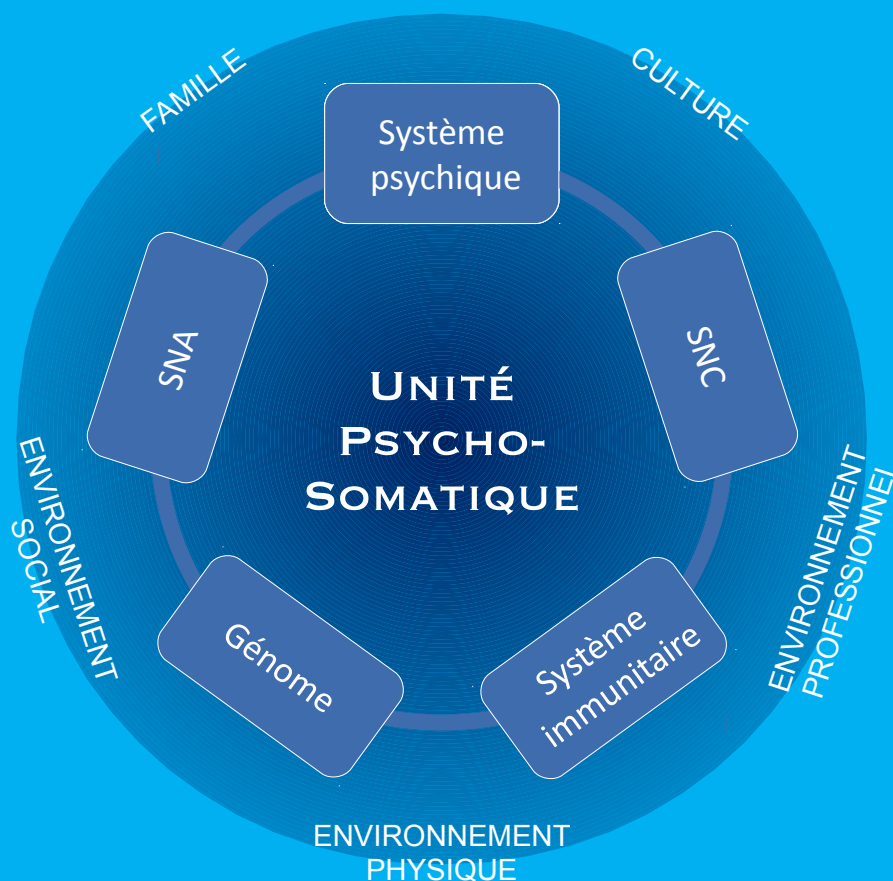


PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE

PSYCHANALYSE MÉDECINE NEUROSCIENCES

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE

APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE DES ACOUPHENES



NUMÉRO 4 – 2019

COMITÉ DE RÉDACTION ET DE LECTURE 2019

André Aboukheir, Benoît Depreux, Stéphane Flamant, Lionel Naccache
Jean Benjamin Stora, Frédérique Tafforeau, Bruno Trumbic

COMITÉ SCIENTIFIQUE

- **PR. LAURENT BEAUGERIE**, service de gastro-entérologie, GHU St-Antoine
- **DR. PHILIPPE GIRAL**, PH, service d'endocrinologie, La Pitié-Salpêtrière
- **ANNE HÉRON**, Docteur en Neurosciences, Enseignant-chercheur HDR en Physiologie Humaine, Université Paris Descartes
- **DR. KARIM N'DIAYE**, Institut du cerveau et de la moelle épinière / Brain & Spine Institute, Paris, GHU La Pitié-Salpêtrière
- **PR. JEAN BENJAMIN STORA**, psychanalyste psychosomaticien, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière, Responsable enseignements de l'Institut de Psychosomatique Intégrative
- **MICHAEL STORA**, Psychologue clinicien, Psychanalyste, Psychosomaticien, expert enfants et adolescents addiction jeux-vidéo, Président fondateur de l'Observatoire des Mondes Numériques, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière
- **DR. RUTH ABOULKHEIR**, gynécologue
- **PR. WOLFGANG RAPP**, psychanalyste, professeur émérite de Psychosomatique, Université de Heidelberg
- **FRÉDÉRIQUE TAFFOREAU**, Docteur en biologie cellulaire et moléculaire, praticienne en psychosomatique intégrative et homéopathie uniciste.

Premier comité de rédaction 2014 : Rochdi Baklouti, Laurence Blanchar-Peretti, Valérie Bonnini-Davout, Benoît Depreux, Geneviève Desloges, Stéphane Flamant, Anne Héron, Jean Benjamin Stora, Pascale Surugue, Frédérique Tafforeau.

FONDATEURS DE LA REVUE DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE EN JANVIER 2014

SOMMAIRE DU NUMERO 4

JEAN BENJAMIN STORA

RESPONSABLE DE LA RÉDACTION DU NUMÉRO 4

Présentation du numéro.....	5
LES ACOUPHÈNES SUBJECTIFS CHRONIQUES.....	6
ACOUPHÈNES SUBJECTIFS.....	7
Introduction.....	7
Physiopathogénie.....	8
1. Acouphènes auditifs (90 % des acouphènes subjectifs).....	8
2. Acouphènes somato-sensoriels.....	8
Démarche clinique.....	9
1. La démarche diagnostique.....	9
2. L'évaluation de l'acouphène.....	9
Prise en charge thérapeutique.....	10
1. Traitement du symptôme « acouphène ».....	10
2. Prise en charge du patient acouphénique.....	10
Conclusion.....	11
CAS CLINIQUE DE PAUL ACOUPHÉNIQUE CHRONIQUE.....	12
Introduction.....	12
Anamnèse acouphènes : (Illustration 1).....	13
Prise en charge en sophrologie.....	15
1. L'habituation.....	15
2. Modèle de Jastreboff : (Illustration 2).....	16
3. Les acouphènes et le stress.....	17
4. Eléments de Psychosomatique Intégrative.....	17
Prise en charge en sophrothérapie :.....	18
Histoire de vie et médicale du patient :.....	19
1. 1 ^{er} traumatisme.....	20
2. 2 ^e traumatisme.....	20
Prise en charge en Psychosomatique : (évaluation globale de son fonctionnement psychosomatique).....	23
Analyse psychosomatique :.....	24
Mon analyse.....	25

Travail sur plusieurs deuils.....	26
Le secret de famille :.....	27
Bibliographie.....	28
LES IMAGES DU CORPS EN PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE RELATIONS AU CORPS ET MALADIES	
Le corps et ses images (schémas).....	29
1. L'homonculus – Organisation fonctionnelle fine des aires corticales : Somatotopie dans les aires sensorielles Homonculus de Wilder Penfield.....	31
2. Le schéma corporel.....	35
3. Du sensori-moteur à la représentation mentale du corps.....	36
BIBLIOGRAPHIE.....	39

PRÉSENTATION DU NUMÉRO

Dans le cadre des cycles de conférences de la Société de Psychosomatique Intégrative, notre collègue Évelyne Renardier a proposé en juin dernier une conférence sur « l'approche de la psychosomatique intégrative aux acouphènes ». Évelyne Renardier est une thérapeute psychosomatique traitant de cette pathologie particulière en relation avec le Professeur Kossowski.

Les trois communications de cette conférence de juin 2018 figurent dans ce numéro quatre de notre revue. J'ai proposé dans ma communication d'aborder l'image du corps sur le plan neuronal et sur le plan psychique afin d'élargir l'approche scientifique de la sensorialité vers l'investissement du corps tout au long du processus de maturation psychosexuelle. De cette façon on comprendra beaucoup mieux les processus d'investissement psychique et les pathologies qui en découlent.

