières de néo-natalité**
- **Plus de 15 ans après la naissance de Kyrie et de Brielle, les données scientifiques existantes sont insuffisantes soit pour justifier le partage de lits soit pour le rejeter dans le cadre hospitalier. On encourage vivement les cadres infirmiers des unités néonatales qui choisissent un tel procédé de développer une évaluation du protocole clinique et de rassembler des données sur la sécurité et les bénéfices d'une telle pratique. On encourage de même tous les chercheurs à continuer à constituer un corpus de connaissance sur les effets à court terme et à long terme de telles pratiques. Par la même occasion, on encourage les parents à suivre de tels protocoles afin d'établir à leur domicile un environnement assurant la sécurité du sommeil de leurs enfants.**
- Le courant de recherche médicale de Stanford : la neurophysiologie du toucher, médecine et haptonomie
- **Le courant Haptonomie est brillamment représenté en France par Catherine Dolto qui a fait une intervention sur ce sujet dans le cadre de notre colloque.**
- **Le docteur Cindy Mason de l'université de Stanford à Palo Alto en Californie a fait le point de toutes les recherches dans le domaine d'un nouveau courant médical né à la suite de cette extraordinaire événement de survie du bébé Brielle.**

Plus d'une centaine de publications abordent la technique du toucher (loving touch) en médecine pour soigner de nombreuses pathologies : le stress post-traumatique, la douleur, le soin des blessures, la dépression, les maladies auto-immunes, le cancer, etc. Dès 2007, un chercheur canadien, Michael Meaney de l'Université McGill, démontre que les effets d'un toucher corporel maternel modifie l'expression génétique ainsi que les systèmes nerveux central et neuro-endocrinien.

- **Le toucher modifie l'expression des gènes**
- **Les recherches à l'université de McGill démontrent qu'un toucher détermine en pratique la réponse corporelle au stress et modifie de façon positive la mémoire. L'équipe universitaire insiste sur les conséquences neuronales et endocriniennes d'un tel toucher corporel : premièrement ce toucher modifie l'expression des gènes contrôlant le système neuronal de l'expression des comportements ainsi que les réponses endocrines liées au stress ; deuxièmement, ce toucher affecte le développement des connexions neuronales de l'hippocampe (région du cerveau contrôlant la mémoire) et du cortex préfrontal ; troisièmement, il favorise le fonctionnement harmonieux du système neuroendocrinien.**
- **Les mécanismes à l'œuvre**
- **Lorsque l'on touche un être humain des signaux neurologiques et hormonaux sont créés à la surface du corps, et sont enregistrées par le système nerveux central ; ces signaux peuvent modifier l'état global de l'organisme en affectant l'appareil psychique, le système nerveux central et le corps.**
- **Le rôle joué par l'ocytocine**
- **Le rôle de l'ocytocine a été considérablement approfondi, car, pendant des décennies, la science médicale a relié l'ocytocine à la naissance et au sein maternel. Les chercheurs ont à présent trouvé des récepteurs d'ocytocine dans le cœur, les ovaires, les testicules, la glande pituitaire, le pancréas, le thymus,.... ; l'ocytocine a des effets au niveau de tous ces organes, elle joue aussi un rôle dans le contrôle des fonctions cardio-vasculaires, de la thermorégulation, du seuil de la douleur et de l'équilibre des différents fluides. Des chercheurs suédois ont aussi trouvé une forte corrélation entre l'ocytocine et la réponse insulinaire. Un stress aigu peut inhiber la sécrétion d'ocytocine par le biais des catécholamines, hormones sécrétées dans les réponses du système nerveux central aux situations menaçantes. On peut comprendre pourquoi nous recherchons des relations empathiques et chaleureuses puisqu'elles nous protègent de tout ce qui pourrait nous blesser aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur de nous-mêmes. C'est aussi l'attitude du Psychosomaticien(ne).**
-
-

- **L'approche psychobiologique de la médecine psychosomatique**
- **Saul Schanberg et ses collègues de Duke University ont ainsi découvert comment le toucher maternel peut activer une catégorie spéciale de gènes (immediate early genes) tels que *c-myc* et *max*, qui, à leur tour, activent un gène cible protéine appelé ODC (ornithine decarboxylase). L'activation du gène ODC conduit à la synthèse de protéines qui contribuent à la croissance physique et à la maturation au niveau cellulaire (Bartolome et alii, 1999).**
- **Le gène ODC**
- **Les recherches expérimentales de Schanberg en 1995 démontrent que la privation de toucher maternel pendant 10 à 15 minutes a pour résultat une chute dramatique de l'expression du gène ODC et des conséquences sur la croissance physique de rats nouveau nés âgés de 10 jours. En l'espace de deux heures l'activité du gène ODC décroît de 40 %, niveau auquel il reste jusqu'à ce que le toucher maternel revienne. De nombreuses études antérieures avaient déjà démontré une activation du système immunitaire des rats nouveau-nés léchés par leur mère. Les graphiques d'enregistrement effectués à ce moment-là de l'expérience révèlent une totale récupération du rythme cardiaque dès que les jeunes rats ont retrouvé leurs mères. Un étudiant qui aidait son professeur lors de cette expérience en passant un pinceau pendant 15 minutes sur les jeunes rats obtint le même résultat, à savoir une activation du gène ODC.**
- **Etudes et recherches cliniques : stimulations tactiles**
- **Toutes ces études rejoignent les recherches cliniques des psychanalystes de bébés et d'enfants, Françoise Dolto, Maud Manoni, Ginette Raimbault, Catherine Dolto, Myriam Szejer, Bernard Golse, Marie-Christine Laznick, Catherine Vanier, Caroline Eliacheff, Sylvain Missonnier,...) et des psychosomaticiens de l'Ecole de Paris (surtout le Dr. Léon Kreisler qui avait créé l'unité enfants à l'Institut de Psychosomatique "Pierre Marty"). La privation maternelle, la carence affective dans les premiers temps de la vie d'un être humain affecte considérablement son développement futur. Les stimulations tactiles de bébés humains prématurés est nécessaire pour assurer leur survie et leur développement à terme.**
- **La Psychosomatique intégrative**
- **conclusion**
- **Les relations découvertes entre expression génétique, développement psychobiologique et comportements humains sont des exemples des systèmes adaptatifs complexes des processus vitaux. De nombreux mystères et apparents miracles de la vie ont leur origine dans la complexité de la psychobiologie dynamique de l'expression des gènes à différents niveaux du vivant. Ces boucles d'interrelations entre les différents systèmes du vivant, c'est, encore une fois, ce que j'appelle " la psychosomatique intégrative".**

9. Psychosomatique intégrative et Médecine traditionnelle chinoise : Quelles relations ?

Conférence de janvier 2014

La société de psychosomatique intégrative¹ a organisé une conférence sur la médecine traditionnelle chinoise² ; le thème de cette conférence m'a été suggéré par la présence d'étudiants chinois inscrits au diplôme universitaire de psychosomatique intégrative, et par la création à la Pitié-Salpêtrière d'un service de médecine chinoise par la Direction Générale de l'Assistance Publique.

L'absence de la psychosomatique intégrative dans les services médicaux hospitaliers peut être surprenante puisqu'il s'agit d'une approche globale qui mérite d'être connue du monde médical. La raison de cette conférence est triple : premièrement d'exposer les fondements et la philosophie de la médecine traditionnelle chinoise, deuxièmement de la comparer avec la psychosomatique intégrative et, troisièmement, d'exposer pour la première fois les origines multiséculaires de la psychosomatique intégrative. Tout au cours du développement de l'approche de la Psychosomatique intégrative qui a occupé les 25 dernières années, j'ai toujours été inspiré par l'approche médicale globale des patients par les médecins de l'Égypte antique qu'ils ont transmise aux médecins grecs du temps d'Hippocrate, aux médecins juifs tels que Moïse Maïmonide, ainsi qu'aux médecins arabes, plus spécialement Averroès, qui influencèrent la médecine de l'Europe jusqu'à la fin du dix-septième siècle. Je donne, de cette façon, à la Psychosomatique intégrative une profondeur historique aussi importante que celle de la médecine traditionnelle chinoise, tout en introduisant l'existence d'un système psychique et l'inconscient refoulé qui font défaut à l'approche chinoise ainsi qu'à l'approche de la médecine allopathique du 21^e siècle.

La médecine traditionnelle chinoise³

La médecine chinoise est actuellement utilisée par un être humain sur six à l'échelle de la planète et, on ne peut la réduire, comme on le fait très souvent en Occident, à la pratique de l'acupuncture. En vérité cette médecine s'étend bien au-delà de la Chine à l'ensemble des pays asiatiques voisins. En ce qui concerne l'Europe, on peut dire que depuis le dix-huitième siècle cette médecine est connue du monde médical européen.

Je ne ferais pas un exposé historique détaillé, mais je voudrais citer dans mon propos liminaire les ancêtres de cette médecine : Fou-hi, auteur du Livre des Mutations (Yi-king), Chen Nong, inventeur de l'agriculture et des disciplines médicales, et enfin Houang-ti, le patron des médecins⁴. ⁵Les traités de médecine attribuée aux dynasties chinoises légendaires, ont été rédigés non pas au troisième millénaire avant J.-C., mais à une époque beaucoup plus tardive. Il est important de préciser ici que cette médecine fut d'abord exercée par des chamanes, des prêtres et des sorciers, et que les médecins se différencièrent progressivement du monde

¹ Professeur émérite, Ancien Président de l'Institut de Psychosomatique "Pierre Marty", ancien Président de la Société française de Médecine Psychosomatique.

Je tiens à remercier ma collègue le Dr. Frédérique Tafforeau d'avoir relu avec attention le texte de ma conférence.
² le 25 janvier 2014 bâtiment Madeleine Brès, GHU la Pitié-Salpêtrière

³ Huard P., et Ming Wong, *La Médecine Chinoise*, P.U.F., Paris 1964; Que sais-je ? n°1112.

⁴ Li T'ao, Tchong-kouo yi-hiue fa-tchan che ta-kang, "Résumé de l'histoire du développement de la médecine chinoise », *revue médicale chinoise* (2), 146, 1954. *Nouvelle médecine et pharmacie chinoises*, 6, (7), 255, 1955.

⁵ Li T'ao, Tchong-kouo yi-hiue fa-tchan che ta-kang, "Résumé de l'histoire du développement de la médecine chinoise », *revue médicale chinoise* (2), 146, 1954. *Nouvelle médecine et pharmacie chinoises*, 6, (7), 255, 1955.

influencé ; comme on le dit en ethnopsychanalyse, par le "monde des invisibles". Les plus vieux textes médicaux furent rédigés pendant la période dite des Royaumes Combattants c'est-à-dire de 475 à 221 av. J.-C⁶.

On peut donc constater que ces textes ne sont guère plus anciens que les textes grecs d'Hippocrate. Les pratiques d'acupuncture datent du néolithique ainsi que la pratique des moxas, c'est-à-dire des cautérisations par le feu. L'étude des maladies de la femme remonte à la plus haute Antiquité (quatorzième et treizième siècle avant J.-C.) ; un livre intitulé "Le Livre des Monts et des Mers" est le premier à traiter de recettes pharmacologiques en gynécologie et en obstétrique. Il en va de même des premières mentions concernant les maladies des yeux qui étaient considérés comme le plus important des organes des sens. Quant à l'hygiène alimentaire elle était très importante dès cette époque.

Je voudrais insister ici sur un point fondamental qui a été conservé tout au cours des siècles, à savoir la médecine préventive.

C'est à partir de 176 avant Jésus-Christ que nous avons la constitution de la doctrine classique de la médecine chinoise avec celui qui a été considéré comme l'Hippocrate chinois : Tchong Tchong-king. Une maladie importante de la neurologie était déjà connue : l'épilepsie un important traité de psychiatrie a été développé entre le cinquième et le troisième siècle avant J.-C. abordant toutes les pathologies classiques de cette discipline. Pour les médecins chinois de cette époque, "l'épilepsie est une maladie de l'embryon ; celle-ci se contracte dans le ventre de la mère ; elle a eu une grande frayeur ; le Chi (énergie) monte mais ne descend pas ; le ts'ing-tchi, l'énergie de l'individu, y demeure et provoque chez l'enfant les accès de la maladie épileptique" (Tien-tsi). On comprend que la cause ici de l'épilepsie est de nature héréditaire pour les médecins chinois.

On peut considérer que l'étiologie "psychosomatique" des maladies est de nature empirique puisque les médecins chinois avaient vu de façon pertinente le rôle joué par les émotions dans leur étiologie. On peut noter par exemple que la relation étroite entre l'esprit et l'organe de la vision a été observée dans le livre des printemps et des automnes du Docteur Lu-che (722 av. J.-C. : "l'œil à une passion pour la couleur mais en cas de dépression mentale extrême les yeux ne réussissent pas à voir les 5 couleurs même de très près". On ne peut s'empêcher de penser ici au travail de Sigmund Freud sur le trouble psychogène de la vision. Lao Tseu déclare : "les 5 couleurs peuvent provoquer la cécité" et il recommande la paix de l'âme comme le meilleur moyen de se prémunir des troubles de la vue. C'est pendant la période des 3 royaumes (220 à 265 av. J.-C.) que Houang-Fou Mi rédigea le Classique de l'acupuncture. Avec le Ling-chou, il est à l'origine de tous les traités consacrés à cette discipline qui fut mise au point vers le quatrième siècle après J.-C.. On doit insister ici sur un point important concernant la connaissance de l'anatomie : c'est en 16 après J.-C. qu'un grand médecin reçut l'autorisation et la mission de disséquer le cadavre d'un grand criminel, de peser et de mesurer les 5 viscères, et de repérer avec un stylet de bambou le trajet des vaisseaux (appelés à tort méridiens) afin de pouvoir guérir les maladies.

Je souhaite éclaircir le terme méridien : les acupuncteurs européens ont traduit le mot « king » par méridien, ce qui est une erreur très regrettable car en chinois les "king-mö" ne sont pas des méridiens, mais des "vaisseaux". Pour les "méridiens" les chinois employaient simplement un quadrillage en projection orthogonale permettant de lire sur les cartes les distances réelles ; ils n'ont connu les premiers méridiens géographiques qu'à partir de 1602. Depuis le dix-septième

⁶ Tch'en Pang-Hien, Tchong Tchong-king, Institut de Médecine Traditionnelle, département de l'histoire de la médecine, in Tchong-kouo kou-tai k'o-hiue kia, *les savants de la Chine ancienne*, (p.27-32), présentation par le professeur Li Yen, institut d'histoire des sciences, Pékin, 1959.

siècle en Europe on traduit le terme chinois "king-mö" d'abord en latin par *venae et viae*, et en français par vaisseaux. L'idée exprimée est celle de : veines, artères, vaisseaux. Quant aux fluides transmis par ces voies, c'est non seulement le sang, mais aussi le souffle vital, le Chi, qui est aussi dénommé le Spiritus et le Pneuma. Quant aux yin et au yang les auteurs européens du début du dix-neuvième siècle ont assimilé le dualisme chinois au dualisme de Galien. Dans la médecine chinoise on fait toujours référence aux 12 vaisseaux qui correspondent à des canaux, se rapportant ainsi à l'idée que le corps humain est une image du monde et que chaque partie du corps correspond à une partie du monde.

Pendant plus de mille ans, c'est-à-dire jusqu'au douzième siècle, aucune dissection ne sera enregistrée en Chine. Ko Hong, troisième siècle avant J.-C., écrivit 2 importants traités de médecine : les Médications du coffret d'or et le Pao-p'ou-tseu, l'œuvre la plus considérable du taoïsme moderne. Il traite de la science des mouvements : massages, frictions, pressions, percussions, vibrations, contractions,... ; ce travail interne se confond avec le Kong-fou de l'homme, c'est-à-dire les exercices du corps. Ce travail du corps s'inspire essentiellement des méthodes taoïstes pour la maîtrise permettant d'accéder à la "longue-vie". Ces méthodes traitent du massage, de l'extension et de la contraction du corps et enfin de la conduite du souffle (hing-tchi).

L'évolution de la médecine chinoise traditionnelle se rapproche beaucoup de celle de la médecine grecque ou latine. R.F. Bridgman (1980)⁷ dans une étude sur "les fonctions physiologiques de l'homme dans la Chine ancienne" montre que les médecins chinois ont développé une approche fondée sur une conception micro-et-macro-cosmique du monde permettant de déduire la structure du corps humain de la cosmologie. Cette approche supprime la notion du fait anatomique comme point de départ de la physiologie et de la pathologie. En effet l'homme ne peut présenter d'anatomie et de physiologie particulière différente de la cosmologie générale. Il en résulte que le cerveau est considéré comme un amas de moelles osseuses ; que les nerfs, les artères, les veines et les tendons sont confondus ; que les reins sont connectés au cœur par des vaisseaux ascendants mais ne sont unis à la vessie par aucun uretère ; que la vessie communique avec l'intestin par un orifice permettant le drainage des parties liquides du bol alimentaire, etc. L'auteur insiste sur le fait que nous sommes là en présence d'une anatomie partiellement imaginaire qui se retrouve en Occident jusqu'au dix-septième siècle où l'existence de canaux unissant l'estomac et la vessie est encore discutée.

La médecine traditionnelle chinoise a évolué dans le temps tout en conservant la fidélité aux textes anciens ; elle remplit un rôle très important en Chine où elle est parfaitement adaptée aux patients des campagnes. Elle devient, dès 1954, un département important du ministère de la santé publique avec son centre d'acupuncture et de moxibustion, ses instituts et hôpitaux, et son académie de médecine ; le nombre des médecins traditionnels dépasse les 500 000 praticiens. Tout a été réorganisé : la pharmacie, les pratiques d'acupuncture, etc. À la fin des années 60, on assiste à l'intrication de la médecine occidentale et de la médecine traditionnelle qui travaillent en symbiose. Les recherches des 40 dernières années donnent aux points et aux vaisseaux des acupuncteurs **une existence structurale et physiologique indiscutable**. Il est évident qu'aujourd'hui l'acupuncture a cessé de reposer sur des bases purement subjectives et occupe de plus en plus de place dans le système médical occidental.

Quelques réflexions sur le principe de l'énergie en médecine traditionnelle chinoise ; comparaison avec la médecine allopathique et la Psychanalyse.

⁷ R. F. Bridgman : *La médecine dans la Chine antique*, Pierre Huard — *Bulletin de l'Ecole française d'Extrême-Orient*, Année 1963, Volume 51, Numéro 51-1, pp. 220-221.

Dans le cadre de la médecine traditionnelle chinoise, tout est énergie : le concept bipolaire du yin et du yang permet de mieux appréhender la notion d'équilibre de l'énergie. Dans l'énergie, il y a à la fois du yin et du yang. Ils ont besoin l'un de l'autre pour coexister ; aucun des deux n'existe à l'état pur. Le yin est immobile, froid, solide, lourd, il va vers le bas, quant au yang, il est mouvement, chaud, superficiel, léger, ..., il va vers le haut. Ils sont régis par quatre lois : une origine mutuelle puisque chacun naît par l'existence de l'autre ; croissance et décroissance, chacun croissant à mesure que l'autre décroît ; contrôle mutuel, chacun étant limité et maîtrisé par l'autre ; transformation, chacun ayant la capacité de devenir l'autre en cas d'extrême déséquilibre. Dans cette médecine tout est vivant, même le minéral qui fait partie de l'énergie fondamentale.

On peut déjà constater sur ce point que l'approche de Freud sur l'énergie est différente puisque pour lui le minéral est l'inanimé et, que dans le développement de la pulsion de mort, la vie fait retour à l'inanimé. Dans le cadre de cette approche il est évident que le minéral relève de lois de l'énergie différentes développées par la physique occidentale.

Ce concept de la médecine chinoise est très utile dans la pratique pour évaluer les différences de forme énergétique ; son utilisation présente un intérêt au niveau clinique par les valeurs qu'il permet d'intégrer à l'examen du patient, et, au niveau thérapeutique dans l'élaboration d'un programme de soins. Dans son traité récent intitulé : "Traité de psychologie traditionnelle chinoise", on peut lire (p.4) que le Chi "est le résultat des phénomènes observables dans la matière vivante : électromagnétiques, électriques, thermodynamiques, physico-chimiques, bref de tout ce qui produit une énergie cellulaire extracellulaire...".⁸ Quant à l'énergie des mammifères, elle est constituée d'une partie "innée" qui provient de l'énergie de l'espèce, de l'énergie de la lignée des ancêtres, et de l'énergie des parents ; l'autre partie s'appelle énergie acquise et provient à la fois de la transformation des aliments et de l'air respiré. La somme des deux énergies forme l'énergie vitale, et c'est la distribution harmonieuse d'énergie vitale dans l'organisme qui permet à celui-ci de bien fonctionner.

La médecine chinoise étant une médecine énergétique, le diagnostic ou l'évaluation d'une situation sont toujours établis par rapport à un niveau de potentiel énergétique, un niveau de rendement énergétique d'un organe, des substances et des divers systèmes qui animent le corps : il s'agit d'apprécier les échanges entre l'homme et son contexte.

A cet égard, en psychosomatique intégrative, nous procédons de la même façon à l'évaluation de la qualité psychique de l'énergie dans la relation du patient avec son environnement, **mais il ne s'agit pas d'une énergie uniquement quantitative, elle est aussi qualitative et je reviendrai sur ce point plus bas.**

Je poursuis sur le Chi : il circule dans l'organisme par des voies préférentielles à savoir les "méridiens" (cf. ci-dessus) ; de très nombreux travaux ont mis en évidence la circulation de cette énergie ainsi que l'existence très réactive à la stimulation des points d'acupuncture. L'académie de médecine traditionnelle de Chine reconnaît au total 642 points généraux dont 361 se trouvent sur les méridiens, 171 hors méridiens (crâne, trompes, membre) et 110 sont répertoriés comme de nouveaux points car ils ont été découverts plus récemment. Tout stimulus, appliqué isolément sur un de ces points ou simultanément sur plusieurs, entraîne des effets physiologiques au niveau des méridiens, des organes, et par voie de conséquence, au niveau du sang, des tissus, des os, etc., cela grâce à l'apport ou à la régulation de l'énergie dans tout l'organisme.

En médecine traditionnelle chinoise, la santé est l'état de complet bien-être physique, mental et social résultant d'une bonne transformation et d'une bonne diffusion de l'énergie dans l'organisme. La maladie est l'état de déséquilibre avancé qui produit des symptômes objectifs ;

⁸ Michel Deydier-Bastide, *Traité de Psychologie Traditionnelle Chinoise*, Xin Li, ed. Destris, 04340 Méolans-Revel, 2005.

elle est une évolution d'un ou plusieurs déséquilibres. Les maladies sont l'association de syndromes, lesquels sont décrits selon des tableaux pathologiques types, à partir desquels toutes les combinaisons sont possibles.

Dans la médecine occidentale allopathique, la notion d'énergie est apparue grâce à Claude Bernard avec son concept d'homéostasie, c'est-à-dire la capacité que peut avoir un système quelconque de conserver son équilibre de fonctionnement. Walter Bradford Cannon a complété ce travail de recherche : "l'homéostasie est l'équilibre dynamique qui nous maintient en vie".

Comme on peut le constater, l'homéostasie a pour objectif de maintenir l'ensemble des paramètres physico-chimiques de l'organisme qui doivent rester relativement constants : glycémie, température, taux de sel dans le sang, etc. équilibre hydrique, équilibre électrolytique, équilibre acido-basique, etc. C'est dans les années 1940 que la notion d'équilibre est apparue en biologie, concernant l'équilibre chimique des organismes vivants.

Le système nerveux autonome dont fait partie le système endocrinien, joue un rôle considérable dans le maintien de l'homéostasie. Ils sont seuls capables de détecter et de corriger les déséquilibres du milieu intérieur : rythme cardiaque, rythme ventilatoire, vasodilatation, vasoconstriction, faisant varier la pression artérielle, miction, sudation, contractions musculaires produisant de la chaleur, faim et soif influencées par des facteurs psychologiques. Cette introduction du "psychisme" dans la régulation biologique a conduit à élargir le concept d'homéostasie (par exemple maintien d'un poids corporel stable, traitement de la surcharge pondérale et de l'obésité) ; c'est ainsi que nous envisageons à présent différents degrés dans l'homéostasie par le biais des neuromédiateurs.

Ainsi médecine traditionnelle chinoise dans son évolution jusqu'au vingt et unième siècle et médecine allopathique se rejoignent dans l'approche énergétique somatique.

Sigmund Freud, la psychanalyse et l'existence d'un appareil psychique

C'est avec Sigmund Freud, à la fin du dix-neuvième siècle, que nous pouvons enfin comprendre le fonctionnement psychique des êtres humains dotés non plus seulement d'un cerveau mais aussi d'un appareil psychique qui consiste en l'interrelation entre des comportements, des émotions et des représentations mentales (représentations de choses et représentations de mots). À côté d'un inconscient somatique, Sigmund Freud découvre l'inconscient refoulé à partir de l'examen approfondi du destin des pulsions sexuelles et des pulsions agressives au cours d'un processus de maturation psychosexuelle. Il aborde le fonctionnement sous 3 angles : un angle conflictuel (psychodynamique), un angle topique (des instances psychiques représentant des lieux tels que l'inconscient, le préconscient, le surmoi, avec à l'arrière-plan le principe de plaisir et le principe de réalité, et enfin un angle économique ou énergétique qu'il nous appartient à présent de développer **pour souligner les lacunes de la médecine chinoise traditionnelle et de la médecine allopathique développée en Occident.**

"Nous avons défini le concept de *libido* comme une force quantitativement variable permettant de mesurer les processus et les transpositions dans le domaine de l'excitation sexuelle. Nous distinguons cette libido de l'énergie qu'il faut supposer à la base des processus psychiques en général, en nous référant à son origine particulière, et nous lui prêtons ainsi également un caractère qualitatif. (...). Nous nous formons par conséquent la représentation d'un quantum de libido, dont nous appelons le représentant psychique : libido du moi...".

"La libido narcissique ou libido du moi nous apparaît comme le grand réservoir d'où sont envoyés les investissements d'objet et dans lequel ils sont à nouveau retirés ; et l'investissement

libidinal narcissique du moi comme l'état originel réalisé dans la première enfance, que les émissions ultérieures de la libido ne font que masquer et qui au fond subsistent derrière elle."⁹
"Il y a d'un côté l'excitation sexuelle somatique, et de l'autre la libido psychique, le désir et le plaisir psychique".¹⁰

Ces références de Freud nous permettent de poser les bases d'un nouveau modèle psychosomatique appréhendant de façon globale ce que nous appelons "l'unité psychosomatique". Je propose un au-delà des conceptions métaphysiques de Descartes et de nombreux théoriciens et penseurs de la médecine clivant Psyché et Soma, le corps et l'esprit. J'annoncerai plus loin les références historiques proposant une approche globale de l'unité psychosomatique en lieu et place d'un clivage qui relève de la métaphysique, et non pas de la science. Comme on peut le constater, si nous acceptons l'existence d'un appareil psychique, **nous avons 2 types d'énergie : une énergie somatique, de nature quantitative métabolique, et une énergie psychique de nature qualitative. C'est cette énergie psychique qui est ignorée jusqu'à présent aussi bien par la médecine chinoise traditionnelle que par la médecine allopathique occidentale.** La médecine traditionnelle chinoise a fait de très grands efforts de conception au cours de plusieurs millénaires en vue d'élaborer un modèle cosmogonique de l'entité humaine. La médecine occidentale dont les racines sont égyptiennes, juives, arabes et grecques, s'est coupé de ses racines à la fin du dix-septième siècle pour se développer selon un modèle inspiré de Galien. On doit comprendre qu'en psychosomatique intégrative la dimension économique (énergétique) est fondamentale pour l'appréhension de l'homéostasie des patients à l'intérieur de l'unité psychosomatique et dans sa relation avec l'environnement : famille, profession, socio-politique, et enfin environnement géographique et climatique. Il s'agit d'évaluer chez le patient ou la patiente les capacités d'investissement psychique de sa vie, de sa maladie, de ses relations, de ses projets présents et futurs, etc. L'évaluation de cette balance énergétique nous permet de mieux comprendre les pathologies affectant l'unité psychosomatique (méthode d'évaluation du risque psychosomatique, Jean Benjamin Stora 1990 – 2014)¹¹.

J'ai ainsi abouti au terme de 25 ans de réflexion à la conception d'une unité globale décrite par la "théorie des 5 systèmes", à savoir des interrelations dynamiques entre le système psychique, le système nerveux central, le système autonome (sympathique et parasympathique), le système immunitaire et le système génétique. Il s'agit de grands systèmes à l'intérieur desquels existent des sous-systèmes ; il n'est pas possible de séparer un système d'un autre puisqu'ils sont tous en interrelation dynamique tout au cours de l'existence humaine. Nous nous trouvons de ce fait, à la suite de déséquilibres de l'homéostasie, en présence d'une infinité d'états instables au cours des maladies, avec retour à une infinité d'états stables. C'est la raison pour laquelle j'ai eu recours sur le plan mathématique à la théorie du chaos pour établir un modèle de déséquilibres et d'équilibres. De même, j'ai fait référence à la théorie de Prigogyne des "systèmes dissipatifs d'énergie" pour mieux définir la circulation de l'énergie somatique et de l'énergie psychique ; je rappelle que Sigmund Freud a fait référence pour son concept d'énergie aux lois de Carnot qui ont été établies pour des systèmes fermés **alors que l'unité psychosomatique est un système ouvert.**

L'examen attentif de toutes les propositions contemporaines de médecine alternative ne donne pas de résultats satisfaisants aussi bien aux États-Unis qu'en France puisque ces médecines alternatives qui font souvent référence à la psycho-neuro-endocrinologie, à la psycho-neuro-

⁹ Sigmund Freud, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, trad. Ph. Koeppel, Gallimard, Paris 1990 (p. 157 – 158 – 159)

¹⁰ Sigmund Freud, *la première théorie des névroses*, P.U.F, collection Quadrige, Paris 1995, p. 29 – 58.

¹¹ Jean Benjamin Stora, *La nouvelle approche psychosomatique, 9 cas cliniques (annexe méthodologique)*, Paris, MJW-Fédérations, 2013.

immunologie etc. ignorent délibérément l'existence et le développement d'un appareil psychique au cours du processus de maturation psychosexuelle. N'étant pas satisfait d'une approche psychanalytique stricto sensu qui me semblait ne pas donner d'explication scientifique aux somatisations, je me suis tourné vers les neurosciences pour compléter le modèle global de psychosomatique intégrative : je propose un modèle fondé sur l'interrelation et l'intégration de systèmes qui accompagnent la croissance de l'unité psychosomatique de la naissance jusqu'aux environs de 20 ans, **à savoir l'intégration et le développement du système neuronal, et l'intégration et le développement du système de maturation psychosexuelle.**¹²

Une question pour terminer : quand viendra le jour en Europe où la médecine intégrera la notion d'un appareil psychique afin de ne plus prendre en considération la partie mammifère de l'humanité en imaginant qu'il n'y a que cette composante qu'il faut soigner, alors que l'observance des prescriptions est le problème le plus redoutable que la médecine allopathique ait rencontré depuis maintenant plus de 20 ans ?

Je terminerai avec une considération historique qui est une réponse aux interrogations des médecins chinois qui semblent ignorer le lointain passé de la médecine hippocratique et occidentale ; ce lointain passé auquel je me réfère dans le développement de la psychosomatique intégrative tout en ancrant celle-ci dans la médecine la plus évoluée et la plus performante.

Pourquoi la médecine de l'antique Égypte, pourquoi la médecine juive, pourquoi la médecine arabe ?

Toutes ces interrogations ont pour réponse mon identité multiple : je suis né en Algérie dans une famille judéo-berbère et j'ai grandi d'abord dans la culture dominée par les Arabo-musulmans dans toutes les dimensions de la vie ; étant de nationalité française j'ai aussi acquis la culture française à l'école, au lycée et à l'université. Comme je n'ai jamais renoncé aux cultures de mes origines, ma perception de la France et de l'Europe n'a jamais été la même que mes collègues de la société psychanalytique de Paris où j'ai fait mon cursus de psychanalyse qui a été validé par cette institution. Lorsque j'ai travaillé aux côtés de Pierre Marty à l'institut de psychosomatique, je n'ai jamais cessé de m'interroger sur les somatisations, les différences culturelles et, in fine, sur les processus de somatisations expliqués exclusivement par la psychanalyse. Il m'était difficile de l'accepter car si je comprenais bien les dysfonctionnements psychiques, je ne comprenais pas les mécanismes subtils d'écoulement des excitations au niveau des fonctions et des organes somatiques, mécanismes neurologiques et somatiques qui n'ont jamais été pris en considération par la psychanalyse qui est une science subjective ayant pour objet principal l'étude de l'appareil psychique.

Cette vision globale que j'ai toujours eue en moi a été hérité de ce lointain passé que je vais exposer très brièvement : les Égyptiens, tout comme les Chinois, ont eu bien avant eux dès le vingt-troisième siècle avant J.-C., une vision de la santé profondément reliée au cosmos mais aussi à ce que nous appelons en ethnopsychanalyse les « invisibles ». Les spécialistes médicaux connus des égyptiens étaient les ophtalmologues, les gastro-entérologues, les proctologues, les dentistes etc. Quant à la formation des médecins elle était dispensée dans une structure qui dépendait du temple appelée "maison de vie". N'oublions pas que les médecins Grecs sont toujours venus en Égypte compléter leurs connaissances et, même le célèbre Galien, qui a eu une très grande influence sur la médecine occidentale, a fait ses études à Alexandrie. Les modes d'exercice de la médecine étaient très variés puisqu'il existait des médecins pour toutes les parties du corps, pour l'esprit, etc. et même des médecins qui avaient des pratiques différentes

¹² Jean Benjamin Stora, *La Neuropsychanalyse, controverses et dialogues*, MJW-Fédérations, 2012, 2014).

selon les saisons. Retenons par exemple que les "médecin des femmes" faisaient réaliser des tests diagnostic de grossesse avec pronostics du sexe de l'enfant à venir. Le système de soins était gratuit, quelle que soit la situation de fortune du patient ; disponible dans tout le pays et disponible à tout moment. Je voudrais retenir enfin la démarche diagnostique des médecins égyptiens (décrites dans le papyrus Ebers)¹³ :

poser des questions au patient par étape, calmement ; faire une enquête de l'entourage ; trouver l'origine directe et indirecte de la souffrance ; chercher l'existence d'antécédents familiaux ; en cas de rechute vérifier si le traitement est convenablement pris ; préparer un plan de soins, à court et moyen terme. Démarche reprise par Hippocrate, démarche que l'on peut retrouver en partie aujourd'hui chez les médecins contemporains, et **enfin démarche diagnostique à rapprocher de celle développée en psychosomatique intégrative**. Je tiens enfin à retenir que le recherche en « Égyptologie biomédicale » montrent que les remèdes de l'Égypte antique étaient très efficace ; 67 pour cent des formules connues respectent les règles du codex pharmaceutique britannique de 1973.



¹³ Thierry Bardinet, *Les papyrus médicaux de l'Égypte pharaonique*, Paris, ed. Fayard, 1995.

Ethno-psychanalyse et Psychosomatique intégrative

Le samedi 28 juin 2014 Bâtiment Madeleine Bres, Salle de conférence du 7^oét. GHU La Pitié-Salpêtrière, métro St Marcel.

14h00 – 14h15 : Introduction

Pr Jean-Benjamin Stora

*Psychosomaticien Psychanalyste, Professeur Emérite
Service d'endocrinologie du Pr. E. Bruckert. Co-Directeur du D.U de psychosomatique
Intégrative/ Président en exercice de la Société de Psychosomatique Intégrative*

14h15 – 16h15 : Diffusion du film : "Jimmy P."

16h15 – 16h30 : PAUSE

16h30 – 17h15: réactions des intervenants

Pr. Yoram Mouchenik

*Professeur de Psychologie interculturelle de l'Université Paris 13
Psychologue-clinicien, psychothérapeute
Responsable de la c o n s u l t a t i o n transculturelle de La guidance infantile de
l'hôpital Sainte-Anne*

et Pr. Jean-Benjamin Stora

inscriptions: Rochdi Baklouti,

Psychanalyste psychosomaticien, secrétaire général adjoint de la SPI

rochdibaklouti@gmail.com

17h15– 18h: DISCUSSION AVEC LES PARTICIPANTS

Conférence de la Société de Psychosomatique Intégrative le samedi 28 juin 2014 de 14h à 18h Bâtiment Madeleine Bres, Salle de conférence du 7^oét. GHU La Pitié-Salpêtrière, métro St Marcel. Le thème de la conférence est d'aborder le travail clinique de Georges Devereux et de son célèbre patient Jimmy P. Après une brève introduction par Jean Benjamin Stora, on passera le film d'Arnaud Desplechin ; puis le Professeur Yoram Mouchenik , Professeur de Psychologie interculturelle de l'Université Paris 13, Psychologue-clinicien, psychothérapeute, Responsable de la c o n s u l t a t i o n transculturelle de La guidance infantile de l'hôpital Sainte-Anne , et Jean Benjamin Stora interviendront à tour de rôle pour commenter le cas clinique dans ses dimensions psychiques et somatiques. Vous devez savoir, et c'est le problème que j'aborderai dans mon intervention, que le patient de Georges Devereux souffrait de nombreux troubles somatiques dont vous pouvez lire les détails dans le dossier médical du

patient exposé dans le livre de Georges Devereux : traumatisme crânien (de larges fissures sur le côté droit de l'os occipital s'étendant jusqu'à la base du crâne), paralysie du sixième nerf crânien causant une diplopie dans la vision latérale, rupture du tympan de l'oreille gauche, migraines, troubles du sommeil, léger trouble du rythme cardiaque, dysfonctionnement érectile, etc.

Comme vous pouvez le comprendre il s'agit d'un cas typique de patient somatique ; la question est : dans les années 50 du siècle dernier comment un anthropologue psychanalyste a-t-il traité le patient dans sa globalité ? Et l'a-t-il traité ?

.

10.Effet Placebo et Psychosomatique intégrative : Approche psychosomatique des patients au XXI^e siècle

Conférence 2014

- Avec l'effet placebo, c'est toute la médecine qui est interrogée. Quelle est son importance en termes de santé, de survenue de maladie et de guérison ?
- Division de l'esprit et du corps; la psychosomatique intégrative rétablit l'étude de l'unité psychosomatique humaine et réconcilie médecine de l'esprit et médecine du corps.
- **Prise en charge thérapeutique**
- En pratique, la séparation psyché-soma persiste dans la prise en charge thérapeutique : un malade sera soigné par un spécialiste d'organe pour sa maladie et on lui conseillera encore de consulter un psychiatre ,un psychologue ou un psychanalyste pour sa "souffrance morale" ou "son mal être" !! **La médecine « somatique », centrée sur la maladie, n'est pas encore parfaitement convaincue de la nécessité de prendre en charge globalement la personne malade.** Ignorance de l'appareil psychique, de son fonctionnement et de ses dysfonctionnements.
- l'effet placebo peut exister sans prescription de placebo
- Hrobjartsson (Université de Copenhague) souligne que l'effet placebo peut exister sans prescription de placebo : *« le placebo n'est pas une condition nécessaire ni suffisante pour générer un effet placebo, les facteurs impliqués dans la relation médecin-malade peuvent être déterminants »*
- The powerful placebo and the Wizard of Oz. [N Engl J Med. 2001]
- Is the placebo powerless? [N Engl J Med. 2001]
- **Le médecin comme médicament**
- Balint lui même écrivait : *« le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel. »*
- confusion de sens entre effet placebo en général et effet du placebo en particulier

- Beecher (1955) décompose ainsi l'effet d'un médicament en deux parties distinctes qui s'additionnent (p1606): « *The total « drug » effect is equal to its « active effect » plus its **placebo effect** ».*
- Harry Gold en 1946 n'avait quant à lui pas opéré ce mélange entre effet placebo et suggestion (p1723) : « *The improvement which results is, in part, the consequence of a specific action and, in part, that of the element of suggestion. »*
- **Le rôle de l'attente**
- La prise d'un placebo dans un contexte de soin suscite normalement une **attente de soulagement, c'est une évidence. Pour décrire ce phénomène, Irving Kirsch a proposé le terme « d'expectancy »**
- La force de ce concept réside dans la prise en compte en même temps des trois dimensions de l'être humain (subjective, physiologique, et comportementale) : « *lorsque l'on est dans l'expectation (attente), ce que l'on attend a déjà commencé à exister à la fois pour l'esprit, pour le corps et dans la relation au monde environnant. »*
- **Les croyances**
- Les placebos peuvent donc agir par l'intermédiaire des **croyances d'efficacité, augmentant les capacités perçues de contrôle ; les personnes se comportant ensuite d'une manière qui produit les effets bénéfiques.** Pour étayer ce lien entre le sentiment d'efficacité personnelle et l'amélioration de l'état de santé, un exemple indirect et opposé nous est donné par le lien entre les états dépressifs, caractérisés par un faible sentiment d'efficacité personnelle, et la survenue de nombreuses maladies. On sait en effet que la dépression augmente la susceptibilité aux maladies par le biais d'une réduction de la fonction immunitaire.
- **Placebo et observance des traitements**
- La prise d'un placebo parce qu'elle suscite un espoir de soulagement ou de guérison entraîne aussi la modification de comportement, qui s'il est adapté peut produire un effet positif sur la santé. La meilleure illustration nous est donnée par le fait que les patients adhérents à leur traitement (observants) vont mieux que ceux qui ne sont pas adhérents (non-observants), que ce traitement soit actif ou qu'il soit un placebo
- Les attentes des soignants: « good enough mothers » !!

- Les attentes des soignants jouent un rôle important dans l'amélioration de l'état de santé des patients. Gracely *et al.* ont étudié l'influence de la connaissance du traitement par les médecins sur l'analgésie dentaire.
- Les auteurs concluaient que la connaissance du traitement par les médecins et les attentes qui en découlaient influençaient l'analgésie par placebo. Cette influence s'opérait de façon non verbale par des comportements subtils conscients ou non. En effet, les soignants font plus « attention » et prennent davantage soin des patients envers qui ils espèrent eux même un soulagement.
- **Le modèle du conditionnement classique et effet placebo**
- Un autre modèle explicatif des effets des placebos est celui du conditionnement classique (pavlovien). L'expérience répétée de traitements efficaces, appelés alors « *stimuli inconditionnels* », est associée avec des environnements (hôpital par exemple), des personnes (les soignants), des objets (comprimé ou injection) ou des comportements (avaler un comprimé) qui n'ont pas d'efficacité spécifique et constituent alors des « *stimuli conditionnels* ». Par leur répétition, ces stimuli inconditionnels, qui habituellement sont neutres, deviennent capables de déclencher un effet biologique et une efficacité symptomatique. Ce phénomène qui a été mis en évidence surtout chez l'animal dans des domaines comme l'immunologie³, existe aussi chez l'homme, en particulier dans la douleur⁴. En effet, le soulagement expérimenté après la prise d'un traitement antalgique efficace est comme « gardé en mémoire » par l'organisme Biorégulation centrale
- **« Expectancy », croyances et thérapies traditionnelles**
- La notion d'*expectancy* est intéressante car elle est un point commun par lequel passent d'autres mécanismes d'actions décrits pour expliquer les effets du placebo, comme le désir ou les motivations, l'espoir, et la « suggestion » car les attentes peuvent être non seulement suscitées par des suggestions verbales mais aussi en l'absence de suggestion proprement dite. Kirsch rapproche aussi la notion d'*expectancy* de celle de prophétie auto-réalisatrice (*self fulfilling prophecies*) décrite en sciences sociales par Merton (1949) selon laquelle le fait de croire qu'un événement va se réaliser fait effectivement advenir cet événement par le biais d'une modification des comportements. Elle est aussi une explication de l'efficacité : l'efficacité symbolique. Pour Brody ou Moerman, la valeur symbolique de l'acte thérapeutique précéderait les autres mécanismes. L'objet placebo se comporte alors comme un signifiant porteur d'une signification (la

guérison). L'efficacité de la thérapeutique est alors dépendante du contexte et de la culture dans laquelle se situe le malade. Un objet placebo signifiant pour une culture donnée peut tout à fait n'avoir aucun sens pour une autre culture.