Pour la psychanalyse qui s'interroge sur le corps : « Et si nos corps étaient eux-mêmes des étrangers – et même ce qu'il y a de plus étranger à chacun, non tant le corps de l'autre que le sien propre ? » (Revue n°23, Le corps est un étranger, p.16) ; cette citation nous permet d'ouvrir la discussion sur l'étrangeté du corps et l'investissement psychique du corps, car pour certains patients et pour certaines patientes, le corps est un autre. Freud écrit que le corps propre « est vu comme un objet étranger, mais en même temps, il livre au toucher des sensations de deux sortes, dont l'une peut être assimilée à une perception interne » et l'autre au toucher cutané, des sensations familières. Freud n'a pas élaboré une théorie du corps qui relève pour lui de l'anatomo-physiologie. (« Objet étranger » (le corps propre est vu comme un objet étranger) reproduit la traduction du « Moi et le ça » de Jean Laplanche en 1981).

Le point de vue de la Psychosomatique Intégrative est le suivant : Notre corps fait un tout avec la psyché dans l'unité psychosomatique. Nous devons apprendre à vivre les atteintes de notre corps pour faire face aux maladies, accepter et comprendre les troubles qui nous assaillent et lutter ensemble, corps et psyché, pour nous adapter. L'image du corps neuronal et celle du corps psychique, leur construction et leur intégration nous permettent de vivre une vie harmonieuse d'accepter et de vivre notre vie ; qu'est-ce que la vie sans corps ?

Exposé des points de vue de la Psychanalyse et de la Psychosomatique intégrative sur le Corps et en psychosomatique intégrative sur le corps malade, illustration par des exemples dont l'acouphène.

Jean Benjamin Stora, Paris, le 8 mai 2019

LES ACOUPHÈNES SUBJECTIFS CHRONIQUES

DR. LIONEL NACCACHE

Les **acouphènes subjectifs chroniques** sont un symptôme fréquent, potentiellement invalidant (de l'ordre de 200 000 à 250 000 cas en France), et le plus souvent sans cause somatique retrouvée. Dans environ 5 % des cas, s'observe **l'absence d'induction spontanée du « phénomène d'habituation »**. Leur potentiel **d'intrusion** dans la vie intérieure mentale, peut dès lors être très important. Ils deviennent alors sources **de retentissements psychoneurophysiologiques et psychiques parfois péjoratifs** : distorsions et régressions cognitives, marquages somatiques, états anxio-dépressifs, phobies sociales, handicap socio-professionnel.

C'est dire qu'ils authentifient la pertinence **de l'approche psychosomatique intégrative**. Tant de ses apports dans l'investigation clinique que des ressources psychodynamiques qu'elle peut permettre au concert multidisciplinaire de la prise en charge thérapeutique.

Du point de vue de la Psychosomatique intégrative, en effet, les acouphènes mettent en lumière les **interrelations complexes entre trois des cinq systèmes de l'Unité Psychosomatique** : le **Système nerveux central**, le **Système nerveux végétatif** et le **Système psychique**.

L'ordre des apports de l'intervention psychosomatique est multiple :

Par la place qu'elle donne **à la subjectivité et sa plainte**.

- Par son **investigation spécifique de l'anamnèse** qui met en relation les événements de vie et leurs résonances somatiques. Il s'agit de moments « marquants », **inscrits**. Faits de vie, où s'inscrivent simultanément les **traces mnésiques** des impacts subjectifs et corporels. Traces dont le devenir peut donner lieu à la voie de la « **complaisance somatique** ».
- Par le réel qu'elle pense des relations entre le **vécu psychique** et le **champ perceptif neurosensoriel**. Il s'agit de la différence entre **perceptions sensorielles et images neurophysiologiques** d'une part. Et d'autre part, les **représentations mentales psychiques** qui impliquent l'existence « réelle » des chaînes associatives qui ont lié la texture des traces mnésiques de histoire subjective et des événements somatiques.
- Par son approche de **l'apport défensif de l'appareil psychique dans l'homéostasie globale de l'unité psychosomatique**. Ce qui met en lumière la **participation économique du fonctionnement mental** au « **retentissement évolutif** » des événements symptomatiques, de leur vécu, et de la plainte subjective à laquelle ils donnent lieu.

ACOUPHÈNES SUBJECTIFS

PR KOSSOWSKI MICHEL

Résumé : Dans cet article le Pr. Kossowski s'intéresse aux acouphènes subjectifs, c'est-à-dire ceux pour lesquels aucune source sonore interne n'est identifiable (les sources internes pouvant être vasculaires, tumorales, tubaires, musculaires à type de myoclonie). L'acouphène devient pathologie par le retentissement fonctionnel et psychologique qu'il entraîne parfois, mais peut aussi être le symptôme révélateur d'une fragilité psychologique, d'une dépression, d'un burn-out, d'un stress...

Mots-clés : acouphène subjectif, sources vasculaires, tumorales, dimension psychologique

Summary : In this article Prof. Kossowski is interested in subjective tinnitus, that is to say those for which no internal sound source is identifiable (internal sources can be vascular, tumor, tubal, myoclonus-type muscle). Tinnitus becomes pathology by the functional and psychological impact it sometimes entails, but can also be the revealing symptom of psychological fragility, depression, burn-out, stress...

Keywords : subjective tinnitus, vascular sources, tumors, psychological dimension

INTRODUCTION

L'acouphène subjectif est un son perçu par un patient, indépendamment de toute source sonore identifiable, extérieure ou interne (acouphène objectif). Il peut être perçu de façon unilatérale, bilatérale mais parfois être plus diffus (« j'ai un acouphène dans la tête »).

Il s'agit d'un son simple (sifflement, bourdonnement, grillons, cocotte minute...) ce qui le différencie des hallucinations auditives qui sont la perception de sons complexes (musique, voix). L'acouphène n'est qu'un symptôme et non une pathologie avec son propre profil évolutif. Il devient « pathologie » par le retentissement fonctionnel et psychologique qu'il entraîne parfois, mais peut aussi être le symptôme révélateur d'une fragilité psychologique, d'une dépression, d'un burn-out, d'un stress...

Compte tenu des différentes perceptions et différents mécanismes probables, le terme d'acouphène est souvent utilisé au pluriel.

D'après un sondage IFOP publié dans « Le Point » en mars 2018, 14 à 17 millions de Français présenteraient des acouphènes, dont 2 à 4 millions sont permanents.

Dans ce propos, nous nous intéresserons aux acouphènes subjectifs, c'est-à-dire ceux pour lesquels aucune source sonore interne n'est identifiable (les sources internes pouvant être vasculaires, tumorales, tubaires, musculaires à type de myoclonie).

PHYSIOPATHOGÉNIE

Les mécanismes à l'origine des acouphènes subjectifs sont complexes.

Globalement on distingue les acouphènes auditifs, en lien avec une atteinte sur les voies auditives, et les acouphènes somato-sensoriels, pour lesquels une participation non auditive est suspectée.

1. Acouphènes auditifs (90 % des acouphènes subjectifs)

La cause est le plus souvent une atteinte neurosensorielle soit par des lésions de l'oreille interne, soit par des lésions du nerf auditif et la cause la plus fréquente est le traumatisme sonore. On constate alors un déficit auditif, le plus souvent une surdité de perception. Le défaut de codage d'une fréquence sonore lève l'inhibition naturelle qu'exerce l'oreille sur les noyaux auditifs, ce qui aboutit à une auto-production sonore directement par les noyaux auditifs, indépendante de toute stimulation sonore.

Cette information sonore chemine par les voies auditives centrales vers le thalamus :

- au niveau d'une zone auditive spécifique, directement reliée aux aires corticales (voie auditive primaire) ce qui rend la perception consciente et lui donne une signification ;
- au niveau d'une zone non spécifique vers laquelle convergent toutes les afférences somato-sensorielles, reliée au système limbique, impliqué dans la mémorisation, la signification émotionnelle mais aussi dans les réactions d'alerte, (voie auditive non primaire). La clé de la pérennisation des acouphènes et de leur conséquence repose sur le système limbique.