- **Effet placebo et neuromédiateurs**
- **La neurophysiologie et la neuroimagerie ont montré le rôle prédominant du système opioïde endogène mais également du système dopaminergique dans l'effet placebo**
- **Rôle majeur du système opioïde endogène**
- **Équilibré par le système cholecystokinine endogène**
- **Rôle du système dopaminergique (attente)**
- **Rôle hormonal (GH, cortisol) (conditionnement)**
- **Mise en jeu variable selon le processus d'activation et le type d'effet placebo**
-
- **L'effet placebo et l'Objet maternel**
- **Devant des sensations désagréables telles que la faim, le froid ou la douleur, dans les premiers instants de sa vie, l'enfant a fait l'expérience que seul un tiers (en l'occurrence ses parents) pouvait le soulager, l'apaiser, donner un sens à ces sensations et dès lors susciter en lui des attentes de soulagement. Seul l'Objet peut lui donner l'espoir d'un soulagement. C'est de cette association initiale, renforcée par l'utilisation occasionnelle de thérapeutiques culturellement déterminées, qu'est probablement apparue la nécessité de recourir à un soignant et à une thérapeutique donnée pour lutter contre le mal et garder espoir. Dans la thérapie psychosomatique, le thérapeute en tant qu'Objet maternel a d'abord un rôle de pare-excitations.**
- **Pour résumer, la thérapeutique se comporte comme un « signal » de guérison. Elle est ainsi inévitablement porteuse de sens et d'espoir. Elle induit un sentiment de contrôle, d'auto-efficacité, des modifications de comportements, des changements d'état émotionnel ainsi que des modifications biologiques conditionnées ou non. Le placebo, s'il est présenté comme une thérapeutique, est alors le support de ces effets. Il est bien inerte d'un point de vue pharmacodynamique, mais il ne l'est pas quand il s'inscrit dans l'acte thérapeutique qui concerne avant tout l'existence d'un être humain malade.**

- **La réactivation de la relation d'objet dans l'effet placebo**
- L'objet maternel internalisé permet d'établir une relation de confiance sur le même mode que la relation première. Le patient ou la patiente régresse psychiquement et facilite de ce fait l'efficacité des soins pour accéder à la guérison ou tout au moins au rétablissement d'un état d'équilibre. Cette hypothèse psychanalytique permet de mieux comprendre qu'il existe des patients placebo-répondeurs et des patients placebo-non-répondeurs, de même des patients observants et des patients non-observants.
- Le médecin comme placebo, et « bonne mère »
- Le médecin joue un rôle de pare-excitations et permet au patient d'accéder à la guérison. Cette dimension relationnelle est fondamentale et cruciale dans les soins.
- La psychosomatique intégrative complémentaire de la médecine allopathique est indispensable pour la compréhension de la relation de l'esprit et du corps.

10. Médecine personnalisée et Psychosomatique intégrative: pour une médecine à visage humain

Conférence du Samedi 25 juin 2016

-
- **Le concept de médecine personnalisée**
- Le concept de médecine personnalisée a été développé il y a deux décennies par la société suisse Roche, l'un des leaders mondiaux de l'industrie pharmaceutique. Le concept initial était fondé sur une réalité très simple dans la pratique médicale : **le même médicament peut provoquer des réactions différentes selon les patients, et pour un patient donné, certains médicaments fonctionnent et d'autres non.**
- Avec l'introduction dans les années 1990 de l'Herceptine, un traitement pour le cancer du sein, Roche a démontré qu'il était possible d'anticiper, grâce à un simple test sur les patients, **ceux pour qui le traitement serait le plus bénéfique, et ceux pour qui il ne le serait probablement pas.**
- Il est désormais possible de *personnaliser les traitements*, c'est-à-dire de n'administrer un médicament qu'aux patients qui réagissent positivement. L'impact de cette nouvelle approche est énorme : une efficacité accrue, moins d'effets secondaires, et plus de temps ni de ressources perdues pour un traitement inopérant.
- 5 grandes approches de la médecine personnalisée

1. *La médecine stratifiée*

2. *Les vaccinations antitumorales*

3. *L'ingénierie tissulaire*

4. *La thérapie génique*

5. *Le profilage du risque*

- **Médecine personnalisée et cancer**
- **La médecine personnalisée est une des voies les plus prometteuses en cancérologie. Elle consiste à traiter chaque patient de façon individualisée en fonction des spécificités génétiques et biologiques de sa tumeur mais également en tenant compte de l'environnement du patient, de son mode de vie, etc. L'ensemble de ces facteurs influencent l'évolution de la maladie et l'efficacité du traitement.**
- **Histoire de vie, et fonctionnement psychique ??**
- **Le but de la médecine personnalisée**

- Le but de la médecine personnalisée est d'améliorer la performance des soins, d'éviter des traitements inutiles et d'améliorer la qualité de vie des patients. **Les techniques actuelles permettent de déterminer de façon de plus en plus précise les caractéristiques de chaque tumeur afin de préciser le diagnostic, d'identifier les anomalies en cause et de les traiter, lorsque cela est possible, avec une thérapie ciblée.** Elles permettent également d'obtenir des marqueurs d'efficacité des traitements et de connaître l'évolution probable de la maladie, comme l'apparition de métastases, pour adapter le suivi.
- **Comment le patient vit sa maladie et y fait face ? Quelles sont ses défenses mentales pour résister ?**
- **La caractérisation des facteurs de risque**
- L'amélioration des connaissances sur les facteurs de risque de cancer s'accompagne de recommandations de plus en plus personnalisées pour chaque patient. L'objectif est de prévenir le risque d'apparition de la maladie ou de rechute, par exemple l'exposition à des substances cancérigènes dans un cadre professionnel, l'excès de consommation de certains aliments, la sédentarité, etc.
- **Comment le médecin évalue-t-il le risque psychique dans le cadre de l'environnement familial et professionnel ? Où est la personne ?**
- Je ferai part ici des critiques médicales et des critiques de philosophes :
- Des voix s'élèvent pour que le terme de médecine personnalisée soit transformé en médecine de précision, médecine des 4P, ..
- Pour Jean-Claude Ameisen, la médecine personnalisée est « une escroquerie » en ce qu'elle prétend s'adresser à la personne à travers le biologique au risque de réduire l'une à l'autre.
- Pour François-Xavier Guchet « la médecine personnalisée est un mot-valise qui recouvre des approches plurielles ».
- **La relation médecin-patient**
- « Le risque de dépersonnalisation de la relation médecin-patient devrait être compensé par un enseignement médical faisant place à une conception holistique de l'individu, apprenant à traiter l'homme et pas seulement sa pathologie, encore moins son génome». Comité Consultatif National d'Ethique (avis 124)
- Comment introduire dans l'enseignement de Médecine le système psychique dans la relation au corps ?
- **Qu'est-ce que l'homme ? Ma Adam ? (traduction hébraïque)**

- La médecine allopathique, maintenant la médecine personnalisée et demain la médecine de l'homme augmenté, dans leurs approches épistémologiques privilégient la Technique.
- La technique domine de plus en plus la relation de soins, et même si l'on parle de personne, il s'agit d'une personne comme objet de soins.
- La technique médicale soigne des maladies, elle ne soigne pas des malades.
- **L'être humain est une unité psychosomatique**
- L'homme ne peut être réduit :
- Ni à ses comportements, ni à ses émotions, ni à son imaginaire, ni à sa raison; l'homme a un système psychique reliant pensées, comportements et émotions, et son deuxième fonctionnement mental est celui de la Raison..
- Il a fallu attendre 24 siècles après Hippocrate pour que l'on puisse avoir un modèle du fonctionnement psychique des êtres humains grâce à Sigmund Freud. Avec Freud, nous poserons le problème de la participation du système psychique aux maladies somatiques afin de reconstituer ce que j'appelle l'unité psychosomatique humaine. Sans le système psychique, un être humain est réduit à son existence corporelle et à ses comportements !
- **Le système psychique**
- Le système psychique participe à la détermination du métabolisme,
- participe au fonctionnement du système nerveux central,
- participe à l'équilibre du système nerveux autonome,
- participe aux défenses immunitaires qu'il renforce car il est lui-même un système de défense,
- participe à l'épigénétique,
- en conclusion il participe à l'homéostasie globale
- **La psychosomatique Intégrative**
- Dans la continuité des contributions à la psychosomatique commencées avec Sándor Ferenczi et Franz Alexander, nous avons dans le cadre de la nouvelle école de psychosomatique (SPI), développé une nouvelle approche, appelée théorie des cinq systèmes, interreliant le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et enfin le génome. Grâce à la théorie des systèmes de Ludwig von Bertalanffy sur laquelle repose notre approche théorique, il est possible d'énoncer le deuxième paradigme de la médecine fondé sur l'homme comme

unité psychosomatique, et non plus comme dans le premier paradigme de la médecine sur l'homme comme un être mécanique.

- **Les thérapies psychosomatiques**

« Tu choisiras la vie »

- Les Thérapie psychosomatique ont été développées par Sándor Ferenczi. Le thérapeute Psychosomaticien(ne) a pour objectif fondamental la reconstitution de l'unité psychosomatique atteinte par la maladie. Il adopte une attitude chaleureuse, bienveillante, il atténue dans la mesure du possible toutes les excitations externes et internes pour sauvegarder l'homéostasie, il parle à son patient ou à sa patiente, en adoptant une attitude maternelle jusqu'à la réalisation des objectifs thérapeutiques. L'acupuncture, l'hypnose, l'EMDR, la relaxation corporelle analytique, La méditation pleine conscience, etc. sont complémentaires des thérapies psychosomatiques sans pour autant s'y substituer

- **Conclusion**

- En conclusion, nous poserons la question suivante :
- Que faire pour que les médecins de notre pays adoptent et s'ouvrent à l'approche de psychosomatique Intégrative ?
- Que faire pour que nos confrères et collègues médecins acceptent l'existence du fonctionnement d'un système psychique ?
- Nous vivons une époque singulière puisque depuis plusieurs mois maintenant les médecins reconnaissent qu'ils souffrent psychiquement (environ 30 % des médecins) et que les internes en médecine s'inquiètent des suicides de leurs camarades.
- Nous considérons que le temps est venu pour que L'HOMME reprenne sa place dans la médecine contemporaine, car, dans le cas contraire, l'homme ne sera plus qu'un OBJET manipulé par des spécialistes techniques, un ROBOT BIOLOGIQUE.
- Est-ce notre avenir ?

Annexe, Médecine personnalisée du cancer

Dossier réalisé en collaboration avec l'Institut national du cancer - Novembre 2012.

La médecine personnalisée est une des voies les plus prometteuses en cancérologie. Elle consiste à traiter chaque patient de façon individualisée en fonction des spécificités génétiques et biologiques de sa tumeur mais également en tenant compte de l'environnement du patient, de son mode de vie, etc.

L'ensemble de ces facteurs influencent l'évolution de la maladie et l'efficacité du traitement. Par ailleurs, l'amélioration de la coordination des soins entre ville et hôpital, l'encadrement du patient à la sortie de l'hôpital au cas par cas, permettent d'améliorer la reprise d'un emploi et une vie sociale normale après les soins.

La médecine personnalisée est déjà une réalité dans certains cas et les progrès amorcés en génétique, en protéomique, en imagerie médicale, en thérapeutique et sur les aspects sociaux vont accélérer ce mode de prise en charge dans les années à venir. A terme, elle pourrait concerner tous les patients.

Les thérapies ciblées : personnalisées pour chaque malade

Le but de la médecine personnalisée est d'améliorer la performance des soins, d'éviter des traitements inutiles et d'améliorer la qualité de vie des patients. Les techniques actuelles permettent de déterminer de façon de plus en plus précise les caractéristiques de chaque tumeur afin de préciser le diagnostic, d'identifier les anomalies en cause et de les traiter, lorsque cela est possible, avec une thérapie ciblée. Elles permettent également d'obtenir des marqueurs d'efficacité des traitements et de connaître l'évolution probable de la maladie, comme l'apparition de métastases, pour adapter le suivi.

REMARQUE : je soigne des patientes souffrant de cancer du sein depuis plus de 25 ans maintenant. Ma dernière patiente serait bien surprise de lire les lignes ci-dessus. J'ai pris contact avec les médecins oncologues afin qu'ils prennent en considération la vie et le fonctionnement psychique de ma patiente en vue de mieux la soigner. Mon intervention les a beaucoup surpris et embarrassés ; je dois dire très honnêtement qu'ils essaient de faire de leur mieux, mais souvent c'est très difficile et, à l'exception d'un médecin, ma patiente se plaint de l'abord froid et distant de la plupart des médecins soignants. Je suis tout à fait désolé de ce comportement fort répondu et je plaide encore une fois pour l'intégration de la dimension psychique dans les études de médecine.

© Science Frontières Production/Inserm

C'est quoi la chimiothérapie ?

Il s'agit donc de faire du "sur mesure" pour chaque patient, pour une plus grande efficacité de la prise en charge et une meilleure qualité de vie.

Les thérapies ciblées présentent par exemple moins d'effets indésirables que certaines chimiothérapies actuelles qui détruisent toutes les cellules en division, cancéreuses ou non.

Les nouveaux outils : La génétique et les techniques à haut débit ; Le séquençage à haut débit permet de séquencer l'intégralité du génome des cellules cancéreuses afin d'y trouver des mutations responsables de la tumeur. Cela permet de dresser une carte d'identité de la tumeur et d'analyser les mécanismes moléculaires en cause. L'objectif à terme est de permettre aux médecins de disposer du profil génomique de chaque tumeur, de manière suffisamment fine et rapide pour l'intégrer à leur décision thérapeutique ou pour proposer à des patients des essais cliniques en vue de développer un traitement ciblé. © Inserm, P. Latron

Ainsi, l'Institut pour la recherche sur le cancer de Lille (IRCL) dispose d'une plateforme génomique et tient à jour un registre sur les avancées relatives à la caractérisation génomique des tumeurs ou celles relatives aux cellules résistantes aux traitements (comme, en 2010, les cellules CD34+ résistantes au traitement par imatinib chez les patients atteints de leucémie myéloïde chronique).

Autre exemple, des chercheurs de l'Institut Curie ont identifié en 2009 deux profils génétiques distincts prédictifs des risques d'évolution tumorale du neuroblastome chez l'enfant. Les tumeurs présentant un gain ou une perte de chromosomes entiers sont le plus souvent localisées et de bon pronostic et en cas de rechute, celle-ci est locale. En revanche, celles qui présentent une perte ou un gain de certaines régions des chromosomes sont beaucoup plus agressives. L'intégration de ces nouvelles données génétiques au diagnostic conduit à une réduction des chimiothérapies chez les enfants ayant une tumeur facilement contrôlable et, dans le cas contraire, à une intensification des traitements (1).

Cinquante cancers passés à la loupe

Depuis 2009, la France participe au programme ICGC (International Cancer Genome Consortium) qui vise à séquencer le génome des tumeurs de plusieurs milliers de patients afin de comprendre, pour cinquante cancers différents, le rôle des altérations génétiques dans leur développement.

Ce programme, lancé en 2008, regroupe 14 pays afin d'établir une description complète des altérations génomiques, transcriptomiques et épigénomiques d'une cinquantaine de types et/ou sous-types de qui revêtent une importance clinique et sociétal dans le monde.

La participation française, coordonnée par l'institut national du cancer (INCa) et l'Inserm, porte sur au moins cinq types de tumeur, les projets sont en cours pour 4 d'entre eux : les cancers du sein (sous-type HER2+), les cancers de la prostate de haut grade, le sarcome d'Ewing et le cancer du foie (formes liées à l'alcool). Tout récemment, une équipe de l'Inserm a montré pour la première fois que quatre gènes, n'ayant jamais été décrits dans les tumeurs hépatiques jusque là, étaient fréquemment altérés dans les tumeurs du foie et contribuaient à la naissance de la tumeur (2).

Au total dans le monde, près de 25 000 génomes de cancers seront séquencés et analysés et les résultats ajoutés à une base de données accessible aux chercheurs du monde entier. [Le catalogue des altérations génomiques spécifiques de chaque type de cancer](#) permettra le développement de recherches sur les mécanismes de la cancérogénèse conduisant à de nouvelles stratégies de prévention, de diagnostic et de traitement.

Les biomarqueurs : Les biomarqueurs sont des molécules ou des protéines surexprimées ou anormalement absentes dans certains types de tumeurs. Ces marqueurs peuvent être prédictifs d'une réponse positive à une thérapie ciblée ou encore de l'évolution d'une tumeur et/ou de sa sévérité. Ils permettent : d'établir un diagnostic précis, de choisir un traitement ciblé quand il est disponible, de suivre l'efficacité d'un traitement ou au contraire la résistance à une chimiothérapie, d'établir un pronostic sur l'évolution d'une tumeur, d'évaluer le risque d'apparition de métastases.

© Inserm, D. Pissaloux

Détection des anomalies chromosomiques tumorales permettant d'appliquer un traitement adapté aux patientes atteintes d'un cancer du sein. Technique d'hybridation fluorescente in situ (FISH) permettant la détection des anomalies du nombre de copies du gène HER2.

Plusieurs sont déjà connus, comme les récepteurs hormonaux ou encore le récepteur HER2 dans le cancer du sein permettant de prédire respectivement la réponse à un traitement hormonal et à la thérapie ciblée Herceptin®. Mais les chercheurs multiplient les efforts pour en caractériser de nouveaux.

Des travaux de l'Institut de cancérologie Gustave Roussy (Villejuif) ont montré par exemple qu'une protéine, ERCC1, apparaissait comme un marqueur prédictif de la résistance au cisplatine dans les cancers bronchiques non à petites cellules. Les chercheurs essayent ainsi de trouver des profils biologiques prédictifs des réponses aux chimiothérapies pour différents types de cancers, sein, prostate, colon, etc (3).

Par ailleurs, les cellules tumorales circulantes et l'ADN tumoral circulant font l'objet de multiples recherches visant à établir leur utilité pour identifier les patients à haut risque de récurrence ou pour prédire la réponse à un traitement par chimiothérapie. Une étude débutée en février 2012 à l'Institut Curie, incluant 1000 femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique au niveau national, est destinée à valider la pertinence clinique des cellules tumorales circulantes (1). Dans le même esprit, les chercheurs du Centre de lutte contre le cancer Georges-François Leclerc (Dijon) ont mis au point un protocole permettant de savoir si les [cellules](#) tumorales circulantes retrouvées chez des patients atteints de cancers du sein, du poumon ou du [côlon](#) sont porteuses des caractéristiques biologiques permettant l'administration d'une thérapie ciblée.

L'imagerie médicale améliore le diagnostic et le suivi. © Inserm, M. Depardieu

Le scanner et l'IRM sont de plus en plus performants et améliorent le diagnostic et le suivi de l'évolution des tumeurs. En outre, la TEP (tomographie par émission de positons) utilise des traceurs spécifiques qui permettent d'évaluer la dynamique d'une tumeur, son évolution, la dispersion des cellules cancéreuses dans l'organisme, etc.

Certains d'entre eux jouent un rôle pour prédire la réponse à un traitement hormonal en cas de cancer du sein ou de la prostate. Le 16 α -[18F]-fluoroestradiol-17 β (FES) par exemple est un analogue des œstrogènes. Il se fixe sur les récepteurs à œstrogènes et permet de visualiser la tumeur de la patiente et la disponibilité biologique des récepteurs in vivo afin de prédire la réponse à l'hormonothérapie.

La révolution des thérapies ciblées

Ces traitements sont différents des chimiothérapies classiques qui s'attaquent aux cellules en division, cancéreuses ou non, et provoquent ainsi des effets indésirables parfois importants. Les thérapies ciblées sont des molécules qui ciblent spécifiquement une protéine ou un mécanisme en cause dans la tumeur, comme un récepteur ou un facteur de croissance. Elles sont donc sans effet sur les cellules saines, et leurs effets secondaires sont moindres.

L'exemple le plus souvent retenu est celui de l'imatinib, utilisé pour le traitement des patients atteints de leucémie myéloïde chronique ou de leucémie aiguë lymphoblastique et dont les cellules tumorales sont porteuses d'une altération génétique particulière (translocation BCR-ABL). Ce traitement a révolutionné le traitement de la leucémie myéloïde chronique : 88 % des patients sont désormais en vie 6 ans après le diagnostic contre 20 % avant l'arrivée de cette molécule. Dans le traitement adjuvant du cancer du sein surexprimant la protéine HER2, la prescription du trastuzumab, une autre molécule ciblée, réduit de 50 % le risque de récurrence (4).

L'accès aux thérapies ciblées est une réalité

En 2011, 55 000 patients ont bénéficié d'un examen des caractéristiques moléculaires de leur tumeur afin qu'ils puissent bénéficier de thérapies ciblées. Cet examen a été effectué dans l'une des 28 plateformes de génétique disponibles en France. Mises en place en 2006 avec le soutien de l'institut national du cancer (INCa) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS), ces plateformes peuvent appartenir à des établissements de soins différents et réalisent des tests génétiques et moléculaires pour l'ensemble des patients d'une région. Leur capacité a presque triplé entre 2008 et 2011, passant de 19 139 patients bénéficiaires en 2008 à 55 043 en 2011. Ces plateformes peuvent assurer une montée en charge importante et rapide dès qu'une nouvelle thérapie ciblée arrive sur le marché. Par exemple, en 2011, plus de 20 000 patients atteints d'un cancer du poumon ont bénéficié de la recherche des mutations de l'EGFR contre seulement 2 667 en 2009. Parmi eux, 10% des patients présentent une mutation qui les rend éligibles à un traitement par gefitinib en monothérapie (5).

A ce jour, dix-sept thérapies ciblées peuvent être prescrites en France pour différents types de cancers tel que celui du sein, de l'estomac, du côlon, du poumon, les leucémies myéloïdes chroniques, les leucémies aiguës lymphoblastiques ou encore les tumeurs stromales gastro-intestinales. Les chercheurs estiment que 20 à 30 % des tumeurs solides présentent une anomalie qui permettra d'envisager un traitement avec une thérapie ciblée (4).

L'individualisation des traitements passe par les essais cliniques. © Fotolia

L'amélioration des traitements du cancer passe par les essais cliniques. Ils sont indispensables pour évaluer l'efficacité et la sécurité des nouvelles molécules, des nouveaux protocoles thérapeutiques ou modes d'administration. Avant qu'un patient ne dispose de son traitement ciblé, il sera peut être sollicité pour l'évaluation de celui-ci, compte tenu de son profil génétique et biologique.

Augmenter la participation des malades aux essais cliniques est un objectif phare du Plan cancer 2009-2013. En 2011, plus de 35 000 patients ont été inclus dans des essais en cancérologie, ce qui correspond à environ 8 % des patients soignés pour un cancer (4). Depuis avril 2007, l'INCa a mis en place sur son site [un registre des essais cliniques en cancérologie](#) qui fournit une information complète sur chaque essai. Il en recense plus de 1 400.

L'étude SAFIR 01

Conduite dans 18 centres de lutte contre le cancer, l'étude SAFIR 01 est la première étude prospective multicentrique de médecine personnalisée où le choix thérapeutique est déterminé en fonction du profil génomique de la tumeur ou de ses métastases. Les résultats préliminaires de cet essai, présentés le 1er octobre 2012 lors du congrès de l'ESMO (European Society for Medical Oncology), montrent que les profils génomiques peuvent être réalisés en pratique quotidienne, permettant d'identifier des anomalies pour lesquelles il existe une thérapie ciblée.

L'individualisation des traitements et de la prise en charge

La meilleure connaissance des caractéristiques des tumeurs et de leur évolution permet de mieux affiner les choix, les doses et les durées de traitement afin d'optimiser la réponse thérapeutique. Mais l'individualisation de la prise en charge repose également sur les aspects environnementaux et sociétaux.

La caractérisation des facteurs de risque

L'amélioration des connaissances sur les facteurs de risque de cancer s'accompagne de recommandations de plus en plus personnalisées pour chaque patient. L'objectif est de prévenir le risque d'apparition de la maladie ou de rechute, par exemple l'exposition à des substances cancérigènes dans un cadre professionnel, l'excès de consommation de certains aliments, la sédentarité, etc.

L'individualisation des parcours de soins des patients

L'INCa et la direction générale de l'offre de soins soutiennent notamment des projets d'individualisation des parcours de soins des patients atteints de cancer en France dans 35 sites (centres hospitaliers, centres de lutte contre le cancer ou encore cliniques privées), répartis dans 16 régions.

Une première phase menée en 2010-2011 a montré la satisfaction des patients face à la mise en place d'infirmiers coordonnateurs hospitaliers en lien avec le médecin traitant, mais également d'un suivi social pendant la prise en charge, notamment pour anticiper les problématiques de surveillance et de l'après-cancer (6).

Une nouvelle phase, menée en 2013, permettra de mieux cibler le parcours de soins sur les patients complexes tant au niveau médical que sur le plan psycho-social, de renforcer la coordination entre acteurs de ville et hospitaliers et de réaliser une évaluation coût-efficacité afin d'apporter des éléments objectifs de décision sur la généralisation du dispositif.

A chacun son heure et son médicament

La chronothérapie consiste à traiter les patients à certaines heures de la journée pour améliorer l'efficacité du médicament tout en réduisant sa toxicité. Les cellules suivent, comme l'organisme dans son ensemble, un rythme circadien qui modifie leur activité. En fonction de ce rythme, une cellule peut changer son métabolisme, se diviser ou mieux tolérer certaines molécules à certaines heures qu'à d'autres. Des études ont permis d'identifier, pour une dizaine de molécules, des schémas horaires optimaux d'administration. Ce concept est utilisé entre autre à l'hôpital Paul Brousse (AP-HP, Villejuif) où le Dr Francis Lévi, cancérologue et responsable de l'unité « Rythmes biologiques et cancers » à l'Inserm, l'a expérimenté sur ses patients.

Références

- (1) [La médecine personnalisée espoir de la lutte contre le cancer](#). Note de presse, Institut Curie, mars 2012
- (2) Cécile Guichard et al. Integrated analysis of somatic mutations and focal copy number changes identifies key genes and pathways in hepatocellular carcinoma. [Nature Genetics](#). 44(6):694-8. 6 mai 2012
- (3) [Biomarqueurs prédictifs et nouvelles stratégies moléculaires en thérapeutique anticancéreuse](#). Travaux de UMR 981, l'Institut Gustave Roussy.
- (4) [Les grands enjeux de la recherche en cancérologie. Recherche sur les cancers, tout s'accélère](#). ARC - Inserm - INCa, janvier 2012
- (5) Nowak F, Soria JC, Calvo F. Tumour molecular profiling for deciding therapy - the French initiative. *Nat Rev Clin Oncol*. 9(8):479-86. 10 juillet 2012
- (6) [Synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes. Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients](#). INCa, octobre 2012.

Actualités

- [Cancer : la médecine personnalisée est possible](#) (2 juin 2014)
- [Cancer colorectal : une prise de sang pour choisir le traitement](#) (14 avril 2014)
- [Médecine personnalisée : les promesses du sur-mesure - dossier du magazine Science&Santé n°14](#) (mai / juin 2013)
- [Détecter les gliomes par une analyse sanguine](#) (octobre 2012)
- [ADN tumoral circulant dans le sang : un nouveau biomarqueur du cancer](#) (juin 2012)
- [Cancer du foie : premiers résultats de séquençage à haut débit obtenus en France](#) (mai 2012)
- [CK2 : un rôle important dans la progression des tumeurs mammaires](#) (mai 2012)

Communiqués de presse

- [Des nouveaux mécanismes de résistance aux thérapies ciblées du mélanome : implication de la traduction des ARN en protéines](#) (28 juillet 2014)
- [Découverte d'une nouvelle méthode pour détecter la virulence des cancers](#) (23 mai 2013)

Pour en savoir plus

- [Les outils de la prise en charge personnalisée du cancer](#) (Le programme personnalisé de soins, fiche de détection de la fragilité sociale, programme personnalisé de l'après cancer), INCa
- [Le registre des essais cliniques de l'INCa](#)

Annexe 2 : Médecine personnalisée

La notion de « médecine personnalisée » peut avoir plusieurs sens

Une médecine basée sur un entretien plus long et personnalisé lors du dialogue médecin-patient (fréquent dans le domaine de l'homéopathie¹ ou de la médecine chinoise par exemple), et cherchant à prodiguer un parcours personnalisé pour un traitement plus adapté à chaque patient (rééducation, médication, chimiothérapie, radiothérapie, etc.²;

Une médecine utilisant des moyens de modélisation individuelle³ et/ou des moyens de [prévention](#) personnalisés (avec par exemple l'utilisation de [dosimètres](#) individuels dans le domaine du nucléaire⁴);

une [médecine](#) construite sur une caractérisation fine du patient notamment basée sur une [analyse moléculaire](#) et les signatures génétiques⁵ afin d'être plus [prédictive](#)⁶ d'optimiser les chances de guérison, d'efficacité des médicaments ([pharmacogénétique](#)⁷) et d'améliorer la gestion de la maladie en identifiant mieux les prédispositions à une maladie d'un patient, aux éventuels effets secondaires d'un traitement, etc.⁸. Dans ce cas, elle se veut aussi être une médecine de précision⁹. C'est de la [médecine stratifiée](#).

Une médecine également capable de prendre en compte les caractéristiques et effets du « [gnotobiotique](#) » et en particulier du [microbiote cutané humain](#), du [microbiote vaginal humain](#) et surtout du [microbiote intestinal](#) ainsi que leurs composantes génétiques¹⁰. Grâce à la médecine translationnelle, et à un accès à des [bases de données open-source](#), le [séquençage génomique](#) tend à passer dans la pratique quotidienne d'un nombre croissant de praticiens¹¹.

Cette médecine se veut capable de donner des conseils plus personnalisés concernant les activités sportives et physiques¹² ou l'alimentation ([nutrigénomique](#)¹³, etc.).

Elle pourrait aussi utiliser l'[informatique ubiquitaire](#) et des systèmes spécialisés de capture électronique de données d'intérêt médical pour un suivi constant ou épisodique de certains patients¹⁴

Limites et enjeux éthiques

Comme on l'a fait autrefois à propos des antibiotiques, cette médecine est parfois présentée comme permettant de mettre fin à la plupart des maladies [15](#).

D'autres estiment qu'il existe des risques que cette médecine du futur [16](#) qui pourra à la fois s'appuyer sur les développements de l'[informatique médicale](#) et du « triptyque [Biologie systémique](#), [biologie de synthèse](#) et [nanobiotechnologies](#) » [17](#) puisse dériver vers letout génétique (au détriment de l'[épigénétique](#) et des composante sociopsychologiques de la santé) ou vers une médecine outrepassant les limites éthiques et bioéthiques fixées par la société, dans le domaine des neurosciences et de la psychiatrie notamment [18](#)

Dans le monde[[modifier](#) | [modifier le code](#)]

Les pays scandinaves et le Canada (avec l'[Université de la Colombie-Britannique](#)¹⁹) ont récemment construit des « *Population Data Centers* » reliés aux systèmes d'information médico-sociaux existants, mis à disposition (à certaines conditions) des acteurs de la santé publique et de la recherche.

En France[[modifier](#) | [modifier le code](#)]

Ce sujet est depuis longtemps évoqué dans ce pays qui dispose d'importantes bases de données médico-sociales et économiques centralisées, presque exhaustive et permanente couvrant des domaines stratégiques tels que le recours aux soins, l'hospitalisation, les prestations, les situation professionnelle et sociale [20](#)... Mais avec les progrès faits dans les domaines des cellules souches, de la neurologie, des greffes ou de la génomique, de l'analyse ADN, il met en jeu des risques et enjeux éthiques et moraux nouveaux.

La [Commission des affaires sociales](#) de l'Assemblée nationale a pour cette raison saisi l'[Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques](#) (OPECST) d'une demande d'étude sur les enjeux scientifiques, technologiques, éthiques et juridiques de la médecine personnalisée [21](#). Ce rapport suggère de lancer une réflexion « sur les moyens de concilier d'une part, l'indispensable partage scientifique des données à partir de larges tailles d'échantillons permettant des méta-analyses et d'autre part, le respect de la confidentialité et de la sécurité de l'accès aux données [...] des personnes », en espérant que « l'individu participe à la collectivité en mettant ses données au service de l'analyse globale et qu'avec beaucoup de chances il lui revienne quelque chose ».

Notes et références

[↑] Quemoun, A. C., & Wittner, L. (2004). *Homéopathie: guide pratique*. le Grand livre du mois.

[↑] Hans S., Scotte F., Hoffman C., Pelicier N., Ménard M., Badoual C. & Brasnu D. (2014). Expérimentation du parcours personnalisé des patients atteints d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures. *Bulletin du Cancer*, 101(10), 910-915.

[↑] COSSON, M., RUBOD, C., VALLET, A., WITZ, J. F., & BRIEU, M. (2011). Modélisation biomécanique des mobilités des organes pelviens: vers une médecine personnalisée. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 195(8), 1869-1883

Chiavassa, S. (2005). Développement d'un outil dosimétrique personnalisé pour la radioprotection en contamination interne et la radiothérapie vectorisée en médecine nucléaire (Doctoral dissertation, Toulouse 3).

[↑] Sansregret, L., & Nepveu, A. (2011). *La médecine personnalisée grâce aux signatures d'expression génique: l'exemple du cancer du sein*

Mathieu T., Bermont L., Boyer J. C., Versuyft C., Evrard A., Cuvelier I. & Peoc'h, K. (2012). Champs lexicaux de la médecine prédictive et personnalisée. In *Annales de Biologie Clinique* (novembre 2012, Vol. 70, no 6, p. 651-658).

Allorge, D., & Lorient, M. A. (2004). La pharmacogénétique ou la promesse d'une médecine personnalisée: variations du métabolisme et du transport des médicaments. In *Annales de Biologie Clinique* (Vol. 62, No. 5, p. 499-511).

- [↑] CEPMED () [Rapport annuel 2009-2010](#) Centre d'excellence en médecine personnalisée
- [↑] CLAEYS, A., & VIALATTE, J. S. (2014). Les progrès de la génétique, vers une médecine de précision. Les enjeux scientifiques, technologiques, sociaux et éthiques de la médecine personnalisée [Internet], 444. (<http://www.jeansebastienvialatte.com/presse/TrombinoscopeNovembre2014Claeys-Vialatte.pdf> [↑]
- Blasco-Baque, V., Serino, M., & Burcelin, R. (2013, January). La thérapie métabolique à l'interface entre l'homme et le microbiote intestinal. In *Annales Pharmaceutiques Françaises* (Vol. 71, No. 1, p. 34-41). Elsevier Masson
- [↑] Nau, J. Y. (2010). Séquençage génomique en pratique quotidienne ?. *Revue médicale suisse*, 6(249), 1038-1039.
- [↑] Bréchat, P. H., Lonsdorfer, J., & Vogel, T. (2007). *Pour une promotion de la santé par des activités physiques et sportives, sûre, personnalisée et accessible pour tous*. *La Presse Médicale*, 36(3), 379-380.
- [↑] Junien, C. (2008). *Une science émergente: la nutriginétique*
- [↑] Achkar C., Molina J., Haentjens Y., Leborgne A., Alquié G., Sou G. & Audet M. (2011). *Capture électronique des données pour le suivi médical personnalisé (CapElecMed)*. *IRBM*, 32(2), 113-117.
- [↑] Martin, J. (2013). *La fin de la maladie (?) par la médecine personnalisée* (recension d'un ouvrage de David B. Agus). *Bull Méd Suisses*, 94(21), 806-8
- [↑] Villedieu, Y. (2013, May). La société est-elle prête pour la médecine du futur?. In Document présenté au: Colloque annuel du Collège des médecins du Québec.
- [↑] Haiech, J., & Galli, T. (2010). Biologie systémique, biologie synthétique et nanobiotechnologies: le triptyque du XXI^e siècle. *M/S-Medecine Sciences*, 25(6), 576.

11. ↑ Evers, K. (2009). Personalized medicine in psychiatry: ethical challenges and opportunities [archive]. Dialogues in clinical neuroscience, 11(4), 427
12. ↑ Haut Conseil de la santé publique : Rapport Pour une meilleure utilisation des bases de données nationales pour la santé publique et la recherche
13. ↑ Rapport intermédiaire de l'OPECST sur les enjeux scientifiques, technologiques, sociaux et éthiques de la médecine personnalisée (22 janvier 2014) et rapport final : Les progrès de la génétique, vers une médecine de précision ? Les enjeux scientifiques, technologiques, sociaux et éthiques de la médecine personnalisée

11. Méditation pleine conscience et Psychosomatique Intégrative

Conférence du 18 novembre 2017

La méditation pleine conscience occupe une place très importante à l'échelle mondiale, et il était important de réfléchir à cette technique d'un point de vue religieux, culturel et du point de vue de la psychosomatique intégrative.

Le Dalaï Lama en 1991

- L'esprit peut-il guérir le corps ?
Comment le cerveau, le système immunitaire et les émotions sont-ils reliés ?
En quoi les émotions sont-elles associées au bien-être et à son amélioration ?
Qu'est-ce que la fonction de l'attention dans un contexte médical ?
Y-a-t-il un fondement biologique à la morale ?
En quoi la mort peut-elle nous aider à comprendre la nature de l'esprit ?
- L'été 1991, dix spécialistes occidentaux représentant un large éventail de disciplines, se sont réunis autour du Dalaï Lama dans sa salle de réunion privée à Dharamsala, en Inde, pour débattre de ces questions qui furent au centre de la troisième conférence "Esprit et Vie". Ce livre rassemble les exposés et les dialogues qui ont eu lieu au cours de cette réunion.
- **Participants:** Daniel Brown, Richard Davidson, Sharon Salzberg, Daniel Goleman, Jon Kabat-Zinn, Clifford Saron, Francisco Varela, Lee Yearley
- **L'étude scientifique de la Méditation**
- **La méditation, autrefois associée à des traditions spirituelles ou religieuses, est maintenant étudiée scientifiquement. il en ressort que la pratique régulière de cette discipline entraîne des effets bénéfiques sur la santé mentale et physique.**
- **Christophe André : La méditation diminue le stress, la douleur, et améliore les défenses immunitaires de l'organisme.**
- L'exercice de la Méditation

- certain nombre de variables corporelles, sensorielles La méditation est une démarche dans laquelle on tourne son

attention vers un et mentales. Ce mouvement de l'esprit est volontaire : même si des états proches de l'état méditatif naissent parfois spontanément en nous (devant un feu de bois ou les vagues de l'océan), ce que l'on nomme méditation relève d'exercices délibérés, prolongés et répétés, représentant un entraînement de l'esprit

•

- **Le rôle de l'attention**

Méditer consiste à prendre du recul, à se plonger dans le calme et le silence, et à prêter attention, sans y réagir, à ses sensations et ses pensées ; cette pratique améliore la santé. elle permet de lutter contre le stress, la douleur, la dépression, l'anxiété, des maladies auto-immunes...

La méditation module l'expression de certains gènes, ce qui confirme les liens entre le fonctionnement de l'organisme et le psychisme.

•

- **Les trois niveaux de méditation**
- **La méditation du premier type, dite par attention focalisée, vise à apprivoiser et à centrer l'esprit sur le moment présent, tout en développant la vigilance.**
-
- **Celle du deuxième type, qu'on appelle méditation de pleine conscience ou de surveillance ouverte (parfois aussi conscience non réactive), cultive une conscience plus neutre des émotions, des pensées et des sensations, pour éviter qu'elles ne deviennent incontrôlables et créent une détresse mentale. Dans cette pratique, le méditant demeure attentif à ses ressentis, sans se concentrer sur quelque chose en particulier.**
-
- **Enfin, un autre type de méditation développe la compassion et l'altruisme envers les autres, tout en réduisant la tendance à rester centré sur soi-même.**
- **Méditer de Jon Kabat Zinn**
- **La pleine conscience est la conscience sans jugement de chaque instant, que l'on cultive en prêtant attention.**

- La méditation consiste réellement à prêter attention, et le seul moyen de prêter attention, c'est à travers nos sens, tous nos sens, y compris l'esprit. Notons ici la réduction de l'esprit à un appareil sensoriel.

Notre expérience est vaste et inclut notre corps, notre esprit, notre cœur et le monde entier. Dans les langues asiatiques le même terme désigne la conscience et le cœur.

- **On appelle la pleine conscience, le cœur de la méditation bouddhiste. La pleine conscience est liée à la nature de l'esprit humain plus qu'à une idéologie, une croyance ou une culture**
- **La pleine conscience et l'esprit**
- La pleine conscience est le passe-partout infallible pour connaître l'esprit, et donc le point de départ, l'outil parfait pour former l'esprit...
- enfin la manifestation sublime de la liberté accomplie de l'esprit et donc le point culminant. « Pas mal pour quelque chose qui se résume fondamentalement à prêter attention ».
- Oui, mais quel esprit ? Qu'entendez-vous par esprit ?
- La meilleure façon de prendre soin du futur et de prendre soin du présent maintenant.
- **La méditation n'est pas une technique**
- La méditation est une façon d'être, non une technique. Le but de la méditation n'est pas de tenter d'accéder à un ailleurs, mais de permettre d'être exactement là où l'on est, tel que l'on est et de permettre au monde d'être exactement tel qu'il est à cet instant même.
- Question : problème de la perception ? Est-ce que tous les êtres humains perçoivent le même monde ? En s'asseyant et en restant simplement immobile, on peut se changer et changer le monde. En fait, qui s'assied et reste immobile, d'une manière modeste mais non négligeable a déjà atteint cet objectif.
- Question : encore une fois un problème de perception, se changer et changer le monde en restant assis !
- Mais où est passé l'Inconscient ?
- Rien n'est censé se produire : en renonçant à tenter de faire se produire quelque chose de particulier, peut-être nous rendrons nous compte que quelque chose de très particulier se produit déjà, et se produit en permanence, à savoir notre vie qui émerge en chaque instant dans la conscience.

- Question : qu'est-ce qui émerge dans la conscience à chaque instant ? Que fait-on de l'émergence de l'inconscient dans la conscience ?
- Les contractions de l'esprit et du corps
- **Chaque fois que nous sommes la proie d'un désir, d'une émotion, d'une impulsion non examinée, d'une idée ou d'une opinion, par notre façon de réagir nous nous emprisonnant nous-mêmes instantanément, de manière tout à fait concrète – qu'il s'agisse d'une habitude de repli ou de distanciation, comme dans la dépression et la tristesse, ou d'une explosion, voire d'un kidnapping émotionnel quand nous tombons tête la première dans l'anxiété ou la colère. Ces épisodes sont toujours accompagnés d'une contraction dans l'esprit comme dans le corps.**
- **Question : que comprenez-vous aux conflits entre le désir de la pulsion et le Moi des êtres humains ? Comment gérer ces conflits ? Il n'y a aucune réponse donnée par la technique de la pleine conscience. La technique de la pleine conscience ignore tout de l'élaboration mentale.**
- Quelles sont les Vérités du Bouddhisme ?
- Les Quatre Nobles Vérités sur lesquelles est basé le Bouddhisme sont:
- **Le monde est souffrance. La cause de la souffrance est le désir. La cessation de la souffrance est la cessation du désir. La cessation du désir est réalisée en pratiquant le Noble Chemin aux Huit Tournants: le discours juste, l'action juste, le gagne-pain juste etc.**
- Le but du Bouddhisme est d'échapper à la roue de la naissance et de la mort. Puisque le suicide mène seulement à la réincarnation, la seule voie pertinente d'échapper à ce monde est d'atteindre le nirvana, un état transcendantal de conscience qui tient lieu de porte de sortie de la roue naissance-mort.
- Après zazen qu'y-a-t-il ?
- **A la sortie du dojo : le pratiquant zen en dehors du dojo n'a pas de règles à suivre et à respecter : « Après zazen, oubliez zazen. » Simple-ment zazen influence inconsciemment la vie quotidienne et développe la concentration sur chaque action et chaque geste de la vie. Hormis les dix *kai* qui sont seulement des indications, il n'y a pas de commandement particulier.**
- **Donc l'être humain après la méditation pleine conscience ne modifie pas son attitude morale ni sa relation aux autres : il reste le Même. En Psychanalyse, la connaissance de l'Inconscient, l'assouplissement du Surmoi, le renforcement des capacités du Moi, et la résolution de la**

problématique œdipienne permet d'importants changements dans la vie des êtres humains. L'être n'est plus le Même.