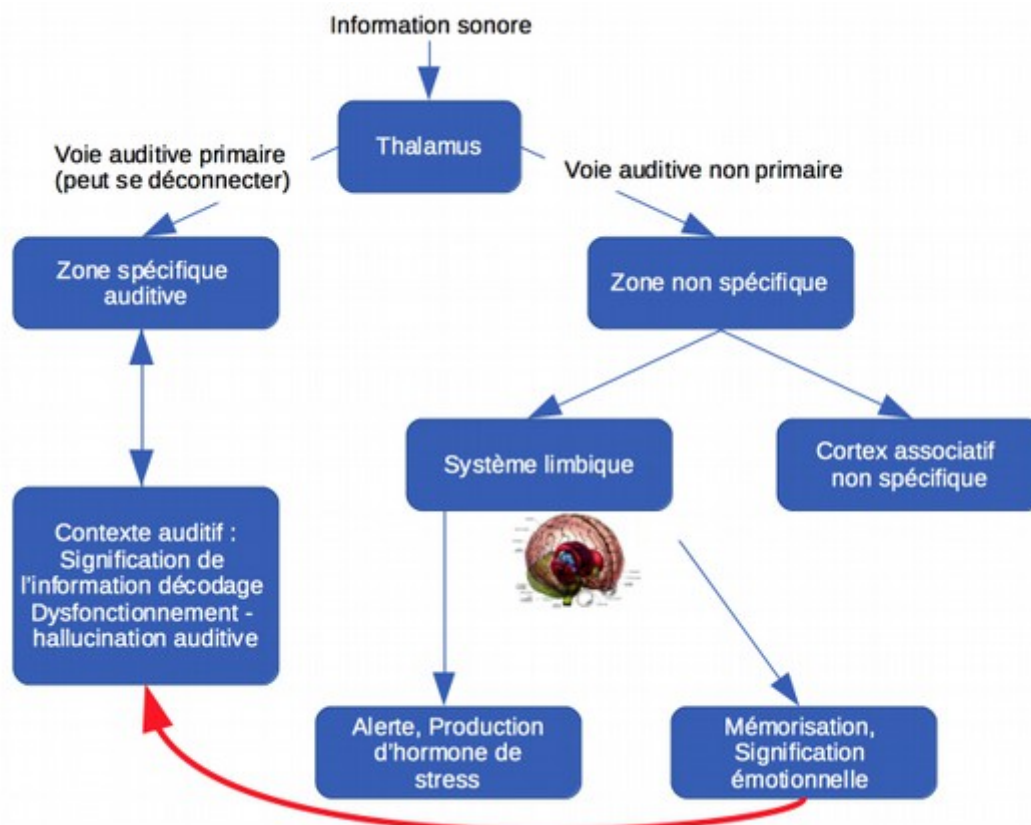


Illustration 1 : Schéma du cheminement de l'information sonore

2. Acouphènes somato-sensoriels

Ils peuvent être purs mais le plus souvent sont associés à une cause auditive (dans plus de 60 % des cas). Ils sont suspectés devant des acouphènes modulés par la contraction de la

mâchoire, la position de la tête, liés aux tensions musculaires cervicales. Les manifestations auditives liées à des phénomènes somato-sensoriels s'expliquent par des connexions entre les noyaux cochléaires et les fibres somato-sensorielles de la colonne postérieure et entre les noyaux cochléaires et les voies trigéminales. Il a été montré qu'en cas de surdité de perception, les noyaux cochléaires sont plus sensibles aux stimulations somato-sensorielles, d'où la possibilité de perception sonore après stimulation trigéminale.

Mais le thalamus est aussi impliqué, par la zone sensorielle non spécifique vers laquelle convergent toutes les informations sensorielles et sensibles, avec « des erreurs d'aiguillage » vers les voies auditives non primaires, puis le système limbique.

DÉMARCHE CLINIQUE

La démarche clinique comporte 2 volets : une démarche diagnostique et l'évaluation de l'acouphène.

1. La démarche diagnostique

La démarche diagnostique devant tout patient acouphénique est d'abord d'identifier un acouphène objectif dont le traitement de la cause permet sa suppression (par exemple le traitement d'une fistule vasculaire règlera la perception d'un acouphène pulsatile).

Puis on recherche une cause curable d'acouphène subjectif : bouchon de cérumen, otite séreuse...

Le bilan auditif, indispensable, permet d'évaluer un éventuel déficit auditif et sa nature.

En fonction de la démarche clinique, des explorations radiologiques sont parfois nécessaires (scanner de l'oreille, IRM de la fosse cérébrale postérieure).

L'interrogatoire recherche aussi des éléments pouvant orienter vers une participation ou une origine somato-sensorielle (bruxisme, tensions musculaires cervicales, masticatrices, cervicalgies...).

2. L'évaluation de l'acouphène

L'évaluation de l'acouphène est d'abord une évaluation des caractéristiques de l'acouphène puis une évaluation de son retentissement :

- Acouphénométrie : les caractéristiques de l'acouphène sont évaluées lors de l'examen audiométrique : on identifie la fréquence de l'acouphène, (le plus souvent située au niveau des zones déficitaires) et on évalue l'intensité relative. Le timbre, grave, médium ou aigu peut être une information intéressante pour le diagnostic étiologique. La mesure de l'intensité relative nous montre que 90 % des acouphènes ont une intensité située entre 0 et 10 dB : ceci permet d'expliquer au patient la faible intensité, malgré le ressenti parfois très invalidant décrit par le patient.
- L'évaluation du retentissement repose, outre sur les données de l'interrogatoire, sur des questionnaires validés (Tinnitus Handicap Inventory ou THI), ou sur des échelles visuelles analogiques évaluant entre 1 à 10 l'intensité ressentie mais aussi, de façon plus intéressante la gêne. Ces éléments sont capitaux pour guider la prise en charge thérapeutique.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

La prise en charge thérapeutique du patient acouphénique nécessite une collaboration pluridisciplinaire entre différents intervenants (médecin, audioprothésiste, ostéopathe, psychologue, sophrologue...).

Lorsqu'une pathologie responsable d'acouphènes subjectifs est identifiable, elle sera traitée (ablation d'un bouchon de cérumen, prise en charge orthodontique ou ostéopathique selon la participation somato-sensorielle suspectée éventuelle) mais parfois malheureusement l'acouphène persiste.

La prise en charge comporte 2 volets : prise en charge du symptôme, prise en charge du patient présentant le symptôme

1. Traitement du symptôme « acouphène »

Les traitements du symptôme « acouphène » sont :

- des traitements médicamenteux : de multiples thérapeutiques médicamenteuses sont proposées avec des résultats très variables (vasodilatateurs, oxygénateurs, anti épileptiques ou antidépresseurs à petite dose par analogie avec la prise en charge de la douleur de déafférentation) ;
- des thérapies sonores : le principe est l'utilisation de l'enrichissement sonore qui produit un effet de masque sur l'acouphène. Plusieurs types de thérapie sonores sont proposées :
 - des applications de bruits neutres (bruits de la nature, bruit blanc) téléchargeables sur téléphone portable,
 - appareils auditifs (soit bruiteurs = Tinnitus Retraining Therapy (TRT), soit appareillage auditif en cas de surdité restaurant la perception des fréquences déficitaires et donc tendant à neutraliser au mieux la levée d'inhibition des noyaux cochléaires, appareillage mixte, soit stimulation sonore visant à réaliser une désynchronisation au niveau des zones corticales)

2. Prise en charge du patient acouphénique

Le but de cette prise en charge est de dédramatiser l'acouphène pour en diminuer la nuisance. Le premier volet est l'explication donnée au patient avec des messages simples :

- L'acouphène n'est qu'un terme médical pour désigner un symptôme : ce n'est donc pas une pathologie.
- L'acouphène correspond à une manifestation d'un événement qui s'est produit sur les voies auditives : il n'a donc pas de potentiel évolutif propre.
- L'acouphène n'est pas le témoin d'un risque de perte auditive.
- La modulation de la perception de l'acouphène se fait au niveau central : les acouphènes subjectifs sont toujours de faible intensité, mais la perception dépend de notre système limbique.