- **Les dix Kai**
- KAI - Les préceptes, par shakhyam le Ven
- Lors de mon ordination je me suis engagé à respecter les dix préceptes (KAI) qui après la prise de refuge constitue l'essence même du bouddhisme zen.
- - Ne pas tuer - Ne pas voler - Ne pas convoiter - Ne pas mentir
- - Ne pas s'intoxiquer - Ne pas critiquer - Ne pas s'admirer - Ne pas être avare
- - Ne pas se mettre en colère
- **C'est ce qu'on appelle dans la Bible les lois Noachiques (de Noah), ce qui me permet d'introduire une approche monothéiste pour la comparer à l'approche bouddhiste.**
- La liberté dans le Bouddhisme et la liberté dans une religion monothéiste
- Zazen et la tradition juive proclament le libre arbitre de l'homme. Mais que faire de cette liberté ? D'un côté, des règles et des commandements à suivre pour illuminer sa vie et s'améliorer en combattant ses mauvais penchants.
- D'un autre, une pratique unique avec le corps pour s'harmoniser avec la vie, le cosmos et créer une sagesse car il n'y a pas de véritable changement qui ne soit compris par la plus petite des cellules de son corps !!!!
- Pour élargir l'approche par la méditation, je prendrai l'exemple d'une religion monothéiste, le judaïsme, aux sources des valeurs spirituelles de l'Occident ; le christianisme et l'islam ont aussi depuis toujours eu une pratique de méditation.
- **Au contraire, le judaïsme est une voie d'engagement total par rapport au monde, dans la présence au monde.**
- Les 613 commandements de la Thora servent de "mode d'emploi" pour savoir comment utiliser chaque partie de notre corps et chaque élément du monde physique en vue d'une action sacrée. **Même un commandement "émotif" ou "mental" tel que "Aime ton prochain comme toi-même" a des conditions spécifiques physiques, à savoir : s'inquiéter du bien-être physique de son voisin, l'honorer, parler du bien de lui etc...**
- **Le but du judaïsme est d'élever ce monde, et, ce faisant, se perfectionner soi-même dans le présent. On ne peut pas méditer autrement.**

-
- Revenons à présent sur la nouvelle philosophie du Monde Occidental :
Tout tout de suite !!!
- Le monde occidental est à l'heure actuelle dominé par l'objectif de l'efficacité et de son obtention sur le mode le plus rapide possible.
- La méditation pleine conscience remplit parfaitement ces deux objectifs en satisfaisant des dizaines de milliers de personnes souffrant de stress.
- Ces personnes ont-elles pour autant résolu leurs problèmes de vie ?
- L'immédiateté des résultats satisfait profondément le narcissisme de nos sociétés d'autant plus que les médecins et les biologistes contribuent à apporter des résultats significatifs aux retombées de cette technique inspirée du bouddhisme.
- La question est : doit-on en rester là ? Que fait-on du désir auquel le bouddhisme demande d'y mettre une fin ! Bouddhisme et Désir sont incompatibles.
- **Le retour de l'INCONSCIENT**
- Les valeurs de l'Occident acceptent le désir humain mais le réprime plus ou moins fortement comme nous le montre l'histoire des deux derniers millénaires.
- Mais aujourd'hui et depuis plus d'un siècle maintenant nous avons la découverte de l'inconscient et de la métapsychologie du fonctionnement psychique.
- Il n'existe pas dans la médecine traditionnelle chinoise de connaissances concernant l'inconscient ni le fonctionnement psychique de même qu'il n'existe pas la connaissance de l'énergie libidinale investissant le corps humain. Ce sont ces connaissances qui différencient et qui pourraient différencier l'approche des méditations spirituelles des trois religions monothéistes ainsi que l'approche des techniques de relaxation, de la prière, de la méthode Vittoz et des techniques thérapeutiques inspirées de la psychanalyse dont la thérapie psychosomatique, qui, comme on le sait, ont les mêmes effets sur le système immunitaire, le système cardiaque, l'anxiété, la dépression, la douleur, et les perceptions sensorielles et motrices que la technique de la méditation pleine conscience.
- Le succès de la Méditation pleine conscience

- En conclusion : un immense succès thérapeutique et commercial de la méditation pleine conscience adoptée par de très nombreux thérapeutes, médecins et depuis deux ans certaines facultés de médecine qui envisagent de l'intégrer dans le cursus médical !
- On peut dire que le dalaï-lama a bien réussi...
- il est important de renforcer les valeurs spirituelles et scientifiques (je veux parler de la psychanalyse et de la psychosomatique) qui offrent des voies permettant aux êtres humains de pouvoir mieux vivre leurs vies. N'oublions jamais qu'il existe en Occident des techniques ayant les mêmes effets thérapeutiques que la méditation pleine conscience.
- Le Retour du Désir
- Les techniques inspirées de la psychanalyse et de la psychosomatique permettent d'agrandir le champ de la perception et de la conscience des êtres humains en mettant en relation inconscient et conscience : « Wo Es war soll Ich werden ». L'ignorance de l'inconscient et de son fonctionnement par le bouddhisme a pour résultats de maintenir les êtres humains dans un éternel présent les privant de comprendre la nature profonde de leurs désirs et la perception de leur « être au monde ».
- Les êtres humains ne peuvent ignorer le CORPS DESIRANT.
- Je peux conclure sur la constatation que la Méditation pleine conscience est une technique que nous appelons en Psychosomatique procédé auto-calmand ; cette technique ne modifie en aucune façon le fonctionnement psychique, elle calme.....

12. Qu'est-ce que la Psychosomatique Intégrative

Conférence du 24 mars 2018

La Psychosomatique Intégrative : L'être humain est une Unité Psychosomatique

La psychosomatique Intégrative est une discipline dont l'objectif est d'étudier les interrelations entre un Modèle de fonctionnement psychique des patients somatiques, la Médecine et les Neurosciences : mieux soigner les patients, et contribuer à une meilleure observance des traitements grâce aux Thérapies Psychosomatiques complémentaires des traitements médicaux.

La démarche scientifique entreprise de 1993 à 2017

1. Les limites épistémologiques de l'approche psychanalytiques de Pierre Marty fondateur de l'Ecole de Paris pour expliquer les somatisations
2. Description scientifique de l'Unité Psychosomatique en lieu en place du clivage d'Anaxagore; « l'être humain est une unité psychosomatique » (JBS).

Les 5 systèmes de l'unité psychosomatique

La théorie des cinq systèmes : Le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire, et, le système génétique et protéomique

Ces 5 systèmes sont inter-reliés les uns aux autres dans l'unité psychosomatique.

Une nouvelle approche des somatisations

3. Nouvelle approche des processus de somatisations : transmissions des excitations au niveau du SNC; les 4 circuits neuronaux.

4 Fonder scientifiquement la nouvelle discipline : la théorie des systèmes de Ludwig von Bertalanffy

Validation et pertinence du modèle proposé par des études épidémiologiques

5. Une méthode d'évaluation du risque psychosomatique permettant d'établir un diagnostic psychosomatique, une stratégie thérapeutique et de faciliter des études épidémiologiques combinant variables qualitatives et variables quantitatives.

Exemples d'études entreprises dès 1993.

1ère partie: Les limites épistémologiques du modèle psychanalytique de P. Marty

L'appareil psychique a pour rôle d'élaborer les excitations sensorielles et motrices quotidiennes. Il joue un rôle de système de défense protecteur parallèlement au système immunitaire.

Il interrelie Comportements, Émotions, Pensées (représentations de mots et représentations de choses).

Les débordements de l'appareil psychique, sa sidération ou ses insuffisances de fonctionnement doivent faire l'objet d'examen clinique pour comprendre les processus de somatisations.

La limite épistémologique de la théorie de l'IPSO

Pour P. Marty et les membres de l'École de Paris, le quantum d'excitations causant les somatisations « s'écoulait » au niveau des fonctions somatiques

Par quels moyens ? Quelles étaient les voies d'écoulement ? Aucune réponse

Nous ne pouvons pas tout expliquer en ne considérant que le système psychique ; nécessité de la Médecine pour expliquer les maladies du corps. Les limites du modèle de la Psychanalyse génitale œdipienne.

La médecine, et l'investigation psychosomatique des patients du GHU La Pitié-Salpêtrière.

Création d'une consultation de psychosomatique au GHU La Pitié-Salpêtrière de 1993 à 2015

Investigation d'environ 4500 patients

Dialogue avec les médecins des services et nécessité de connaître les pathologies. Importance de la Médecine et du CORPS REEL.

Un nouveau modèle Métapsychologique (référence à S.Ferenczi, M.Klein, R.A. Spitz, Winnicott, Bion, Stern, Dolto, ...)

La Psychosomatique Intégrative dans sa dimension psychique étudie les fonctionnements, dysfonctionnements et insuffisances de fonctionnement de l'appareil psychique.

Nouveau modèle métapsychologique : Comment se constitue le système psychique dans ses dimensions archaïques et prégénitales. Les points de fixation psychosomatiques et le diagnostic. Elaboration d'un modèle « Métapsychosomatique »

Dé liaisons des représentations, des émotions et des comportements suite à des traumatismes

En cas de court-circuit de l'appareil psychique provoqué par un traumatisme, nous sommes en présence des phénomènes suivants :

1. déliaison des représentations mentales et des émotions, avec libération d'un potentiel d'énergie considérable
2. atteinte des systèmes somatiques
3. Après un temps de latence, survenue de maladies somatiques.

Les premiers pas pour interrelier esprit et corps

Dans sa dimension médicale la méthode psychosomatique doit établir la chronique des événements de vie et des troubles somatiques, en évaluant les temps de latence. Ne pas s'interroger uniquement sur les antécédents ; la vie et le vécu des patients. Connaître les patients et pas uniquement leurs maladies.

Les deux chroniques doivent être mises en relation. Cf. méthode d'examen clinique J.B.Stora 5ème partie.

Multi-causalité

Référence à la multi-causalité comme facteur explicatif des processus de somatisations ; lorsque la dimension psychique est fortement présente, on a tendance (à tort) de parler de psychogenèse de la maladie.

Que la maladie commence au niveau neuronal, fonctionnel ou organique, l'appareil psychique est toujours plus ou moins sollicité et en interrelation avec l'ensemble de l'unité psychosomatique y compris lorsque l'on pense que ce « n'est qu'organique ».

Contribution du système psychique aux maladies

La part de la contribution de l'appareil psychique aux maladies somatiques varie considérablement selon la composante génétique, l'histoire personnelle individuelle, l'histoire des différentes maladies, et les différentes situations familiales et professionnelles auxquelles l'individu est confronté (importance de l'environnement).

Dans toute maladie, il existe une dimension organique, neuronale et psychique

Quel est le rôle joué par la maladie dans l'équilibre psychosomatique du patient ?

Bref Retour dans le passé :

Les maladies dites psychosomatiques Franz Alexander Institut de Chicago, le père de la Médecine Psychosomatique américaine dans les années 30 du XX^e siècle

Les réponses viscérales chroniques aboutissent à des troubles des fonctions viscérales et Alexander distingue sept maladies psychosomatiques:

L'asthme bronchique, l'arthrite rhumatoïdale, la colite ulcéreuse (RCH), l'hypertension essentielle, la névrodermite, la thyroïdite (maladie de Basedow ou de Graves, hormone thyroïdienne), l'ulcère gastrique et duodénal.

Le modèle d'Alexander s'inscrit encore dans une croyance scientifique aux maladies dites psychosomatiques. Nous en sommes très loin au XXI^e siècle.

Les hypothèses de la Psychosomatique Intégrative

L'être humain est une unité psychosomatique (J.B.Stora, 1999) ; nous laissons de côté la vieille dichotomie philosophique d'Anaxagore clivant le corps et l'esprit.

Il n'y a pas de maladies dites psychosomatiques, toutes les maladies sont psychosomatiques

L'appareil psychique participe à l'homéostasie de l'unité psychosomatique

L'examen clinique psychosomatique doit établir un diagnostic dont découle la thérapeutique qu'elle propose de façon complémentaire aux traitements médicaux.

Hypothèses de la Psychosomatique Intégrative: la théorie des 5 systèmes, un système de systèmes

5 systèmes gèrent le quantum d'excitations :

Le système psychique

Le système nerveux central

Le système nerveux autonome

Le système immunitaire.

Le système génétique et protéomique

Ces 5 systèmes sont interreliés les uns aux autres.

2ème Partie : Dimensions neuronales et biologiques

Les excitations non traitées par le système psychique sidéré par les traumatismes ou court-circuité se transmettent au niveau du SNC: les 4 circuits découverts par Jaak Panksepp

Dimension biologique: activation de l'axe hypothalamique-hypophysé-surrénalien (Hans Selye)

Les 4 sous-systèmes neuronaux

En neurosciences on distingue quatre sous-systèmes fondamentaux de commande neuronale des émotions : le système exploratoire, le système de réaction de rage et de colère suite à une agression, le système de réaction de peur et enfin le système de séparation-détresse ou système panique plus spécialement lié au sentiment de perte et de tristesse.

Mon hypothèse est que le quantum d'excitations, selon la nature de l'agressivité ou de la perte d'objet, se transmet à l'un des quatre sous-systèmes qui interprètent ces excitations comme une menace déclenchant les mécanismes génétiques de survie. (cf. « La Neuropsychanalyse », MJW-Fédérations)

L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien

L'appareil psychique est très long à se mettre en œuvre, selon notre expérience clinique, il nécessite en moyenne de 24 à 48 heures pour commencer un travail d'élaboration satisfaisant. Que se passe-t-il dans ce délai est une question que nous devons nous poser ?

Pendant ce temps de réaction, les excitations sont transmises au niveau du système nerveux central, plus spécifiquement à l'axe hypothalamique-hypophyso-surrénalien qui interprète en fonction de sa programmation génétique les excitations en termes de comportements de lutte ou de fuite. Cf les 4 sous-systèmes neuronaux.

Les circuits biologiques

Dr. Hans Selye

Le Dr Hans Selye a développé un modèle de réponses somatiques et psychiques aux stimuli du quotidien. Médecin et endocrinologue. Il a mis en relation des événements de vie déclenchant des réponses psychiques d'adaptation (angoisse, dépression, troubles du comportement et de la cognition, baisse de la vigilance, troubles de l'attention et de la mémoire...) et des réponses somatiques par l'intermédiaire de plusieurs axes neuronaux (production de neuro-hormones) : l'axe adrénargique, l'axe ante-hypophyse-ACTH ou adrénocorticotrophine-gluco-corticoïdes et l'hormone somatotrope (STH)-minéralo-corticoïdes.

Stress majeur et mécanismes somatiques

En cas de court-circuit de l'appareil psychique, provoqué par un traumatisme, nous sommes en présence des phénomènes suivants :

1. déliaison des représentations mentales et des émotions, avec libération d'un potentiel d'énergie considérable

Mémorisation neuronale du traumatisme

2. mémorisation du traumatisme au niveau du cortex préfrontal, de l'amygdale et de l'hippocampe qui internalisent la source du traumatisme.

3. Cette mémorisation fonctionne en circuit fermé en déclenchant de façon continue le ballet hormonal de l'axe hypothalamique destiné à favoriser l'adaptation à la situation.

Permanence de sécrétions et apparition de maladies somatiques

La permanence dans le temps des sécrétions hormonales perturbent les équilibres somatiques en commençant par les dérèglements des cycles ultradiens du corps:

Rythmes cardiaques, gastrites, ulcères, asthme, problèmes dermatologiques, etc. puis apparition de maladies somatiques réversibles et irréversibles.

3ème Partie Fondements scientifiques de la Psychosomatique Intégrative

La psychosomatique intégrative comprend des dimensions qualitatives : variables descriptives du fonctionnement psychique et des variables quantitatives ; biologiques et neuro-hormonales.

Il était nécessaire de se référer à une théorie scientifique pour fonder cette nouvelle discipline.

La réponse : La théorie Générale des Systèmes élaborée par Ludwig von Bertalanffy (1901-1972)

Société pour l'étude des systèmes généraux

En collaboration avec l'économiste Boulding, le physiologiste Gerard et le mathématicien Rapoport, Bertalanffy fonde, en 1954, la "Société pour l'Étude des Systèmes Généraux" dont les objectifs consistent :

"à rechercher l'isomorphisme des concepts, des lois et des modèles dans les différents domaines, et à favoriser leurs transferts d'un domaine à l'autre ;

“à encourager l'élaboration de modèles théoriques adéquats dans les domaines qui en sont dépourvus ;

“à éliminer les duplications des travaux théoriques dans différents domaines ;

“à promouvoir l'unité de la science en améliorant la communication entre les spécialistes”

La théorie générale des systèmes

Il existe des modèles, des principes et des lois qui s'appliquent aux systèmes généralisés ou leurs sous-classes, sans tenir compte de la nature des éléments les composants et de la nature des forces internes à leur fonctionnement. Il semble légitime de demander à une théorie, de proposer des principes universels s'appliquant aux systèmes en général.

De cette façon nous postulons une nouvelle discipline appelée Théorie Générale des Systèmes. Son sujet est la formulation et la déduction de ces principes qui sont valables pour « des systèmes » en général

Les Isomorphismes

Une conséquence de l'existence de propriétés générales de système est l'apparition de ressemblances structurelles ou d'isomorphismes dans des domaines différents. Il y a des correspondances dans les principes qui dirigent le comportement des entités qui sont, intrinsèquement, largement différentes. Pour prendre un exemple simple, une loi exponentielle de croissance s'applique à certaines cellules bactériennes, aux populations de bactéries, d'animaux ou des humains et aux progrès de la recherche scientifique mesurée par le nombre de publications dans la génétique ou la science en général

Isomorphismes entre systèmes biologiques et sociétés humaines

Les isomorphismes de système apparaissent aussi dans les problèmes qui sont rebelles à l'analyse quantitative, mais qui ont néanmoins de grands intérêts intrinsèques. Il y a, par exemple, isomorphisme entre des systèmes biologiques et des épiorganismes comme les communautés animales et les sociétés humaines.

Analyse qualitative et analyse quantitative

Les concepts comme ceux d'organisation, de téléologie et de différenciation sont étrangers à la physique conventionnelle. Cependant, ils surgissent partout dans les sciences biologiques, comportementales et sociales et sont, en fait, indispensables pour traiter des organismes vivants ou des groupes sociaux. Ainsi, un problème de base posé à la science moderne est une théorie générale de l'organisation. La théorie générale des systèmes est, en principe, capable de donner des définitions exactes pour de tels concepts et, dans des cas appropriés, de relier analyse qualitative et l'analyse quantitative.

4ème Partie: Recommandations Psychothérapeutiques: le rôle maternel du thérapeute psychosomaticien

Évaluation des capacités de modification des comportements et d'expression des émotions

Il est donc important lors de l'établissement du diagnostic d'évaluer l'importance et la nature des fixations archaïques, pré-génitales et génitales. Celles-ci vont déterminer la stratégie thérapeutique, et la direction de la cure.

Le rôle maternel du psychosomaticien(ne) a pour but d'aider à la reprise du processus de maturation et de réparer l'appareil psychique endommagé par les traumatismes. « Prêter son appareil à penser les pensées ».

Modification des comportements et des émotions :

« Tu choisiras la vie »

Selon mon expérience clinique dans les services d'endocrinologie et de diabétologie, les patients suivis sur le plan psychothérapeutique modifient progressivement leurs comportements, émotions et représentations mentales de la maladie.

Cela se traduit par des changements de comportement alimentaire, le suivi d'activités physiques (sport, etc.) au terme de 9 mois à deux ans. Les nouveaux comportements coexistent aux côtés des anciens.

L'encodage neuronal se faisant progressivement à partir du 9^omois. La consolidation s'effectue au terme de 4 à 5 ans. Il s'agit d'un long travail qui aboutit à des résultats.

Diagnostic et Pronostic

On doit comprendre que l'évaluation de la santé psychosomatique doit porter sur les capacités de surmonter les frustrations et les tensions quotidiennes des patients et sur l'analyse de la répression des émotions ou la dimension des affects (répression et absence, par exemple). Capacités actuelles (appréciation des dépendances orales, etc.) et capacités potentielles à développer dans le cadre de psychothérapies corporelles et psychosomatiques.

Stratégie psychothérapique psychocorporelle

C'est le diagnostic des points de fixation du processus de maturation psycho-sexuelle qui détermine les capacités de gestion des émotions et des comportements, et donc la fragilité plus ou moins grande des individus.

C'est au niveau de ces points que nous devons agir sur le plan psychothérapique pour améliorer le fonctionnement de l'unité psychosomatique.

Appareil psychique et dysfonctionnements

L'appareil psychique a pour fonction avec le S.N.C l'intégration des fonctions somatiques et psychiques tout au long du processus de maturation psycho-sexuelle et de programmation génétique qui comprend les 20 premières années de vie d'un être humain.

C'est un appareil à penser les pensées.

Son principal rôle est de gérer la quantité d'excitations endogènes somatiques et exogènes en provenance de l'environnement par le processus d'élaboration mentale (relier représentations de mots et de choses).

Appareil psychique et S.N.C

Tout au long du processus de maturation et d'intégration des fonctions somatiques et psychiques, des organisations somato-psychiques se mettent en place pour assurer une bio-régulation ainsi que l'homéostasie globale. Cf. Ch. 5 livre de Neuropsychanalyse, J.B.Stora. A la suite de traumatismes : deuil de parent proche, perte d'emploi, accident, etc., l'appareil psychique est le premier atteint en parallèle avec les fonctions somatiques ou précédant leur atteinte. « Quand le corps prend la relève » Odile Jacob, 1999

Le système psychique peut subir une sidération temporaire, fonctionner de façon irrégulière, ou révéler une insuffisance de fonctionnement ; dans ces cas nous sommes en présence d'une paralysie de la fonction de gestion des excitations mentales.

Le niveau biologique du SNC « prend la relève » et se substitue aux défaillances du système psychique.

Dysfonctionnements de l'appareil psychique

Lorsqu'un événement de nature traumatique ou dont l'intensité émotionnelle est très élevée de façon ponctuelle, il s'effectue alors au niveau de l'appareil psychique des déliaisons entre les représentations mentales, les affects et les comportements.

Si le travail psychique ne peut s'effectuer dans un délai raisonnable, le quantum d'excitations ne peut être traité au niveau de l'appareil mental, il est alors directement traité au niveau de sous-systèmes neuronaux qui vont activer les différents circuits biologiques de défense de l'organisme.

5ème partie : évaluation du risque psychosomatique et études épidémiologiques

L'examen clinique prend en considération Les 6 dimensions du fonctionnement de l'unité psychosomatique

1. les processus et mécanismes psychiques, Relation d'Objet, Narcissisme, Masochisme, Systèmes de Défense, etc
2. Les Ressources, évaluer les ressources dont disposent le patient habituellement lorsqu'il ou elle fait face aux difficultés de la vie :
3. La prévalence des comportements
4. La capacité d'expression des affects
5. Le risque Somatique, le corps, organes et fonctions
6. Le risque lié à l'environnement familial et professionnel

Cf Méthode d'évaluation du risque psychosomatique utilisée pour entreprendre une étude épidémiologique ou pour établir un diagnostic psychosomatique.

Un numéro spécial de la Revue de Psychosomatique Intégrative paraîtra prochainement ; ce numéro comprendra toutes les études épidémiologiques entreprises de 1992 à 2017.

Je vous remercie de votre attention

13 Les images du corps en Psychosomatique Intégrative Relations au corps et maladies

Conférence du 23 Juin 2018

Les images du corps en Psychosomatique Intégrative Relations au corps et maladies

Résumé : L'unité psychosomatique est pleinement achevée au terme d'un très long parcours qui peut être résumé dans les trois schémas du corps présentés dans l'article : l'homonculus, le schéma corporel médical, l'image psychique du corps. Chacun de ces schémas constitue une étape de développement comprenant soit un soit plusieurs niveaux de l'organisation du vivant. L'intégration progressive de ces trois schémas aboutit à faire apparaître in fine l'étape psychique du développement psychosexuel proposé dans la métapsychologie de Sigmund Freud ; le modèle de Freud a été reformulé par l'auteur en faisant appel aux connaissances des neurosciences et de la médecine du XXI^e siècle pour proposer le modèle « Neuropsychosomatique » paru dans l'ouvrage « La Neuropsychanalyse, dialogue et controverses ».

Mots-clés : schéma neurosensoriel, image psychique du corps, problèmes d'investissement des fonctions et des organes somatiques, pathologies psychosomatiques.

Summary: The psychosomatic unit is fully completed after a very long course that can be summarized in the three body diagrams presented in the article: the homunculus, the medical body diagram, the psychic image of the body. Each of these schemas constitutes a stage of development comprising either one or several levels of the organization of life. The gradual integration of these three schemas leads ultimately to reveal the psychic stage of psychosexual development proposed in the metapsychology of Sigmund Freud; Freud's model was reformulated by the author, using the knowledge of neuroscience and 21st century medicine to portray the "Neuropsychosomatic" model published in "Neuropsychanalysis, Dialogue and Controversy".

Key words: neurosensory schema, psychic image of the body, investment problems of somatic functions and organs, psychosomatic pathologies.

Le corps et ses images (schémas)

L'unité psychosomatique est pleinement achevée au terme d'un très long parcours qui peut être résumé dans les trois schémas du corps que je vais présenter ; chacun de ces schémas constitue une étape de développement comprenant soit un soit plusieurs niveaux de l'organisation du vivant. L'intégration progressive de ces trois schémas aboutit à faire apparaître in fine l'étape psychique du développement psychosexuel proposé dans la métapsychologie de Sigmund Freud ; j'ai reformulé ce modèle en faisant appel aux connaissances des neurosciences et de la médecine du XXI^e siècle en proposant le modèle « Neuropsychosomatique » paru dans mon ouvrage « La Neuropsychanalyse, dialogue et controverses ».

L'observation attentive des symptômes des patients doit pouvoir nous conduire à identifier à quel niveau ils se situent en comprenant que le processus d'intégration neuropsychique ne fait en aucune façon disparaître les composantes initiales de l'unité psychosomatique. S'il y a un problème au premier niveau de l'organisation sensori-

motrice, le problème doit être diagnostiqué et traité avec les méthodes appropriées de ce niveau, par exemple les techniques de rééducation combinées avec les soins médicaux de ce niveau ; **tous les problèmes rencontrés ne peuvent être traités au niveau de l'appareil psychique, comme les psychanalystes l'ont cru pendant très longtemps.** Les niveaux sensori-moteurs sont aujourd'hui abordés par de très nombreuses disciplines.

Il est important pour la psychosomatique intégrative d'appréhender l'ensemble des approches disciplinaires sous-jacentes à un processus d'intégration qui se déroule pendant les 20 premières années de vie d'un être humain. L'étape de développement de l'appareil psychique, qui se situe au plus haut niveau du vivant, ne fait en aucune façon disparaître l'existence et la manifestation de l'ensemble des fonctions neurophysiologiques et somatiques.

Une de nos collègues, le Dr. Anne Héron, de la société de psychosomatique intégrative, dans un excellent ouvrage consacré au développement de la sensorialité fœtale nous indique clairement la première démarche de constitution in utero de l'unité psychosomatique : «...la sensorialité précède la connaissance et l'action. Pour se développer harmonieusement, le fœtus humain suit le programme génétique hérité de ses parents et interagit in utero avec son environnement. Il reçoit ainsi des informations en provenance du milieu extérieur et du milieu intérieur, qui lui permettront d'être adapté à la vie qui sera la sienne après la naissance. Ces informations lui parviennent par l'intermédiaire des systèmes sensoriels spécialisés dans le traitement de signaux chimiques ou ondulatoires, qu'ils transforment en énergie électrique intégrable et interprétable par le cerveau ».

On doit comprendre qu'après la naissance et pour tous les êtres humains, le milieu parental est privilégié pour donner le départ, grâce aux apprentissages premiers, à la maîtrise progressive des fonctions sensorielles, motrices et affectives : d'abord le système tactile responsable du toucher, puis, peu de temps après, les structures chimio-sensorielles nasale (olfaction) et orale (gustation), suivies des structures auditives, et enfin plus tardivement du système visuel.

Toute défaillance du milieu parental va atteindre de façon partielle ou totale les cortex somato-sensoriels primaires dans leurs fonctionnements. Comme on pourra le constater dans le cas clinique proposé par Évelyne Renardierr, et que je commente brièvement plus loin, le système auditif a été atteint par l'interdiction inconsciente de la mère du bébé relative au nom du père qu'elle voulait cacher. Bébé, enfant illégitime, dernier-né d'une fratrie de quatre enfants. Le nom du père aurait révélé l'infidélité de sa mère. **Ce secret de famille s'est traduit par d'importants troubles auditifs, ce qui illustre les défaillances de démarrage d'une fonction sensorielle et son atteinte partielle.**

Les premiers apprentissages humains sont d'abord somato-sensoriels et ensuite moteurs. Il précède dans le temps le développement d'un appareil psychique et sont fortement dépendant de la programmation génétique, des centres neurophysiologiques du système nerveux central et du milieu parental. On peut comprendre à présent la démarche théorico-clinique des 5 systèmes de la psychosomatique intégrative qui

comprend d'abord le système génétique, puis le système nerveux central, le système immunitaire, le système autonome (sympathique et parasympathique) et le système psychique.

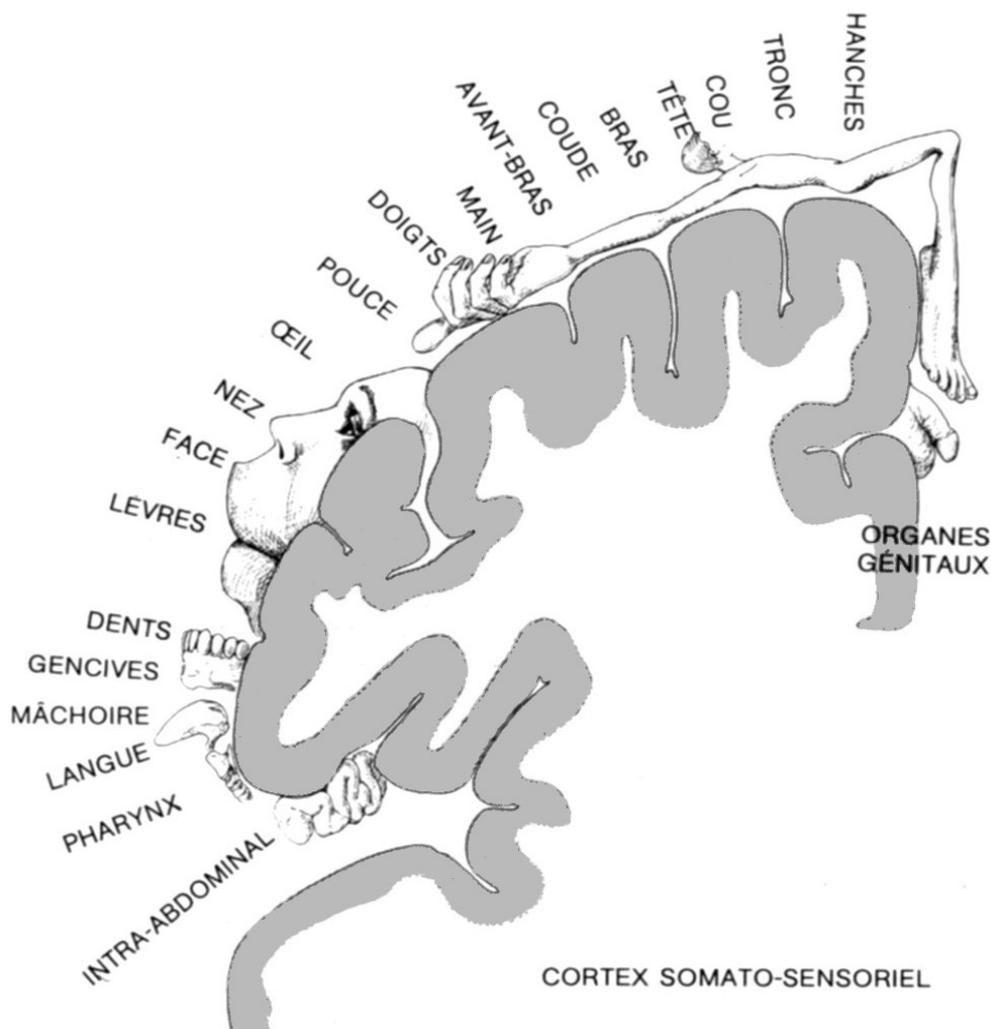
Les trois schémas du corps résument de façon synthétique le développement du corps humain et donc de l'unité psychosomatique

- 1. L'homonculus (Neurosciences et Médecine)
- 2. Le schéma corporel (Médecine)
- 3. L'image psychique du corps - l'image de soi (Métapsychologie)

I ORGANISATION FONCTIONNELLE FINE DES AIRES CORTICALES: Somatotopie dans les aires sensorielles Homonculus de Wilder Penfield

1. Le schéma de l'homuncule: Wilder Penfield *The Cerebral Cortex of Man* (1950), qui présente l'homuncule moteur et l'homuncule sensitif nous introduit aux cartes neuronales permettant au système nerveux central la gestion du corps humain. Toute atteinte organique est immédiatement encodée nécessitant une réparation : par exemple amputation d'un membre, insuffisance de fonctionnement, greffe d'un nouvel organe, etc.

- En ce qui concerne les surfaces réceptrices cutanées, chaque région corporelle occupe un territoire cortical bien délimité de la circonvolution pariétale ascendante contralatérale ou de la circonvolution post-centrale (l'aire somesthésique primaire). L'importance variable des projections de la surface corporelle est représentée par une figurine : l'homuncule. Le schéma de l'homuncule indique la position occupée par l'image sensorielle ou motrice de chaque partie du corps dans le cortex cérébral. Les difformités de cet homuncule traduisent l'absence de proportionnalité entre une surface corporelle donnée et la surface corticale correspondante. Chez l'Homme, l'importance de la surface occupée sur le cortex par la face, la main et le pouce, s'explique sans doute par la richesse de l'innervation périphérique de ces zones en relation avec leur importance fonctionnelle. **À côté d'une représentation somatotopique des surfaces cutanées, il existe une rétinotopie dans les différentes aires corticales visuelles et une représentation de la cochlée au niveau des aires auditives.**

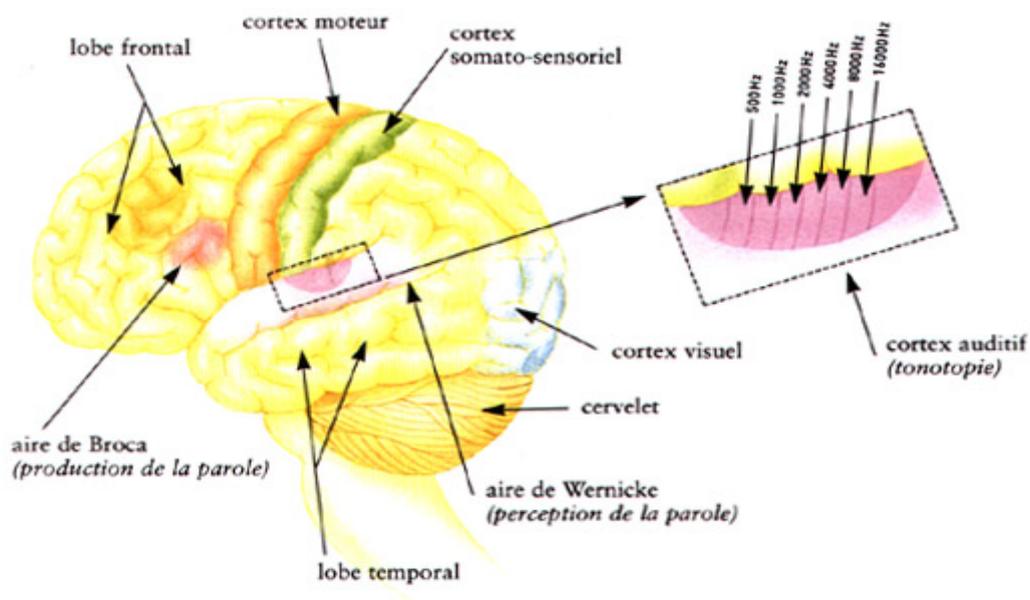


- L'homuncule moteur
- Une somatotopie motrice, très semblable à la somatotopie sensorielle, a été mise en évidence le long de la circonvolution frontale ascendante ou circonvolution précentrale (l'aire motrice primaire). L'homuncule moteur présente les mêmes difformités que l'homuncule sensoriel. Aussi, la forte représentation corticale de la face, de la main et du pouce, peut être mise en relation avec la richesse et la finesse des mouvements dont ces régions sont capables. Les caractéristiques des homoncules dépendent du fonctionnement de l'organisme. Une atteinte à l'intégrité corporelle (par exemple, une amputation, une greffe, entraîne une réorganisation de la représentation corticale du territoire lésé. Elle se traduit, le plus souvent, par une expansion compensatrice des projections des territoires adjacents. Dans mon long travail de recherche sur les greffés d'organes à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, j'ai pu constater dans les greffe cardiaques et rénales, le temps d'adaptation et de nouvelles configurations du système neuronal en vue d'intégrer le nouvel organe greffé. Le temps d'intégration moyen est selon mon expérience clinique d'environ neuf mois, le temps de configuration et d'intégration psychique est beaucoup plus long et cela peut prendre entre trois et quatre ans. Mon travail de recherche qui a duré près de cinq ans,

porte sur 200 patients des services de greffe cardiaque et de greffe rénale ; les résultats de mes recherches ont été publiés dans mon livre publié chez Odile Jacob intitulé : « la greffe d'organes, accueillir l'autre ».

Spécificité des aires auditives, instauration de la communication à distance après la phase tactile et olfactive des premiers temps de la vie ; il est très important de faire appel ici aux éminentes contributions de Brodmann au début du XXe siècle :

- Aire 41 de Brodmann, aires auditives, Lobe temporal
- Cortex auditif primaire
- La surface supérieure du lobe temporal (correspondant à l'aire 41 de Brodmann) est appelée aussi gyrus de Heschl (du nom de Richard Ladislas Heschl, un anatomiste autrichien). Elle est le siège des aires auditives primaires qui constituent le cortex auditif primaire où s'effectuent les premiers traitements des informations auditives. Ces informations viennent des relais sous-corticaux du colliculus inférieur comme le corps genouillé médial du thalamus, suivant la voie des afférences sensorielles auditives. Ce cortex auditif primaire est composé de trois sous-régions qui ont une organisation tonotopique, qui est une projection point par point reproduisant l'architecture de la cochlée qui répartit les signaux suivant la hauteur de la fréquence des ondes sonores. Ce cortex nous permet de distinguer et de mémoriser les différentes fréquences sonores (son grave ou aigu), mais aussi de connaître l'intensité du son (fort ou faible), sa durée et son timbre.
- Cortex auditif secondaire (ou aires associatives auditives)



- Autour du cortex auditif primaire, les régions qui entourent le cortex auditif primaire sont appelées : aires de la ceinture (correspondant aux aires 42 et 22 de Brodmann). Elles constituent le cortex auditif secondaire qui va permettre des traitements auditifs

de plus haut niveau. Elles vont recevoir des afférences sensorielles plus diffuses, issues de différents noyaux du thalamus. L'aire de Wernicke (du nom de Carl Wernicke, neurologue et psychiatre allemand) se situe à l'arrière du cortex auditif primaire (sur le planum temporal mais débordant en partie sur le lobe pariétal), dans le lobe temporal gauche ou hémisphère dominant. C'est le lieu de la compréhension des mots du langage, et de la catégorisation de ces mots (par exemple : mots concrets ou abstraits...). C'est aussi le lieu de la mémoire sémantique (où sont stockées les informations conceptuelles, dénominatives). Une lésion de l'aire de Wernicke provoque une aphasie du même nom qui se caractérise par une incompréhension du langage oral. Dans le lobe temporal droit, les aires de la ceinture sont impliquées dans le traitement de la musique, la prosodie du langage, la tonalité, la reconnaissance de la voix. Mais les fonctions du lobe temporal s'étendent aussi à d'autres aspects du langage (comme la dénomination, la mémoire verbale, la lecture).

- **Aires associatives**

- Un exemple : Comment l'enveloppe auditive peut-elle être défaillante ? Les conséquences psychiques.
- Dans le cas présenté par notre collègue Évelyne Renardierr, nous sommes en présence d'en défaillance de la fonction maternelle dans les premiers mois de la vie handicapant **l'apprentissage auditif** à l'origine de troubles somato-psychiques. Trouble sensoriel neurophysiologique. Ce sont, je le rappelle, les parents qui sont responsables des apprentissages neurologiques premiers. Que s'est-il passé ?
- La mère de Paul ne veut pas que son fils illégitime entende le nom de son père, et Paul souffre progressivement de troubles auditifs (otites, etc cf. le cas exposé dans l'article d'Evelyne Renardierr), auprès d'une mère peu chaleureuse qui ne joue pas son rôle de pare-excitation et d'enveloppe contenant avec d'importantes conséquences somatiques. Paul vit à l'intérieur des défenses somatiques réactivées à chaque stress, problème familial ou professionnel. Les acouphènes survenus plus tard dans sa vie prennent la relève dans la continuité des troubles auditifs ; on doit comprendre que le trouble somatique peut jouer le rôle de défense psychosomatique ; on aboutit ainsi à la question fondamentale : de quoi nous protègent les maladies ? car la maladie peut constituer un système de défense. Les acouphènes sont là pour protéger Paul d'entendre le nom du père.
- Le système de défense somatique et psychique
- Quel est le rôle joué par le système de défense dans l'équilibre psychosomatique des patients ?
- Le thérapeute psychosomaticien se trouve d'abord confronté au symptôme somatique et psychique. Ce symptôme joue un important rôle et cela prendra du temps pour l'analyser, remonter dans le lointain passé des origines et analyser les événements traumatiques afin d'établir un nouveau fonctionnement psychosomatique. J'ai bien

souvent dans le cadre de ma consultation hospitalière conseillé à mes confrères médecins d'être très prudents et, de ne pas déclarer aux patients qu'ils vont être guéris. Dans ce cas-là, il y a souvent un déplacement d'un symptôme somatique à un autre. Le symptôme somatique joue un rôle d'équilibre interne à découvrir ; dans le cas contraire une maladie va remplacer une autre, si on prive le patient de sa « maladie ». Tant que l'on ne comprend pas le rôle joué par la maladie, le trouble somatique va perdurer.

- La découverte de l'homonculus et de son schéma m'incite, dans le cadre de cet exposé à revenir sur le système nerveux central qui comprend dans son organisation l'ensemble des schémas corporels et psychiques.
- La théorie de l'évolution nous expose le développement du système nerveux central qui comprend trois cerveaux ; un cerveau reptilien, un cerveau limbique, et un « néocortex ». Ces trois cerveaux et leur organisation constitue l'épine dorsale de l'unité psychosomatique.
- D'abord le cerveau **reptilien** qui est apparu chez les poissons il y a près de 500 millions d'années. Il s'est ensuite développé chez les amphibiens et a atteint son stade le plus avancé chez les reptiles, grosso modo il y a 250 millions d'années.
- Le cerveau reptilien est le cerveau le plus ancien et il assure les fonctions vitales de l'organisme en contrôlant la fréquence cardiaque, la respiration, la température corporelle, l'équilibre, etc. Il comprend le tronc cérébral et le cervelet ; c'est essentiellement ce qui forme le cerveau d'un reptile avec au niveau des comportements une grande fiabilité et une tendance à être plutôt rigide et compulsif !
- Ensuite, le système limbique qui est apparu chez les petits mammifères il y a environ 150 millions d'années : ce cerveau est capable de mémoriser les comportements agréables ou désagréables ; il est responsable de ce que nous appelons les émotions. Il comprend l'hippocampe, l'amygdale et l'hypothalamus. C'est le siège de nos jugements de valeur bien souvent inconscients, exerçant une grande influence sur notre comportement.
- Enfin le néocortex qui a commencé son expansion chez les primates il y a à peine 2 ou 3 millions d'années ; ce troisième cerveau comprend deux gros hémisphères chez l'être humain. Grâce à ces deux hémisphères, le langage a pu se développer, la pensée abstraite, l'imagination, et enfin la conscience. Ce néocortex a des capacités d'apprentissage très importantes, c'est ainsi que la culture a fait son apparition.

II. Le schéma corporel

- Le schéma corporel se constitue lentement en fonction de : la maturation du SNC, de l'univers dans lequel les mouvements sont effectués, de la tonalité affective de cet univers, et de la conscience du corps, c'est-à-dire de l'ensemble de la représentation motrice : mouvements, attitudes, postures. Le schéma I et le schéma II comprennent l'ensemble de la sensori-motricité, de la mémoire, des émotions et des régulations biologiques. Ces deux schémas sont des références fondamentales en Médecine.

- Nous sommes toujours dans la relation mère-enfant des origines : postures, odeurs, bercement. A 2 mois : développement du toucher puis de l'audition ; à 3 mois : la vision entre en jeu Les sensations corporelles et leur encodage : A partir de 10 mois : différence entre les différentes sensations : sensation de son corps et sensations faisant intervenir les objets. Vers 12 mois, nous assistons à un changement important : La préhension se développe, puis l'acquisition de la marche.
- L'image du corps se restructure grâce à l'expérience du miroir : à 4 mois, le bébé fixe son image : à 5 mois, il sourit à son image, à 6 mois, il se retourne quand on lui parle. Il vit une nouvelle expérience ; il n'avait que des images partielles de son corps, maintenant il est vu par autrui. En nous référant à l'approche de Didier Anzieu, nous pouvons affirmer que l'émergence du sentiment d'enveloppe (sonore, tactile, visuelle etc.) permet à l'enfant de prendre conscience de l'unité de son corps en faisant la différence entre le dedans et le dehors. Ainsi, les êtres humains sortent du narcissisme primaire pour poursuivre le développement du processus de maturation.