Les traitements anxiolytiques, peuvent être utilisés en appoint lorsque l'anxiété est majeure. L'insomnie est souvent un facteur aggravant la perception à la tolérance aux acouphènes : on peut aussi avoir recours aux hypnotiques.

Une prise en charge psychologique est souvent nécessaire et les intervenants possibles sont nombreux. Il est important d'expliquer au patient que si l'acouphène est bien « réel », cette prise en charge vise à mieux en contrôler les conséquences, à l'aider d'être en situation de mieux contrôler son « pouvoir de nuisance ».

Enfin il faut savoir détecter derrière une plainte acouphénique un état de fragilité psychologique plus grave comme une dépression sévère, un burn-out, qui parfois peut conduire à une volonté de passage à l'acte.

CONCLUSION

Actuellement on ne supprime pas les acouphènes. La prise en charge thérapeutique est axée sur une meilleure neutralisation, un meilleur contrôle de ce symptôme, visant à enrayer un cercle vicieux. Cette neutralisation conduit parfois à ne plus le percevoir le symptôme, mais de façon exceptionnelle.

Les mécanismes physiopathologiques et la prise en charge thérapeutique sont similaires à ceux de la prise en charge de la douleur chronique, nécessitant une approche multidisciplinaire.

CAS CLINIQUE DE PAUL ACOUPHÉNIQUE CHRONIQUE

EVELYNE RENARDIER

Résumé : présentation d'une vignette clinique d'un patient acouphénique chronique suivi en psychosomatique intégrative. Cette présentation met en exergue le stress qui est souvent rapporté en étiologie ORL ainsi que deux traumatismes vécus non élaborés, liés à l'abandon de ses deux parents, à des moments charnières de sa petite enfance qui ont altéré son développement psychosexuel.

Mots-clés : Acouphène, psychosomatique intégrative, traumatisme, secret de famille

Summary : presentation of a clinical vignette of a chronic tinnitus patient followed by integrative psychosomatics. This presentation highlights the stress that is often reported in ENT etiology as well as two unimagined traumas experienced, related to the abandonment of both parents, at pivotal moments of his infancy that have altered his psychosexual development.

Key words : Tinnitus, integrative psychosomatic, trauma, family secret

INTRODUCTION

Les acouphènes subjectifs chroniques sont un symptôme fréquent dans les pays industrialisés et représentent 10 à 15 % de la population dont 1 à 3 % de patients qui souffrent d'acouphènes invalidants.

Le son perçu dans l'oreille du patient peut être vécu comme une réelle souffrance psychique, et une intrusion dans la vie intérieure quotidienne. Les retentissements psycho-neuro-physiologiques peuvent entraîner des distorsions et régressions cognitives, des états anxio-dépressifs, du stress et des phobies sociales.

Ce symptôme que l'on assimile couramment à une situation de douleur chronique ; répertorié par l'OMS met en évidence pour nous le fait que la prise en charge qu'offre l'approche psychosomatique intégrative a toute sa place dans l'investigation clinique et l'offre d'une prise en charge thérapeutique complémentaire. Ce symptôme sensoriel est souvent révélateur de souffrances psychiques sous-jacentes profondes.

Cette pathologie ORL met en exergue, l'importance conceptuelle de la théorie des cinq systèmes développée par le professeur Jean-Benjamin Stora. Précisément, dans le cas des acouphènes, interviennent les interrelations complexes entre trois des cinq systèmes constitutifs de l'**Unité Psychosomatique** : **le système nerveux central, le système nerveux végétatif et le système psychique**. Ce dernier nécessitant de prendre en compte le contexte social, familial, culturel et professionnel, ainsi que l'histoire des événements de vie du patient.

La présentation du cas clinique de Paul, que j'ai suivi selon l'approche Psychosomatique Intégrative pendant une période de deux ans permettra d'illustrer ces données conceptuelles.

Paul m'est adressé en 2015 par une psychologue clinicienne avec laquelle je travaille, pour une problématique d'acouphènes et de perte d'audition.

Quand je le reçois à mon cabinet, il est âgé de 70 ans, à la retraite depuis 5 ans (ancien cadre dirigeant d'une société d'informatique). Il est marié, sa femme Lisa est également à la retraite. Ils sont tous les deux de nationalité polonaise, originaires d'une région proche de la frontière

allemande, près de Berlin. Il vit en France depuis l'âge de 40 ans pour des raisons professionnelles.

Ils ont deux enfants, un garçon de 38 ans et une fille de 35 ans. Il souffre d'acouphènes depuis l'âge de cinquante ans, de manière épisodique. Depuis six mois, de nouvelles crises d'acouphènes sont survenues dans le contexte du divorce de sa fille. Cette souffrance psychique lui a généré beaucoup d'anxiété, de stress et d'inquiétude pour son petit-fils.

De prime abord, Paul m'apparaît comme un homme courtois, cultivé avec un léger accent parlant très bien le Français. Il paraît plus jeune que son âge et paraissant toujours très souriant. Mais très vite, je perçois son état d'anxiété généralisée. La présentation de lui-même m'apparaît donc comme une façade. Il fonctionne sur un mode de faux self, accompagné d'un discours factuel sur un mode opératoire.

ANAMNÈSE ACOUPHÈNES : (ILLUSTRATION 1)

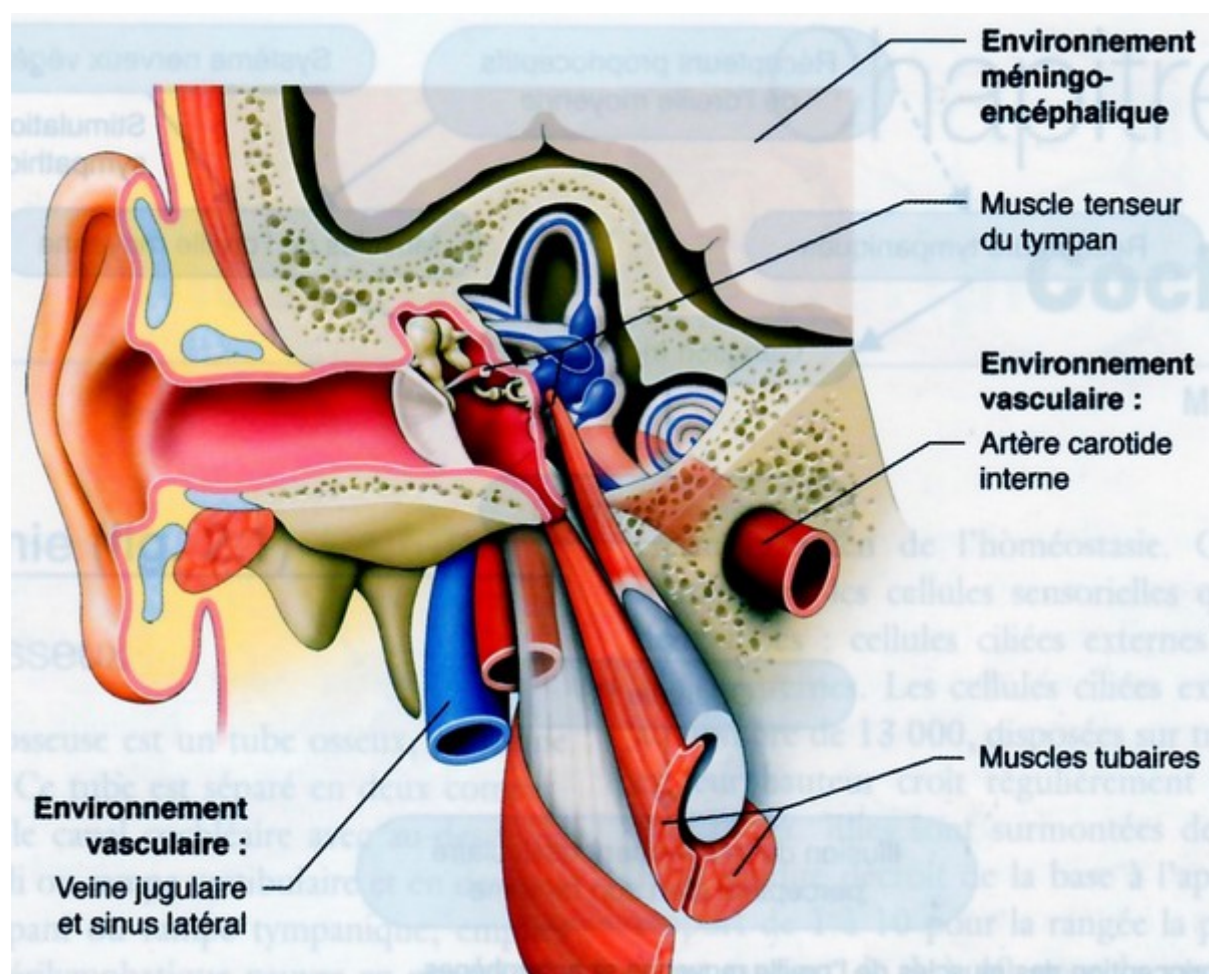


Illustration 1 : oreille moyenne : Caisse du tympan : environnement vasculaire et relation entre le muscle tenseur du marteau et les muscles du voile et de la trompe auditive, les acouphènes, diagnostic, prise en charge et thérapeutique (Ohresser, 2017, p 5)

Paul a des acouphènes et un début de surdité sur l'oreille droite (il doit être appareillé sur cette oreille). Ses premiers acouphènes sont apparus à l'âge de cinquante ans lors d'un voyage, de façon épisodique et n'ont jamais disparu.

À cinq ans, suite à une otite aiguë mal soignée, il a eu une mastoïdite¹ qui a nécessité une mastoïdectomie² à l'oreille gauche.

Début mai 2011, Paul consulte un ORL qui lui diagnostique **une hypoacousie³ mixte à droite à prédominance transmissionnelle** plus importante sur les aigus.

Fin 2011, un examen plus approfondi (scanner cérébral) est demandé par un autre ORL qui ne révélera pas de lésion. Il n'a pas de vertiges ni d'acouphènes pulsatiles (sensation de vibration dans l'oreille). Depuis, son sommeil est très perturbé. Principalement des problèmes d'endormissements et de réveils nocturnes. La gêne occasionnée par les acouphènes l'empêche de se rendormir. De ce fait, il a la sensation de ne pas avoir eu de sommeil récupérateur d'où sa grande fatigue de la journée. Les moments où il entend le plus ses acouphènes sont le matin et le soir, surtout dans le calme et le silence à la maison.

Le son qu'il perçoit dans l'oreille correspond à un sifflement aigu. Depuis 2008, il a consulté de nombreux ORL. Le plus récent à l'hôpital Georges-Pompidou, lui prescrit les examens suivants : IRM, et scanner ; et sur le plan thérapeutique de faire des séances de générateur de bruit blanc (thérapie sonore à l'aide de bruits blancs, fonctionnant sur le principe d'une rééducation du cerveau qui consiste à les délaissier en arrière-plan afin qu'ils soient moins gênants au quotidien). Cela n'apportera aucune amélioration.

Suite à cet échec, il ira voir de nombreux autres praticiens (nomadisme médical courant des patients acouphéniques chroniques) : ostéopathe, magnétiseur, musicothérapeute, auto-hypnose...

Stricto sensu, il me dit que ses acouphènes sont souvent prégnants lors d'épisodes de stress et d'angoisse, et qu'ils sont majorés par la mauvaise qualité de son sommeil. Le questionnaire que je lui fais remplir lors de notre premier entretien est le **THI**⁴.

Son **THI de départ est de 38 points** ce qui correspond à une échelle de niveau 3 qui équivaut à **un handicap moyen** (perçu en présence d'un bruit de fond, les activités quotidiennes peuvent malgré tout être effectuées) ; son **échelle EVA**⁵ (de gêne de l'acouphène AFREPA⁶) est **de 8 points**.

¹ Mastoïdite : Inflammation de la mastoïde qui est à la base de l'os temporal. La mastoïde comporte des cavités aériennes en communication avec la caisse du tympan par un petit canal très court (Trompe d'Eustache). Ces cavités joueraient un rôle de résonateur comme les caissons de basses dans les haut-parleurs. L'inflammation de la caisse du tympan peut dans certains cas gagner la mastoïde qui va s'enflammer à son tour entraînant une mastoïdite. La mastoïdite survient :

- comme complication d'une otite aiguë par propagation aux cavités mastoïdiennes ;
- comme complication d'une otite chronique mal soignée : mastoïdite masquée ou décapitée (otite dont le traitement antibiotique est mal adapté).

² Mastoïdectomie : C'est une intervention chirurgicale au cours de laquelle on retire une partie de l'os infecté. On effectue une mastoïdectomie pour soigner une mastoïdite ou un cholestéatome qui s'est propagé à la mastoïde.

³ Hypoacousie : baisse de l'acuité auditive plus ou moins importante, jusqu'à la surdité.

⁴ THI (Tinnitus Handicap Inventory) : C'est un test scientifique élaboré par les ORL qui permet d'objectiver une amélioration en fin de parcours clinique, notamment si les acouphènes sont moins gênants dans sa vie quotidienne. THI questionnaire Tinnitus Handicap Inventory (Ohresser, 2017, p 29)

⁵ Echelle EVA (échelle visuelle analogique de gêne de l'acouphène), (Ohresser, 2017, p 31)

⁶ AFREPA : Association Francophone des Équipes Pluridisciplinaires en Acouphénologie

PRISE EN CHARGE EN SOPHROLOGIE

Nous commençons un parcours de plusieurs séances de sophrologie suivant un protocole adapté pour ses acouphènes chroniques invalidants.

Le travail consiste :

- Au départ, à l'écouter avec empathie, le rassurer, l'informer, faire ce que j'appelle « **la pédagogie du symptôme** ».
- Ensuite concevoir avec lui des stratégies pour lui apprendre à se reconnecter à des sensations de plaisir afin qu'il ne s'isole plus et reprenne une vie quotidienne normale.
- Réintroduire des sons agréables à entendre dans son univers sonore.
- S'approprier par certaines techniques sophrologiques « **à dé-focaliser son attention sur autre chose que ses acouphènes** », comme des sons agréables lorsque l'acouphène le fait trop souffrir pour que « **le processus d'habituation** »¹ se mette en place.

Dans ma pratique, je remarque souvent que la vie quotidienne des patients acouphéniques est altérée et occasionne de nombreux troubles psychiques, comportementaux et physiques.

Paul comme beaucoup de patients acouphéniques chroniques présente de nombreuses tensions musculaires dans le corps, situées en périphérie et plus particulièrement au niveau du cou, (cervicalgies) et des trapèzes.

J'axe mes premières séances de sophrologie suivant un protocole acouphène pour lui permettre de relâcher les régions du corps tendues par le truchement d'exercices de RD², accompagné d'exercices respiratoires pour relâcher son diaphragme.

En fin de parcours, je lui refais passer le test du **THI final** qui est égal cette fois-ci à **16 points**, ce qui correspond à **un niveau 1** soit **un handicap léger** (uniquement perceptible dans un environnement calme), **l'échelle EVA est égale à 4**, nous indique une baisse significative mais pas encore assez satisfaisante pour lui.

1. L'habituation

C'est un phénomène par lequel, au terme d'un certain délai, **un stimulus répété de façon chronique** voit **les réponses** qu'il déclenche **diminuer, voire disparaître**. Alors que le phénomène **d'extinction** concerne les réponses conditionnées ; l'habituation concerne les réponses inconditionnelles non apprises.

La diminution est **graduelle** et **prolongée**. Elle concerne l'intensité et /ou la fréquence de la réponse.

L'habituation est spécifique du stimulus. Elle peut s'observer pour chaque stimulation du champ perceptif.