Nous nous référons à Henri Wallon pour insister sur l'état tonique qui est l'expression du bien-être ou du mal-être ; l'enfant s'adapte aux messages tonico-posturaux dans le portage ou maternage. L'enfant acquiert le « sentiment de corps propre » en réagissant aux variations toniques qui l'entourent. Il est important d'insister sur la fonction tonico-émotionnelle et la parole pour être autonome et se détacher de l'Objet, sinon danger de rester dans la fusion et l'indifférenciation. La genèse de l'axe corporel est un repère fondamental qui permet à l'enfant de ressentir la continuité entre les différents segments de son corps. La relation mère-enfant est à la base du développement de la tonicité ; **les caresses de la mère, échanges de regard et sourires, le nourrisson participe activement à cet échange postural, ce dialogue évolue selon le bébé et la mère. La rencontre des regards va être très importante et chargé d'affects pour la mère. Le déni perceptif de la mère quand le bébé ne la regarde pas aboutit à des défaillances dans le processus de maturation de l'unité psychosomatique.**

Le processus se poursuit par l'association de l'image mentale à la représentation kinesthésique du corps créant de ce fait la fonction symbolique.

C'est l'expérience du miroir décrite par René Arpad Spitz et Jacques Lacan qui permet l'élaboration d'une réalité, d'un imaginaire, et de la fonction symbolique. C'est la période d'intégration des expériences perceptivo-motrices ; l'unité psycho corporelle se développe en suivant les étapes du développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant. Elle s'enrichit des expériences du corps propre avant de donner naissance aux représentations que sont le schéma corporel et l'image du corps.

Nous pouvons maintenant aborder la dernière étape de construction de l'image du soi et donc de l'image du corps et de l'unité psychosomatique.

III. Du sensori-moteur à la représentation mentale du corps

Vers la construction de l'image du corps « psychisé » : j'aborde à présent le troisième schéma qui a été développé par la métapsychologie de Sigmund Freud. Les trois schémas se complètent en partant du sensorimoteur premier niveau du vivant pour atteindre le niveau psychique, dernier niveau du vivant. Cette étape n'est possible que si le milieu parental et surtout la personne qui joue le rôle maternel est, comme le dit Winnicott, : « a good enough mother ».

« On peut aider à mieux faire, les mères qui ont en elles la capacité de donner des soins suffisamment bons ; il suffit de s'occuper d'elles d'une manière qui reconnaît la nature essentielle de leur tâche. Pour les mères qui n'ont pas cela en elles, ce n'est pas en les instruisant qu'on les rendra aptes à le faire. » **D.W. Winnicott, *La théorie de la relation parents***

L'unité psychosomatique se développe en suivant les étapes du développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant. À chaque étape du développement du processus de maturation psychosexuelle, l'énergie psychique appelée libido investit l'organe et la fonction privilégiée dans le processus de développement des êtres humains.

- **Investissement libidinal de chaque étape : organes et fonctions somatiques**

Pour Françoise DOLTO dans son ouvrage « L'image inconsciente du corps est propre à chacun. Elle est liée au sujet et à son histoire. S'élaborant dès les temps premiers de l'existence, elle est la synthèse vivante de ses expériences émotionnelles. Elle se structure par la communication entre les sujets et se réfère donc à un imaginaire intersubjectif marqué d'emblée chez l'humain par la dimension symbolique. Elle est vivante, camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant par toute expression langagière, dessin, modelage etc. « L'image du corps est l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant. »

L'image du corps désirant révèle le chemin de maturation psychosexuelle parcourue par les êtres humains. Alors que le schéma corporel neurologique et sensorimoteur peut révéler un fonctionnement satisfaisant de l'unité psychosomatique, il en va différemment pour l'image du corps désirant. Si un organe et une fonction somatiques ne sont pas investis par la libido au cours du processus de maturation psychosexuelle alors cet organe et cette fonction somatiques pourront présenter des fragilités au cours de la vie des individus qui n'auront que des défenses somatiques et non pas des défenses psychosomatiques. Organes et fonctions somatiques pourront alors être l'objet de troubles spécifiques à la suite de chocs traumatiques émotionnels de la vie. Ils présenteront d'importantes des vulnérabilités. La fragilité du système psychique contribuera au cours de la vie des individus à participer aux différentes somatisations qui atteindront l'unité psychosomatique. Je donne

ci-dessous des exemples de somatisations dont on pourra lire les cas dans mes différents travaux et publications.

Du corps objet au corps du sujet ; les points de fixation, la dépendance maternelle et les atteintes du corps

- Examinons la fixation de la libido dans les étapes de maturation ; ces fixations sont profondément reliées aux événements de vie qui vont entraver le développement du processus de maturation psychosexuelle.

a) Je commencerai avec la fixation orale de la pulsion partielle, dont on peut voir d'importants exemples dans la prédominance des comportements alimentaires, se traduisant par des problèmes de surcharge pondérale et d'obésité.

De la satisfaction du besoin au plaisir irrésistible de manger ; la pulsion orale est hors de contrôle du Moi fragile des patients et des patientes. La pulsion orale semble autonome et domine leur Moi.

C'est la Mère orale qui prédomine dans les comportements alimentaires ; les carences affectives des premiers temps de la vie vont se traduire par des demandes d'affection que l'on va retrouver dans les addictions et la dépendance orale. Pour compenser l'absence maternelle, des individus vont manger en remplacement de l'amour et de l'affection première. La nourriture va se substituer à l'Objet en perturbant fortement les équilibres somatiques.

- Le patient(e) vit dans un corps étranger qui le domine; le corps est un immense réceptacle destiné à calmer les angoisses.
- Le corps est un objet étrange et étranger

b) Les troubles fonctionnels gastro-entérologiques

Le processus de maturation psychosexuelle accompagnée de l'investissement progressif par la libido des organes et des fonctions somatiques du corps peut rencontrer de nombreux obstacles : environnement social et familial, traumatisme, etc. provoquant des fixations à certain niveau de développement ayant pour conséquence l'immaturité psychique de l'être humain fixé dans des positions archaïques ou prégénitales.

Je souhaite aborder très brièvement les troubles somatiques de la phase sadique anale se révélant dans un certain nombre de pathologies : colopathie, constipation, maladies inflammatoires du colon et de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique) ; nous devons examiner avec attention les fixations de la libido du stade sadique anal composé de deux phases : la phase d'éjection et la phase de rétention qui est, comme nous le rappelle Karl Abraham, le deuxième temps du stade anal. N'oublions pas que ce deuxième temps ouvre la voie à la problématique génitale œdipienne.

Ces fixations au stade sadique anal révèlent aussi le contrôle par la mère du corps de son enfant lors de l'apprentissage de la propreté ; l'enfant n'arrive pas à maîtriser la pulsion sadique anale, propriété de la mère. L'enfant n'a plus le contrôle de son propre corps. De nombreux traumatismes, telles que la violence physique à l'égard de l'enfant peuvent provoquer des fixations avec les pathologies précitées. N'oublions pas que près de 50 % des consultations médicales sont liées aux troubles gastro-antérologiques, et que le thérapeute psychosomaticien ou psychosomaticienne, sont capables de soigner car cela fait parti de leurs formations et de leurs pratiques.

c) fixation de la libido lors de la phase de latence et de la phase génitale oedipienne.

Comme je l'ai développé dans mon ouvrage de Neuro psychanalyse, entre l'âge de six – sept ans et 12 – 13 ans, la phase dite de latence est consacrée par le corps au développement un considérable de l'hypothalamus et des futures sécrétions neuro hormonales des hormones sexuelles. Ce temps dit de latence psychique est consacré en vérité un à la maturation d'un important système hypothalamique des hormones sexuelles génitales. Au cours de cette phase, des erreurs d'éducation, une importante répression sexuelle de la société (analyser l'environnement culturel des patients et des patientes) peuvent avoir des conséquences graves sur le développement de l'hypothalamus et des hormones sexuelles. À l'adolescence vont apparaître des troubles : aménorrhée, retard de l'éjaculation, etc. Le corps n'est pas investi par la libido réprimée par l'éducation parentale et sociale. Le plaisir sexuel est fortement réprimé entravant l'investissement psychique des organes génitaux avec apparition plus tard de troubles tels que : endométriose, etc.

Comment l'adolescent(e) s'adapte-t-il ou elle à son nouveau corps sexué ? Devenir un homme adulte, devenir une femme adulte: c'est ici que nous rencontrons la problématique œdipienne ainsi que les problèmes de l'identité psychique masculine et féminine.

Devenir un homme adulte, devenir une femme adulte, peuvent être totalement entravés par les systèmes éducatifs de la famille et de la société ; ne pas investir l'image du corps sur le plan libidinal empêchera les êtres humains de devenir des adultes. Ils le seront intellectuellement et rationnellement, mais pas psychiquement. Troubles psychiques et somatiques: urogénitaux, les organes et fonctions somatiques non investis. Absence d'investissement libidinal des zones érogènes: vulvodynies, dyspareunies, endométriose, etc..

En conclusion, Le corps est notre meilleur ami ; si des organes et des fonctions du corps sont encore étrangers à l'être humain qui habitent ce corps, celui-ci est fragilisé et subi les atteintes les troubles somatiques. Nous sommes face à la crainte de l'étrangeté du corps :

La greffe d'organe: vivre avec un nouveau cœur !! Vivre avec un « corps étranger »: défibrillateur, etc. !! Le déni du corps: chacun vit de son côté ! Le corps malade et l'adaptation des patients ; Le corps handicapé, comment vivre avec un tel corps ? Les systèmes de défense et les mécanismes psychiques à l'œuvre: comment s'adapter ?

- « Il vit en amitié avec son corps, c'est tout. Son corps et son esprit ont été élevé ensemble, ils sont bons camarades. Ils n'ont pas besoin de faire connaissance à chaque surprise... Moi, chaque fois qu'il m'arrive quelque chose de nouveau, j'apprends que j'ai un corps.
- Daniel Pennac « Journal d'un corps »

BIBLIOGRAPHIE

MARIE-CLAIRE BUSNEL, ANNE HERON. LE DEVELOPPEMENT DE LA SENSORIALITE FOETALE. LA NAISSANCE : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui., Albin Michel, pp.1401, 2010,

Marie-Claire BUSNEL & Anne HERON (2010) Le développement de la sensorialité foetale. Article publié dans LA NAISSANCE : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. R. Frydman & M. Szejer, Albin Michel : pages 633-643 (LE DEVELOPPEMENT DE LA SENSORIALITE FOETALE Marie-Claire Busnel et Anne Héron Université Paris Descartes)

LABORIT H. (1973), L'inhibition de l'action, ed Masson
Cf ROBERT-OUVRAY S (1996) L'enfant tonique et sa mère Ed EPI (coll Hommes et perspectives

DIDIER ANZIEU L'auto-analyse de Sigmund Freud (thèse universitaire), Paris, PUF, 1^{re} édition, 1959. Nouvelle édition, L'auto-analyse de Freud — et la découverte de la psychanalyse, Paris, PUF, 1975; rééd. Paris, PUF, 1998,
Le corps de l'œuvre, essais psychanalytiques sur le travail créateur, Paris, Gallimard, 1981
Le Moi Peau, Paris, Dunod, 1985,

WALLON HENRI

- L'Enfant turbulent, thèse de doctorat ès lettres, Alcan, Paris, 1925, rééd. PUF-Quadrige, Paris, 1984
- Les Origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité, Boisvin, Paris, 1934, rééd. PUF-Quadrige, Paris, 2002
- La Vie mentale, Éditions sociales, Paris, 1938, rééd. 1982
- L'Évolution psychologique de l'enfant, A. Colin, Paris, 1941, rééd. 2002, Ed.: Armand Colin, 1941, rééd. 2002
- De l'acte à la pensée, essai de psychologie comparée, Flammarion, Bibliothèque de philosophie scientifique, Paris, 1942, rééd. 1970
- Les Origines de la pensée chez l'enfant, PUF, Paris, 1945, rééd. 1963
- Principes de psychologie appliquée, Armand Colin, Paris, 1938

PAUL SCHILDER, L'Image du corps, Gallimard, 1968
Brain and Personality. Washington 1931.

The Image and the Appearance of the Human Body; Studies in Constructive Energies of the Psyche. London 1935.

DOLTO, F., 1971, *Psychanalyse et pédiatrie*, Paris, Le Seuil. Dolto, F., 1984, *L'Image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil

WINNICOTT, D. *La Relation parent-nourrisson*, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2011

La Famille suffisamment bonne, Payot, 2010

Les Objets transitionnels, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2010

La Mère suffisamment bonne, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2006

Garey LJ. *Brodman's Localisation in the Cerebral Cortex*, New York, Springer, 2006

Wilder Penfield et Edwin Boldrey, « Somatic Motor and Sensory Representation in the Cerebral Cortex of Man Studied by Electrical Stimulation » in *Brain*, n°60, 1937, pp. 389-443.

Wilder Penfield et Herbert Jasper, *Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain*, Boston, Little Brown, 1954.

Wilder Penfield et Theodore Rasmussen, *The Cerebral Cortex of Man*, New York, Macmillan, 1950.

SPITZ, R. A. *De la naissance à la parole, La première année de la vie*, P.U.F., éd., Paris, 1968
Le Non et le Oui. P.U.F. éd, Paris, 1962

STORA, J.B., (1995), *Organisations mentales et maladies somatiques*, *Annales de Psychiatrie*, 1995, 10, N°1, 5-11.

STORA, J.B., (1999) *Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques*. Editions Odile Jacob, Paris.

STORA, J.B. (2005). *Vivre avec une greffe, accueillir l'autre*. Editions Odile Jacob, Paris.

STORA, J.B. (2011) *La neuropsychanalyse*. MJW-Fédérations, Nlle édition en 2013.

STORA, J.B. (2013) *La nouvelle approche Psychosomatique, 9 cas cliniques*, MJW-FÉDITIONS.

STORA, J.B. (2007) *When the Body Displaces the Mind*, foreword by Mark Solms, translated by Sophie Leighton, London, Karnac.

STORA, J.B. (2015) *A NEW BODY-MIND APPROACH, CLINICAL CASES*, foreword by Mark Solms, translated by Sophie Leighton, London, Karnac.

14. Les fondements scientifiques du modèle théorique et clinique de la Psychosomatique Intégrative

Conférence 29 septembre 2018

- Comment aboutir au modèle de la Psychosomatique Intégrative.
- J'ai rassemblé tous les travaux de recherches épidémiologiques que j'ai effectuées depuis 1989 en psychosomatique, et j'ai publié tous les articles dans le numéro trois de la revue de Psychosomatique Intégrative.
- Ma conférence aura pour objectif de vous communiquer toutes les réflexions qui ont progressivement permis d'élaborer un nouveau modèle que j'ai appelé : Psychosomatique Intégrative. Ce nouveau modèle théorique et clinique est publié dans la « Méthode d'évaluation de la santé psychosomatique et de la thérapie psychosomatique ». Nouvelle version : version 24 de septembre 2018.
- Il m'a fallu près de 25 ans pour élaborer ce modèle à partir de critiques scientifiques d'abord envers Pierre Marty et ensuite envers Sigmund Freud. Ce sont les deux scientifiques les plus éminents qui ont contribué au développement de la Psychanalyse et de la Psychosomatique. J'ai toujours eu énormément de considération et d'estime pour ces deux fondateurs, et mes critiques ont pour but de souligner certaines lacunes de leurs modèles théoriques afin de pouvoir développer une approche plus complète de la psychosomatique intégrative qui s'adresse en priorité aux patients somatiques.
- Histoire personnelle et fondements de l'approche scientifique
- J'ai mis longtemps pour comprendre que ma formation première en économie mathématique et statistique, sciences économiques, mon doctorat d'État reprenant de nombreux modèles mathématiques, guidait ma pensée lorsque j'ai examiné les pensées théoriques des psychanalystes et des psychosomaticiens.
- Ma critique est fondée sur des réflexions concernant la construction du modèle théorique en psychosomatique pour Pierre Marty et en psychanalyse pour Sigmund Freud. Je me suis toujours interrogé sur la façon de construire de tels modèles.
- C'est ma formation première aussi qui m'a poussé à conseiller Pierre Marty d'utiliser la classification psychosomatique qu'il avait élaborée à l'IPSO pour faire des études épidémiologiques sur les patients de l'hôpital de la Poterne des Peupliers. Ces recherches entreprises dès 1989 sont reprises dans le numéro trois de la revue de Psychosomatique Intégrative.
- Pierre Marty
- J'ai rejoint Pierre Marty en 1985 alors que j'avais achevé mon cursus de psychanalyse à la société de psychosomatique de Paris ; je voulais comprendre la façon de soigner des patients

somatiques, ce qui correspondait à ma vocation première de médecin. Je me suis longuement expliqué sur ce point dans mon ouvrage « Quand le corps prend la relève,... ».

- Pierre Marty avait bâti une classification à partir de laquelle il pouvait coder les caractéristiques de fonctionnement d'un patient somatique et en établir un diagnostic. Je lui ai alors proposé de faire une étude épidémiologique sur les 321 patients de l'hôpital de la poterne des peupliers. Il a accepté ma proposition et au terme de notre travail nous avons fait une publication en commun dans les cahiers de recherche de l'école HEC dont je suis le Doyen Honoraire de la Faculté aujourd'hui. Nous avons complété notre étude par une recherche sur la capacité des thérapeutes de l'IPSO d'observer des patients et d'établir un diagnostic ; cette recherche était destinée à améliorer l'observation et les soins des patients.
- Les premiers pas
- J'ai présidé l'institut de psychosomatique pendant quatre ans de 1989 à juillet 1992. Pierre Marty a commencé à cette époque à souffrir du cancer qui mit fin à ses jours en juin 1993. À la mort de Pierre Marty, mes collègues qui n'avaient jamais suivi la voie de la classification psychosomatique et la désapprouvaient, m'ont demandé de poursuivre mon chemin « ailleurs ». Je poursuivis mon chemin à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière où avec l'aide du professeur Allilaire, chef du service de psychiatrie, j'ai pu créer la première consultation de psychosomatique ouverte à tous les services de l'hôpital, rattachée au service de psychiatrie, et localisée dans le service d'endocrinologie.
- L'observation des patients somatiques m'a progressivement permis de comprendre que je ne pouvais pas appliquer les propositions théoriques de Pierre Marty pour appréhender leurs fonctionnements. Ce fut le début d'une longue réflexion débouchant sur un nouveau modèle théorique et clinique de la psychosomatique : la psychosomatique intégrative
- L'explication des somatisations par Pierre Marty
- **Les individualités que nous sommes se trouvent soumises tous les jours à un certain nombre d'excitations d'origine externe (stress) et d'origine interne (somatiques et endopsychiques).**
- **Les évènements et les situations qui se présentent à nous, plus ou moins importants dans leur apparence, touchent notre affectivité et déclenchent des excitations qui surchargent l'appareil psychique et les fonctions somatiques et qui nécessitent d'être déchargées (principe d'économie de fonctionnement).**
- **Les principales possibilités d'écoulement et de décharge des excitations sensori-motrices résident**
 1. **d'une part dans un travail mental d'élaboration des excitations ressenties :**
 - **c'est le rôle principal joué par l'appareil psychique,**
 2. **d'autre part dans des comportements moteurs et sensoriels différemment liés ou non au travail mental**

Le principe des somatisations est le suivant:

- Lorsque les excitations qui se produisent en nous ne s'écoulent pas et ne se déchargent pas, elles s'accumulent et atteignent tôt ou tard de manière pathologique les fonctions somatiques et neuronales.
- Lorsque les excitations qui se produisent en nous ne se déchargent pas dans l'activité des comportements, et ne s'écoulent pas dans l'élaboration mentale, elles s'accumulent et atteignent tôt ou tard les appareils somatiques et neuronaux de manière pathologique.
- Or
- 1. l'activité des comportements se trouve freinée ou barrée, dans les cas de
- maladies physiques ; d'invalidité post-accidentelle ; d'invalidité due au vieillissement ;
- de répression des comportements parce qu'ils possèdent une charge sexuelle ou agressive
- L'élaboration mentale se trouve freinée ou barrée dans les cas :
- D'insuffisance des représentations ; je fais allusion ici aux avatars du développement de l'appareil mental qui ne se constitue pas à l'identique chez tous les individus. Ces défauts de constitution d'un appareil mental qui se met progressivement en place au cours des vingt premières années de vie sont à l'origine des fragilités décelées lors des investigations.
- Désorganisations mentales qui surviennent :
- soit à la suite de perte « d'objets » qui étaient nécessaires au fonctionnement mental du sujet (par exemple, perte de parents ou de proches, etc.);
- soit à la suite de conflits non élaborables par le sujet seul. Il peut s'agir de conflits qui prennent place dans la réalité (situation traumatique permanente) ou intrapsychiques (conflit avec les imagos parentales, par exemple).
- Répressions des représentations sexuelles et agressives; les répressions des représentations sont d'ordre pathologique.
- La désorganisation de l'appareil psychique s'accompagne d'un état de dépression essentielle, de vie opératoire, et souvent d'angoisses diffuses
- Dans la diapositive suivante, j'ai inséré le modèle spatial des processus de somatisation de Pierre Marty. Comme on peut le constater Pierre Marty a repris le modèle spatial de Sigmund Freud en y ajoutant les notions de dynamismes parallèles et de chaînes évolutives latérales. Il s'agit de compléments du modèle spatial de Freud, **mais Pierre Marty ne répond pas à la question fondamentale des maladies et des troubles organiques**
- Tout le modèle de Pierre Marty repose sur la deuxième topique de Freud améliorée sans pour autant que l'on comprenne **le destin de l'écoulement des excitations.**
- Pierre Marty déclare que les excitations s'écoulent dans les appareils somatiques, mais il s'agit d'une métaphore car il n'existe pas de « trou somatique » dans le cerveau !.