D'un certain point de vue, « l'habituation » revient à **un apprentissage et à une accoutumance inconsciente** face à la présence de la stimulation.

Les mécanismes en jeu, **complexes** et **multivoques** sont incomplètement élucidés. Ils apparaissent de nature **neurophysiologique** et **psychologique**. On conçoit aisément que la dynamique de ce phénomène n'a rien à voir avec les questions de l'habitude.

¹ Cf. ce point compte tenu de son importance dans le chapitre 1. L'habituation page 15

² RD : Relaxation Dynamique, Jacobson, Schultz

Tout se passe comme si, la réponse au stimulus, l'intégration dynamique cérébrale avait la stimulation comme **non pertinente** et la destituait mentalement de sa valeur informationnelle.

On observe du fait de l'habituation, un état de **désensibilisation** voire **d'indifférence cérébrale** et **mentale** à l'égard de la stimulation.

2. Modèle de Jastreboff : (Illustration 2)

Il date des années 1990. Les notions ont évolué depuis ; il reste néanmoins essentiel. Il a offert une première théorisation globale des mécanismes en jeu dans la genèse des acouphènes ainsi que leurs retentissements neuropsychologiques possibles.

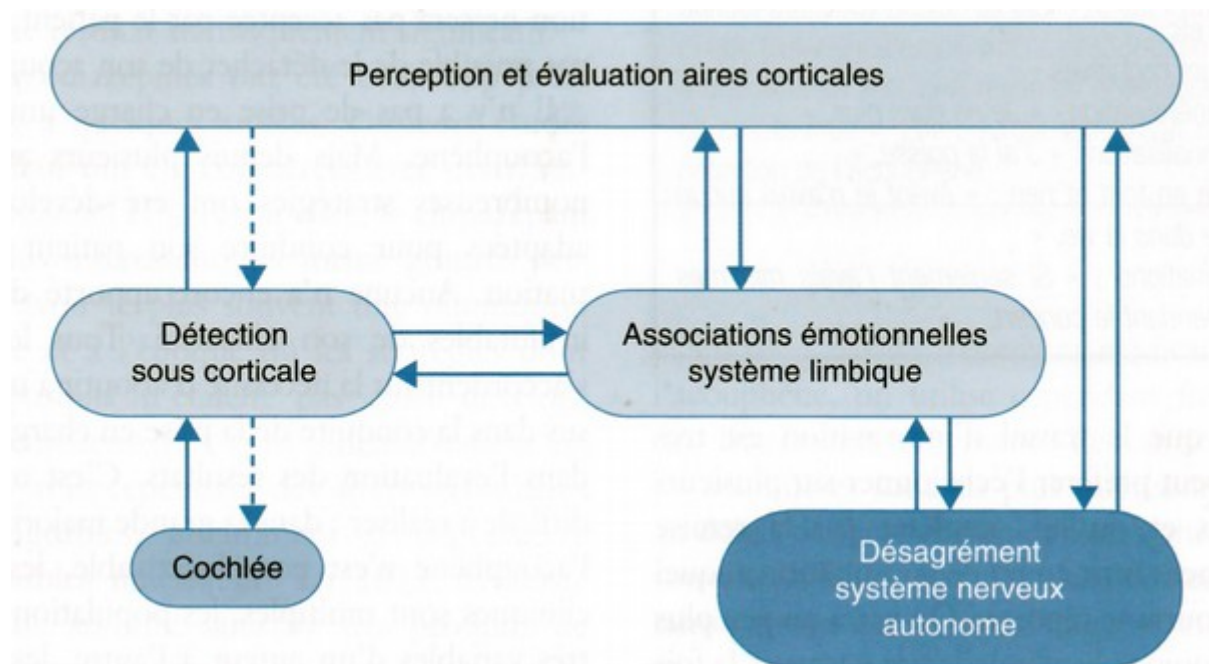


Illustration 2 : Modèle neurophysiologique d'après Jastreboff et Hazell (Ohresser, 2017, p 49)

Trois étapes de traitements chronologiques et fonctionnels sont décrites :

- **La génération** du signal neuronal transmis par le nerf auditif. À cette étape, la part lésionnelle périphérique intervient.
- **La détection**, une fois généré le signal est transmis puis détecté par les structures cérébrales sous corticales dans le bruit de fond de l'activité spontanée du nerf auditif.
- **La perception**, troisième temps du traitement cérébral, là aussi les opérations sont multiples. Il est important de noter les interrelations activatrices et rétro activatrices entre les différentes structures impliquées.

On notera de plus que certaines personnes établissent dans la modélisation théorique, une analogie entre acouphènes et « douleurs d'un membre fantôme » où les désafférentations induisent remaniements et dysfonctionnements centraux.

3. Les acouphènes et le stress

Même dans le cas où l'on retrouve une atteinte anatomique de l'oreille interne, il faut systématiquement rechercher des **agents facteurs de stress**. Les acouphènes surviennent en effet le plus souvent au cours d'épisodes chargés de stress (Ohresser, 2004, p 27) et de débordements mentaux, on voit se réactiver les affects de traumatismes antérieurs. Ceci souligne que la genèse des acouphènes chroniques ne saurait être comprise comme relevant uniquement d'une pathologie lésionnelle otologique ou non.

Elle implique, en effet un dysfonctionnement du traitement central du signal sonore.

Celui-ci est pris en charge par des structures cérébrales auditives mais, également, par des structures non – auditives impliquées dans différentes fonctions : cognition, mémorisation des expériences vécues, affectivité, réactions neurovégétatives.

Ces éléments soulignent pour le **Psychosomaticien, l'implication du Système Psychique de par sa fonction de liaison entre affects, pensées et comportements**.

Simultanément, **les acouphènes peuvent en eux-mêmes constituer un agent facteur de stress** par la perturbation qu'est la situation à laquelle ils confrontent le sujet : une perception purement interne dont la cause n'est pas compréhensible. Alors que physiologiquement tout son non-identifié constitue un signal d'alerte.

Ils confrontent de plus les patients à de multiples questions, quant à la maladie : évaluation ? Aggravation ? Amplification ? Précèdent-ils une maladie grave ? Vont-ils être présents à vie ? Etc.

4. Eléments de Psychosomatique Intégrative

À la lumière des éléments neurophysiologiques et cliniques, l'apport de la Psychosomatique Intégrative théorisant l'être humain comme « **unité psychosomatique** » se révèle évident constitué des cinq systèmes.

Il apparait que la genèse des acouphènes subjectifs et de leurs vécus asymptomatiques, impliquent directement **3 des 5 systèmes à savoir** :

- **SNA (système nerveux autonome)**
- **SNC (système nerveux central)**
- **SP (Système psychique)**

Dans son ouvrage « **La Neuro-Psychanalyse** » (Stora, 2006, p 30), le Professeur Jean-Benjamin Stora explicite les deux niveaux d'intégration du schéma corporel, à savoir :

- Le niveau neuronal central
- Le niveau psychique

Il les décrit comme « complémentaires et inter-reliés ».

Il ajoute que le niveau neurophysiologique central (dont il précise qu'il s'agit de ce que le professeur Antonio Damasio nomme « corps dans le cerveau ») permet à partir d'images sensorielles auditives de former des « configurations neuronales » que le cerveau transforme en « configurations mentales » ou images d'un objet « sensoriel ».

Quant au niveau psychique, le Professeur Jean-Benjamin Stora cite dans le même ouvrage « *l'hypothèse freudienne concernant la douleur* » : « *ce n'est pas de l'entité matérielle corporelle dont il s'agit, mais de son représentant psychique dans le schéma corporel psychique* » (Stora, 2006, p 30).

On comprend dès lors, l'importance des inscriptions mnésiques des événements somatiques et psychoaffectifs de l'histoire subjective du patient, ainsi que leur impact sur le fonctionnement mental sont essentiels :

- La part des événements somatiques pathologiques du passé autant que celle des traumatismes psychiques antérieurs, et de leur potentiel de réactivation du ressenti psychique¹.
- **Les sources de surinvestissement psychique** et de « **complaisance psychosomatique** »
- Ainsi que la part de « **signification symbolique** » du symptôme et de la plainte qu'il génère.

Ancrée dans l'anamnèse psychosomatique, l'investigation de la Psychosomatique Intégrative donne toute sa place aux événements inscrits de l'histoire sujet et l'évaluation des ressources économiques somatiques autant que psychiques (l'appareil psychique étant défini comme appareil dans de liaison entre affects, pensées et comportements).

La Psychosomatique Intégrative peut à partir de son investigation, conjointement aux autres thérapies, offrir une cure psychothérapeutique psychosomatique, visant à repérer et réparer les déchirures de la texture psychique.

PRISE EN CHARGE EN SOPHROTHÉRAPIE :

La prise en charge en sophrologie se centre progressivement sur sa phobie du bruit qui tend à se transformer en anxiété généralisée ainsi que les problèmes de sommeil. Je constate que les séances de sophrologie ne sont pas suffisantes, et lui propose de le suivre en sophrothérapie pour éviter les fixations mnésiques du symptôme acouphénique.

À présent, je propose donc de travailler sur ses schémas cognitifs² puis de le suivre en thérapie de psychosomatique intégrative.

Souvent ce type de patient acouphénique chronique fonctionne sur un mode opératoire. Le sujet a du mal à effectuer des liaisons de représentations, d'allers-retours dans le passé / présent et ne se souvient pas de ses rêves.

D'autre part, j'ai observé qu'avec l'aide d'un questionnaire sur les schémas cognitifs, le patient a souvent plus d'aisance à parler de son enfance et de son histoire de vie.

¹ Joyce McDougall dans son livre : Théâtre du corps dit : « *Le dysfonctionnement psychosomatique comme réponse à des conflits de tous ordres peut être conçu comme un symptôme dans lequel (comme dans l'hystérie névrotique classique) la psyché cherche, avec des moyens primitifs et infra-verbaux, à envoyer des messages qui seront interprétés somatiquement. Ainsi, dans les états psychosomatiques, un organe, ou une fonction corporelle, nullement perturbés pour des raisons organiques, peut agir comme s'il était appelé à répondre psychiquement à une situation conflictuelle ressentie comme biologiquement menaçante* » (McDougall, 1989, p 11)

² Définition des schémas cognitifs : Le concept des schémas cognitifs est issu de la psychologie cognitive et a été élaboré par le psychologue Aaron Beck (Beck, 1976). Il désigne des connaissances ou des croyances de base qui constituent la compréhension qu'une personne a d'elle-même, du monde et des autres. Les expériences de vie, notamment les expériences précoces qui ont contribué à le façonner.

HISTOIRE DE VIE ET MÉDICALE DU PATIENT :

Avant de commencer ma présentation, je souhaite vous spécifier que je vais inclure des éléments socio-culturels historiques qui sont majeurs, essentiels à mon avis, pour mieux appréhender la structure et la personnalité de mon patient à l'aune de son histoire de vie personnelle mis en exergue par son milieu environnemental, socio-culturel dans un contexte géopolitique particulier, lié à l'histoire de la Pologne.

Paul est l'un de mes tous premiers patients que j'ai suivi en Psychosomatique Intégrative. In fine, je trouve qu'il est tout à fait représentatif de la théorie développée par le Professeur Jean-Benjamin Stora, qui consiste : à avoir une approche globale du patient, de ses maladies, puis d'être dans la capacité d'établir une corrélation entre les 5 systèmes qui génère un quantum d'excitations, à savoir :

- Le **système psychique** du patient,
- Le SNC, **système nerveux central**,
- Le SNA, **système nerveux autonome**,
- Le **système immunitaire**,
- Le **système génétique** et **protéomique**

Sachant que ces **5 systèmes sont interreliés** les uns aux autres ; **tout en tenant compte** aussi de l'**environnement social, culturel, familial, professionnel** et **historique** du patient.

Dès son origine, l'**histoire** de Paul est **singulière, atypique**, et tournera autour d'un secret de famille relatif à sa naissance. Il est né dans un contexte de Seconde Guerre mondiale en Pologne, à la frontière allemande dans un petit village agricole.

L'histoire de son pays et sa situation géographique pendant la guerre l'ont amené à parler le polonais, l'allemand et à comprendre le russe.

Paul est un **enfant adultérin**, né au début de la seconde guerre mondiale, d'une liaison de courte durée avec un notable du village. Sa mère Sylvie est mariée et a déjà trois enfants qui se nomment Lise 20 ans, Nathalie 15 ans, Emmanuel 10 ans. Son père biologique est le maire du village, et il ne souhaitera pas le reconnaître de peur qu'un gros scandale n'éclate. Ils décideront conjointement de se taire et de ne jamais révéler leur histoire.

Le mari de Sylvie ne sera jamais au courant que son dernier enfant n'est pas de lui.

Paul provient d'une famille pauvre, d'éleveurs de bovins. Tous leurs enfants sont élevés dans un contexte de guerre et de fascisme sans argent.

Dès sa naissance, il a des otites à répétition mal soignée. Il n'y avait pas de médecin pendant la guerre dans son village et ses parents ne possédaient pas beaucoup d'argent pour soigner tous leurs enfants. Paul représentait pour sa mère : « une bouche de plus à nourrir ».

Il relate que sa mère se montrait peu chaleureuse avec lui, aucune démonstration d'affection, de tendresse comme paraissant inexistant à ses yeux.

A 1 an, il a été opéré des végétations (dans un contexte de guerre en Pologne).

Il se remémore peu de souvenirs de sa petite enfance, ce pan de vie reste très flou. Il se souvient avoir passé d'assez bons moments avec son frère et ses sœurs, surtout avec Nathalie et Lise qui s'occupaient régulièrement de lui, jouant le rôle de leur mère, les deux s'occupent de lui, comme des substituts maternels (pare-excitations). Le couple travaillait à l'exploitation tous les jours, même le week-end, jamais de vacances ni de repos.

1. 1^{er} traumatisme

À l'âge de 5 ans, sa mère lui annonce qu'elle ne peut plus le garder. Elle n'a plus assez d'argent pour subvenir à ses besoins, lui permettre de poursuivre ses études. Puis elle lui explique qu'elle va le confier à son oncle Pierre qui est plus fortuné qu'eux et sans enfant.

En réalité, ce dernier est son père biologique, il ne l'apprendra qu'à un âge avancé adulte et a toujours pensé que Pierre était son oncle.

L'abandon de sa mère sera vécu par Paul comme un véritable déchirement. Il souffrira d'être séparé de sa famille, et plus particulièrement de ses deux sœurs, qu'il nommait « ses deux mamans ». Il ne comprend pas pourquoi, il devait quitter sa famille sans plus d'explication. Il me dit qu'à partir de cette époque s'être coupé de toute émotion.

Cette période de vie génère beaucoup de souffrance, il n'a plus ses deux pare-excitations représentées par ses deux sœurs. Paul n'a plus d'objet¹.

Quelques mois après son arrivée chez son oncle Pierre et sa femme Claire, Paul aura une otite aiguë mal soignée qui se transformera en une mastoïdite à l'oreille gauche. Quelque temps après, il sera opéré d'une mastoïdectomie et perdra l'audition de cette oreille. Il restera trois mois à l'hôpital ressentant beaucoup de douleur à l'oreille et psychologiquement. Il se sentira très seul dans ce long dortoir et aura très peu de visites, excepté sa mère biologique Sylvie qui viendra le voir deux fois.

Cet abandon engendrera des blessures narcissiques physiques et psychologiques qui se reporteront sur la perte d'audition d'une oreille et son quantum d'excitations non évacué m'amène à proposer l'hypothèse d'un début de dépression essentielle.