- La psychanalyse et la psychosomatique de Pierre Marty sont limitées épistémologiquement, car il n'y a aucun concept psychanalytique qui explique la maladie. L'explication de la maladie somatique relève de la médecine et non pas de la psychanalyse.
- **C'est ainsi que progressivement j'ai compris qu'il n'y avait pas de psychogenèse d'une maladie, mais une participation de l'appareil psychique au trouble somatique. J'ai trouvé la réponse en me référant à la discipline des neurosciences qui fournit une explication scientifique de l'écoulement des excitations**
- Neurosciences
- **Les quatre sous-systèmes fondamentaux de commande neuronale des émotions**
- En neurosciences on distingue quatre sous-systèmes fondamentaux de commande neuronale des émotions : le système exploratoire, le système de réaction de rage et de colère suite à une agression, le système de réaction de peur et enfin le système de séparation-détresse ou système panique plus spécialement lié au sentiment de perte et de tristesse. (cf. bibliographie : J. Pankseep).
- **Mon hypothèse est que le quantum d'excitations, selon la nature de la perte d'Objet ou de l'agressivité, se transmet à l'un des quatre sous-systèmes : (cf. mon ouvrage « La Neuropsychanalyse » , MJW Féditions (2006 et 2011) pour avoir plus d'informations)**
- **Le nouveau modèle de la Psychosomatique Intégrative**
- **La Psychosomatique Intégrative n'est pas l'intégration de la psychanalyse, de la médecine et des neurosciences, elle a pour objectif de rechercher les interrelations entre ces trois disciplines et d'établir les liens existants entre les nombreux niveaux du Vivant ; elle se réfère à l'approche des sciences du vivant distinguant des niveaux dans le continuum de l'unité psychosomatique humaine.**
- **L'approche psychanalytique de la psychosomatique développée par l'Ecole de Paris privilégie les dysfonctionnements de l'appareil psychique des patients somatiques ; de ce fait cette approche isole l'appareil psychique du reste de l'unité psychosomatique, réduisant la psychosomatique à la « psychisation » du corps, c'est-à-dire à ses représentations mentales : représentations de choses et représentations de mots.**
- **Le problème épistémologique est le suivant :**
- **Peut-on isoler le système psychique de l'ensemble de l'organisme vivant. Une telle approche est possible quand les symptômes des patients relèvent quasi exclusivement de la sphère psychique, ce qui est le cas des névroses dites classiques (au sens de S. Freud). Mais qu'en est-il dans le cas des somatisations ?**
- **Dans un premier temps Pierre Marty a tenu à se cantonner à la sphère psychique d'où l'appellation de sa pensée : psychosomatique d'inspiration psychanalytique. N'oublions pas que cet homme était un médecin psychiatre, un chirurgien et un psychanalyste, ancien Président de la SPP. Je sais par expérience qu'en tant que Médecin Chef de l'IPSO, il suivait avec attention les dossiers médicaux des patients, et que, lors de nos discussions sur la**

classification psychosomatique, il faisait référence pour le codage des pathologies à la classification internationale des maladies qui n'étaient pas incorporées dans le document officiel de la classification psychosomatique.

- **L'ensemble de son œuvre témoigne cependant de ses nombreuses interrogations sur la désorganisation des fonctions somatiques sans pour autant qu'il ait proposé un modèle théorique réunissant celles-ci aux fonctions psychiques.** Je pense que Pierre Marty restait en bordure d'un modèle plus global, et nul ne sait quels auraient pu être ses développements théoriques. À l'heure actuelle les psychanalystes de l'IPSO continuent de se situer résolument dans l'exploration de la dimension psychanalytique des patients somatiques (cf. le n°32 de la RFPsysoma de 2007 « Maladie et auto-destruction).
- Je pense que l'approche psychanalytique est nécessaire et indispensable comme technique de psychothérapie psychosomatique, mais que la compréhension du fonctionnement de l'unité psychosomatique exige de se référer à de très nombreuses disciplines des Sciences du Vivant. Tous les travaux récents des Neurosciences insistent sur le fait que l'homme pense avec son corps, tout son corps.
- Peut-on isoler l'homme pensant de son corps ?
- Le point de départ
- La classification Marty/Ipso développée par Pierre Marty et ses collègues a fait l'objet (de 1985 à 1989) d'une recherche appliquée que **nous avons poursuivie d'abord avec Pierre Marty, puis seul (depuis 1989) pendant plusieurs années.** Une classification qui n'est pas confrontée au test de la vérification expérimentale restera à l'état de construction théorique, et demeurera une hypothèse scientifique non validée. C'est pourquoi **nous avons proposé au créateur de la classification de faire un premier test** appliqué aux patients de l'Hôpital de la Poterne des Peupliers.
- La classification psychosomatique
- Il existe maintenant à côté de l'approche clinique une technique scientifique utilisant l'arsenal puissant des probabilités statistiques permettant, après mise au point, de tester les modèles de fonctionnement mental ; c'est la classification psychosomatique qui ne se substitue pas à l'approche clinique mais offre enfin la possibilité de vérification expérimentale. Nous savons que de nombreux psychosomaticiens-psychanalystes récusent une telle approche, aussi nous retournerons-nous vers l'expérience de l'Index de Hampstead pour tenter de répondre à la question de savoir si la classification peut fournir les fondements d'une méthode de recherche en psychosomatique psychanalytique répondant aux exigences d'une méthode scientifique.
- « Les fonctions normales du Moi »
- Joseph Sandler, « les méthodes utilisées par le physicien et le philosophe sont par essence psychologiques, puisqu'elles portent sur la différence entre les perceptions et la réalité d'une part, et les théories relatives à cette réalité qui s'édifient dans l'esprit du savant, de l'autre. Or, la perception étant une fonction du Moi, les théories scientifiques sont le produit du

processus d'élaboration secondaire du Moi, et tous les instruments du scientifique ne sont rien de plus que des outils spécialisés qui assistent les fonctions normales du Moi ».

- Cf bibliographie
- **« L'Index de Hampstead »**
- On comprend donc que ce procédé de la pensée peut créer des résistances concernant les modifications des concepts si nécessaires au développement scientifique. Comment surmonter ces résistances ? Par une attitude critique à l'égard de ses idées et par une confrontation avec ses collègues. C'est la démarche qui a été suivie par les créateurs de l'Index de Hampstead qui a abouti en partant de l'idée de mettre en ordre le matériel analytique à l'établissement d'une classification analytique très détaillée facilitant la liaison plus étroite entre théorie et observation tout en soulignant les failles dans le matériel et la révélation des anomalies théoriques. C'est grâce à ces confrontations que les psychanalystes ont pu procéder à de nouvelles formulations théoriques.
- Statut de la Psychanalyse
- Un de nos collègues, dans un livre publié récemment, a écrit à propos de biologie et psychanalyse : '... La Biologie est une science, la Psychanalyse ne l'est pas. Or, pour Freud, 'la psychanalyse est une Naturwissenschaft. Dans l'Esquisse d'une Psychologie Scientifique, il annonce clairement ses intentions : « Dans cette Esquisse, nous avons cherché à faire entrer la psychologie dans le cadre des sciences naturelles, c'est-à-dire à représenter **les processus psychiques comme des états quantitativement déterminés** de particules matérielles distinguables, ceci afin de les rendre évidents et incontestables. Cet énoncé de Freud est à replacer dans le cadre des enjeux épistémologiques des années quarante du siècle dernier
Christophe Dejours, cf. Bibliographie, p. 16.
- S. Freud, La naissance de la psychanalyse, cf. bibliographie p. 315.
- « L'être humain est une unité psychosomatique » JBS et le monisme de Sigmund Freud
- On trouve donc à la base de l'approche freudienne un monisme. Le monisme a pour effet de récuser la séparation des deux substances distinctes que sont l'âme et le corps, ce qui nous renvoie au questionnement de Christophe Dejours et des psychosomaticiens en général... Selon Haeckel, il y a « ... unité fondamentale de la nature organique et inorganique, dont la dernière a commencé à évoluer relativement tard de la première... En conséquence, nous regardons aussi toute la science humaine comme un seul édifice de connaissance, nous repoussons la distinction habituelle entre la science de la nature et la science de l'esprit. La seconde n'est qu'une partie de la première, ou réciproquement les deux n'en font qu'une » Haeckel, Le monisme, profession de foi d'un naturaliste, trad. franc. Schleicher Frères, p. 12, cité par P.L. Assoun in Introduction à l'épistémologie freudienne, p. 45 ; cf. bibliographie
- Helmholtz, Brücke et Dubois-Raymond
- **Freud s'est résolument rangé du côté des monistes.** Il a même adopté le serment physicaliste des trois grands fondateurs de la Berliner Gesellschaft énoncé en 1842 et cité

par Jones : « ... (nous) avons pris l'engagement solennel d'imposer cette vérité, à savoir que seules les forces physiques et chimiques, à l'exclusion de toute autre, agissent dans l'organisme (5). C'est pourquoi il faut entendre par Naturwissenschaft le modèle élaboré dans les sciences clés que sont la physique et la chimie.

- Helmholtz, Brücke et Dubois-Reymond
- Jones, E., The life and work of Sigmund Freud, 1953, t.1, p. 45, trad. PUF, 1958
- Les référents scientifiques de Freud et la validité de leurs théories
- C'est un modèle que nous retrouvons avec Freud qui passa de la médecine à la psychologie en manifestant son intérêt pour la physique et la physiologie anatomique. On pourrait se poser la question de l'actualité du savoir des années quarante à l'époque où Freud commença ses études de médecine, i.e. en 1873. On peut attribuer cette pérennité au fait que les créateurs de ce savoir ne sont devenus des autorités reconnues que dans les années 70, et même si la pratique remettait en cause ces acquis, Freud restait très attaché aux référents de ses premières années d'étude.
- Le point de vue économique
- C'est ainsi que l'Esquisse contient la plus grande partie des concepts psychanalytiques formulés à partir de l'influence neurophysiologique. Pour la psychosomatique on peut noter sur le plan historique de création des concepts de la métapsychologie que Freud a commencé ses premiers pas en privilégiant le « point de vue économique ».
- Freud arrive ainsi à la formulation suivante : **la psychanalyse est une science naturelle, elle étudie une sphère déterminée de phénomènes, les processus inconscients.**
- Le problème qui se pose à Freud et que certains psychanalystes posent encore aujourd'hui, est le statut du savoir psychanalytique ; car il ne suffit pas de dire que la psychanalyse est une science pour qu'elle en soit une ipso facto, **on le constate dans les critiques des neuropsychanalystes**
- Les trois points de vue de la métapsychologie
- Nous avons évoqué ci-dessus les « modèles d'identification » de Freud, ces hommes qui sont à l'origine des dimensions constitutives du corpus métapsychologique. Dans un passage de l'essai sur l'Inconscient, **Freud se propose de « parler de présentation métapsychologique lorsqu'(il) réussira à décrire un processus psychique sous les rapports dynamique, topique et économique ».**
- Ces trois points de vue ont eu comme sources d'inspiration :
 - • TOPIQUE Le modèle de Brücke
 - • DYNAMIQUE Le modèle de Herbart
 - • ECONOMIQUE Les modèles de Fechner et Helmholtz

- Freud et l'approche statistique
- Jones : 'Ce qui nous frappe, dit-il, dans les recherches neurologiques de Freud, c'est son adhésion à l'anatomie. Le microscope était son seul et unique outil. Pour lui, physiologie signifiait histologie et non expérimentation'. On doit ajouter de plus que sa méthode de travail était de privilégier le fait isolé, et d'en dégager l'universel. « L'idée d'établir sur ce point des statistiques lui était tout à fait étrangère ». (1. Jones).
- .Jones E., cf. bibliographie
- La Métapsychologie
- A cette époque, « ... l'idée de forger une théorie générale de la fonction névrotique dans le psychisme était de facto mise hors circuit, aussi bien par les cliniciens, plus occupés à étudier la phénoménologie spéciale des espèces névrotiques, que par les psychopathologistes, étrangers à une logique de l'anomalie neurologique ». Cette exigence aboutit à dégager le rôle de la sexualité et de l'inconscient formulé dans une nouvelle Psychologie : **la Métapsychologie**. Toute la théorisation freudienne de l'inconscient se réfère donc à un **schéma spatial**. Cette exigence va se traduire en 1896 dans une version graphique ternaire représentant l'appareil psychique (figure 7 de la lettre à Wilhelm Fliess, puis schémas du chapitre 7 de l'Interprétation des rêves Paul-Laurent Assoun, op. cité p. 120).
- Sigmund Freud, La naissance de la Psychanalyse, op. cité, Lettre du 1 M3.1 898.
- Freud, rappelons-le, dénonçait en même temps, et, dès 1891, dans son étude sur l'aphasie (Zur Auffassung der Aphasien) **toute tentative de localisation anatomique précise concernant l'appareil psychique**. Le savoir topique freudien s'appuie, en quelque sorte, métaphoriquement sur la médecine. Nous nous trouvons en présence de ce que nous allons appeler dans notre exposé le Modèle 1 de l'appareil psychique
- Construire un modèle général de l'appareil psychique
- L'hypothèse sous-jacente est de construire :
- 1 - un modèle général de l'appareil psychique de nature linéaire (cf. note 1, p 460, interprétation des rêves)
- 2- un modèle différencié en systèmes : traces mnésiques, inconscient, préconscient, conscient
- 3- un modèle liant les processus psychiques aux systèmes PSI par le biais de la mémoire : association
- 4- un modèle tenant compte de la transformation des excitations sensorielles en traces durables, et de leur transmission
- 5- un modèle incorporant un sous-système très complexe de passage entre les 2 systèmes ICS et PCS l'instance ou système de censure

- 6- un modèle énergétique et économique prenant en compte des fonctions complexes : intensité variable des excitations, une distribution (de quelle nature) de la fonction de l'attention, la fonction de motilité volontaire, etc... Ces systèmes ont des directions : progrédientes et régrédientes
- 7- un modèle doté des mécanismes et de processus de fonctionnement : processus primaires, secondaires, refoulement, condensation plaisir, déplaisir, investissement, surinvestissement, etc...
- 8- un modèle à tendances explicatives générales, destiné d'abord à contribuer à approfondir la connaissance psychologique des psychonévroses.

- La problématique de l'énergie

- Ce qui a dominé le XIXe siècle, c'est la prise de conscience par les théoriciens des années 60 de l'insuffisance de la mécanique classique, et la prise en compte de phénomènes énergétiques, accompagnée d'interrogations scientifiques sur l'extension du postulat énergétique aux phénomènes psychologiques. La controverse à laquelle Freud assista était la suivante : d'un côté les Fechner, Helmholtz, Joule,... cherchant à étendre les lois de la mécanique aux domaines non mécaniques, de l'autre Wilhem Ostwald et ses partisans protagonistes d'un énergétisme sans limite : « 'Tout est de l'énergie, et il n'existe pas autre chose que de l'énergie... qui se pluralise en énergie motrice (masse), énergie de valeurs, énergie de position (poids), jusqu'à l'énergie proprement matérielle (chimique) en passant par la chaleur, le magnétisme et l'électricité. La vie même est une manifestation constante d'énergie" (Ostwald)

- L'énergétique de Fechner

- Dans cette controverse, Freud choisit Fechner : « je fus toujours accessible aux idées de G. Th. Fechner, et je me suis appuyé sur des points importants de ce penseur » .
- On peut affirmer que les principes fondamentaux de l'énergétique freudienne dérivent directement de l'énergétique de Fechner. Ainsi en est-il d'abord du principe de constance-inertie ; il s'agit de la transposition à la sphère physiologique, puis psychique du concept physique d'inertie et de constance. L'organisme apparaît comme un système physique à énergie libre. Simultanément au principe d'inertie, Freud postule un principe de constance, c'est-à-dire la tendance de l'appareil psychique « à maintenir aussi bas que possible la quantité d'excitation présente en lui, ou du moins à la maintenir constante ». (Au-delà du Principe de Plaisir Naissance de la Psychanalyse, cité par S.Freud

- La libido

- Comme on peut le constater, le référent scientifique de Fechner est constamment présent dans l'élaboration du savoir freudien. Cette tentative d'appliquer les **schémas énergétiques d'inspiration mécanique** se retrouve dans un grand nombre de concepts de la métapsychologie : la distinction des deux formes d'énergie psychique - énergie libre et énergie liée - retenant deux processus à l'œuvre dans le psychisme. Processus primaire impliquant une circulation sans entrave de l'énergie psychique ; processus secondaire où

l'énergie est liée. Ces deux formes d'énergie ne sont que la transposition du couple énergie cinétique/énergie statique, ou énergie actuelle / énergie potentielle des théories physico-physiologiques. Les procédés du rêve (condensation et déplacement] traduisent eux aussi la conception économique de l'investigation métapsychologique de l'inconscient qui reflète la « tentative de suivre le destin des quantités d'excitation et de parvenir au moins à quelque détermination relative de leur grandeur » (l'Inconscient). Freud a clairement et nettement distingué son approche énergétique en développant le concept de libido. C'est en effet ce concept qui sert à définir la dimension énergétique du psychisme.

- La construction du Modèle II
- Un quart de siècle de confrontation du modèle 1 à l'expérience clinique fut nécessaire pour que Freud parvienne à la construction du modèle II. Il s'agit d'un Modèle ouvert à ses deux extrémités :
- 1 - aux limites du soma, et 2 - au contact de la réalité.
- Nous retrouvons comme dans le modèle 1 les aspects énergétiques et d'information avec de façon plus précise la variable temps à la fois comme variable exogène et comme variable endogène ; le temps est intégré dans la propriété préconsciente du Moi et dans le Surmoi. Ce modèle comprend les deux grands thèmes principaux apparus dans les années 20 du siècle dernier : l'importance d'une tendance biologique à établir des états antérieurs, et la différenciation des processus mentaux. Aux côtés du principe de plaisir-déplaisir, Freud instaure un principe fondé sur la compulsion de répétition, et complète ainsi les principes de base de fonctionnement psychique à savoir
- **1 - principe de compulsion de répétition**
- **2 - principe de plaisir-déplaisir**
- **3 - principe de constance.**
- Instincts de vie et instincts de mort
- Freud peut ainsi modifier la dynamique première du modèle 1 en la remplaçant par les deux forces en opposition dans le psychisme : les instincts de vie et les instincts de mort. Nous savons tous que ces hypothèses ont reçu à leur époque un accueil mitigé, et que même aujourd'hui, cela pose encore problème. Ce qui importe pour les psychosomatiques d'inspiration psychanalytique, c'est le parallélisme entre l'approche de S. Freud et celle de P. Marty, car si le Modèle 1 est fortement influencé par l'énergétisme mécanique, le Modèle II est beaucoup plus inspiré par la génétique et la biologie. Freud, se basant sur l'analogie entre les processus physiologiques d'anabolisme et de catabolisme, considère que le but suprême des instincts de Vie est de lier, de même que celui des instincts de Mort est la désintégration ; de là, il était possible de passer, encore une fois, par le biais de l'expérience clinique, aux mouvements individuels de vie organisateurs et aux mouvements individuels de mort désorganiseurs (Pierre Marty).
- Le système clos : l'homme est-il un moteur à explosions ? JBS

- Certains psychanalystes de l'époque, entre autres Alexander, Bernfeld et Feitelberg cherchèrent des arguments justificatifs du côté de la physique théorique ; il s'agissait d'établir une relation entre le principe de Nirvana, puis instinct de mort (formulé par Fechner comme principe de stabilité), et la seconde loi de la thermodynamique. **Or, cette loi de l'entropie a été formulée pour un système clos.** Deux physiciens anglais KAPP (Comments on Bernfeld and Feitelberg's, The principles of entropy and the death instinct) et PERROSE dénoncèrent en 1932 les graves confusions de ces psychanalystes qui s'imaginaient qu'il existait une loi physique générale d'une tendance à la dégradation de l'univers dont l'instinct de mort était un cas particulier. **Comme nous l'avons dit plus haut, Freud avait déplacé ses centres d'intérêt scientifiques de la physique à la biologie ce qui était la reconnaissance du corps dans la relation avec la psyché par ailleurs, le modèle II est un système ouvert, non un système clos.**
- Actualiser le modèle freudien
- Le modèle II est un système ouvert, non un système clos.
- La 2^{ème} loi de Carnot ne peut plus être utilisée au XXI^e siècle, l'être humain n'est pas un moteur à explosion, puisque le modèle 1 de Freud concerne la loi de l'énergie dans un système fermé..
- Je me suis donc référé aux théories physiques actuelles concernant l'énergie, et Prigogine propose la formulation de systèmes ouverts dissipatifs d'énergie reprise dans mon ouvrage « Quand le corps prend la relève ». Nous savons qu'un être humain est un système ouvert et non pas un système fermé.
- Ma proposition de modifier le soubassement théorique de S. Freud n'a jamais été reprise par aucun psychanalyste !! Ils vivent encore au 19^e siècle !! (JBS Quand le corps prend la relève, 1999; Odile Jacob).
- Le modèle métapsychologique de la Psychosomatique Intégrative
- **Un pas de plus pour un modèle métapsychologique en Psychosomatique, c'est l'approche que je propose.**
- Nous utiliserons en conséquence, les modèles 1 et II de Freud et nous y incorporerons le modèle de Mélanie Klein et celui de Pierre Marty.
- à l'article de Meltzer et Harris dans la Revue Française de Psychanalyse de 1980 intitulé « Les deux modèles du fonctionnement psychique selon M. Klein et W.R. Bion ».
- Le Dr Meltzer déclare :
- « 1. qu'il existe un modèle Kleinien du fonctionnement psychique
- 2. que le concept du psychisme développé par M. Klein est une adjonction importante au modèle structural de l'appareil psychique établi par Freud dans le Moi et le Ça ; cette adjonction est le concept d'espaces internes :

- 3. que le concept de narcissisme subit un changement du fait de ce nouveau mode de description du monde interne en développant l'hypothèse d'une organisation narcissique
- Les deux modèles de fonctionnement psychique
- 4. que l'identification projective est un mécanisme d'identification narcissique
- 5. que les rêves sont le reflet fidèle des relations internes, et non plus comme Freud l'indiquait un accomplissement semi-hallucinatoire du désir, destiné à être le gardien du sommeil ;
- 6. que les deux positions schizo-paranoïde et dépressive ont pris successivement la signification de mécanismes de défense, puis le sens d'un mouvement qui allait de la désintégration vers l'intégration, et enfin la signification d'un principe économique. **Considérés en tant que principes économiques, les deux positions s'ajoutent aux principes freudiens de plaisir et de réalité** (Souligné par nous), et caractérisent l'oscillation entre l'organisation narcissique et les relations d'objet ».
- Les deux modèles du fonctionnement psychique selon M. Klein et W.R. Bion sont intégrés dans le modèle global de la Psychosomatique Intégrative s'étendant des phases archaïques du développement humain jusqu'à la phase génitale œdipienne.