2. 2^e traumatisme

À la fin de la guerre, son père biologique a quitté le village pour s'installer dans une grande ville à la frontière allemande pour créer sa propre entreprise de négoce. Il a une dizaine d'employés et travaille énormément. Paul ne le voit pas souvent. Cette nouvelle vie se déroule plutôt bien. Il est ravi d'avoir sa propre chambre. Par ailleurs, c'est sa prétendue tante Claire qui en réalité est sa belle-mère, institutrice qui s'occupe de lui la plupart du temps (elle n'a pas pu avoir d'enfant). Il dira que le lien a du mal à se créer entre eux ; elle est assez autoritaire et froide avec lui. Cependant elle l'aide à faire ses devoirs. Lorsque son oncle (son vrai père) est présent le soir, il ne parle pas beaucoup, toujours absorbé par ses affaires. Il décrit son père comme un homme triste, mélancolique peu loquace mais gentil avec lui. Ce nouveau contexte familial le change de son autre famille. Et les rares fois, où il retournera voir sa famille d'origine, il ressentira progressivement un profond malaise, une jalousie de son frère et de ses sœurs, et un clivage de vie. Il ne se sentira plus du tout aimé par cette famille et rejeté. Et il dira au final : « leur avoir tourné le dos ». À sa nouvelle école, Il se fait de nouveaux amis où personne ne connaît ni son histoire ni sa mère biologique.

Un autre traumatisme viendra perturber Paul lorsqu'il aura 8-10 ans (il ne se souvient plus très bien de l'âge exact), le suicide de son père.

Quelques heures avant ce drame, Pierre le convoque dans sa chambre et a une longue discussion et lui demande « d'être fort lorsqu'il ne sera plus là, maintenant tu es en train de devenir un homme ». Sur le moment, Paul est interloqué par ces propos. Seulement peu de temps après, il comprendra la signification de cette phrase et l'interprétera comme « une sorte

¹ Sándor Ferenczi dans son livre : Le traumatisme dit : « *Le choc est équivalent à l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le soi propre. Il se peut aussi que les organes qui assurent la préservation du soi abandonnent, ou du moins réduisent, leurs fonctions à l'extrême* », (Ferenczi, 1934, p 33)

d'adieu. » Il se sentira coupable de ne pas avoir compris le mal-être de son père et de ne pas avoir pu le sauver.

Le suicide de son père lui déclenche énormément de culpabilité et de honte. Il s'en veut de n'avoir pu le sauver. Perte des deux imagos parentales. Ses mécanismes de défense se renforcent (intellectualisation et rationalisation) ainsi qu'une période de sur-stress trop importante. Après la mort de son père, il restera vivre avec Claire. Ce décès engendra une atmosphère pesante, lourde et triste dans la maison. Elle aura beaucoup de mal à faire le deuil de son époux et n'aura jamais d'autre homme dans sa vie. Elle n'a plus d'autre famille que Paul.

Ses brillants résultats scolaires lui permettront d'obtenir une bourse pour accéder au collège et au lycée dans des structures qu'il appelle « socialistes polonaises ».

Il ne garde pas non plus un très bon souvenir de cette époque qu'il nomme « **d'endoctrinement moral, culpabilisateur** » mais il reconnaît que ce système lui a permis d'accéder aux études supérieures, de devenir rapidement indépendant.

C'est à partir de cette période, après le décès de Pierre que Paul se tournera vers l'extérieur, recherchant la compagnie d'autres enfants comme « une sorte de chaleur fraternelle » avec sa bande de copains. Toute son énergie libidinale sera consacrée aux études et aux sports. Il dit ne rêver qu'à une chose, devenir rapidement autonome pour se débrouiller tout seul et gagner rapidement de l'argent.

Son investissement libidinal se reporte sur les études, le sport et le groupe de copains lui servent d'étayage, de pare-excitations. Il se coupe de tout affect.

Après avoir réussi son baccalauréat vers l'âge de 18 ans, il rentrera à l'université pour préparer son diplôme d'ingénieur informaticien et rencontrera peu de temps après sa future épouse Lisa qui deviendra traductrice. Il dit : « ce sont mes meilleurs souvenirs de jeunesse avec Lisa, nous partagions tous ensemble ». ***Lisa devient son nouveau substitut maternel et pare-excitations ; ce qui lui procure un meilleur étayage.***

Vers 28 ans, il apprendra par un parent éloigné « ce secret de famille » la vérité sur sa naissance. Le lendemain, il a un accident de voiture (fracture du bras). Il est bouleversé, anéanti. Il ne comprend pas pourquoi sa famille lui a toujours caché la vérité. Il apprendra beaucoup plus tard que son frère et ses sœurs étaient au courant. Suite à cette révélation, ce lourd secret, il ne voudra plus jamais revoir sa mère biologique.

Il retourne son agressivité contre lui (sa part masochique) il est dans l'incapacité d'exprimer sa colère contre ses deux parents biologiques.

En 1971, il obtient son diplôme d'ingénieur informaticien et trouve très vite un poste dans une société d'informatique de renom où il commence une carrière de programmeur. Possédant un peu plus d'argent, il se marie avec Lisa et ont leur premier enfant (un garçon) puis deux ans après (une fille). Au fur à mesure que les années passent, il gravit les échelons de façon fulgurante. Autour de la quarantaine, sa Société lui propose un nouveau poste à Paris en tant que Directeur.

Il part vivre avec toute sa famille à Paris, sa femme obtient un poste de traductrice à l'ONU. Ce déménagement suscitera un véritable bouleversement, générant beaucoup de stress pour lui et sa femme, excepté les deux enfants qui vont vite s'adapter et s'intégrer à la vie parisienne.

C'est une grande déception, ce poste si attrayant ne correspond pas tout à fait à la réalité. Il se sent déraciné, a beaucoup de mal à s'adapter à son nouvel environnement étranger. C'est une période de stress.

Vers la cinquantaine, il est muté en Inde et cette fois-ci pour la fonction de directeur des Ressources Humaines. Enfin le poste qu'il attendait tant (sorte de Graal d'après lui). Durant cette période, il se dit heureux, tout à fait épanoui dans sa nouvelle fonction, se sent en adéquation totale avec ce nouveau mode de vie hindou qui selon lui, ressemble plus au mode de vie calme et pastoral de la Pologne.

Pendant ses week-ends, il s'adonne à une nouvelle passion, l'écriture. Il dit que ce continent rempli de contrastes l'inspire. Sa femme et lui-même ont de nombreux domestiques.

Ce nouveau mode de vie d'expatrié ne lui convient pas, elle se sent étrangère dans ce pays si différent de l'Occident. Elle en a assez de le suivre à chaque fois, de déménager et, ne trouvant pas de poste intéressant, décide d'arrêter de travailler. Elle commence à s'ennuyer en Inde ; sa fille s'est installée à Cannes et son fils à Mandelieu. Ses enfants lui manquent énormément. Pour vaincre son ennui, elle s'inscrit à la chorale de la seule église de la ville. Elle a toujours désiré apprendre le chant. Au bout de plusieurs mois, elle tombe amoureuse d'un des choristes et a une liaison avec lui.

Paul commence à s'apercevoir du changement d'attitude de sa femme envers lui, elle devient de plus en plus distante et froide. De nombreuses disputes explosent dans le couple et un jour elle lui annonce qu'elle veut le quitter et entamer une procédure de divorce. Là, c'est l'électrochoc pour lui, tout ce qu'il avait réussi à construire pour sa famille s'effondre.

Par la suite, il fait tout pour reconquérir sa femme, lui promettant de tenir compte davantage de ses besoins. Cet événement le fragilise, il sombre dans la dépression et entame une psychothérapie pendant six mois.

La dépression correspond à effondrement narcissique. Il entame une psychothérapie et sera sous antidépresseurs pendant 3 mois. Réactivation de son schéma d'abandon surtout de la mère qui vient se fixer sur l'oreille (le stress entraîne l'activation du système orthosympathique et occasionne l'apparition de premiers acouphènes).

Entre-temps, les choses se sont arrangées entre eux, leur couple s'est maintenu. En 2001, ils rentrent tous les deux à Paris et il obtient un poste beaucoup moins intéressant par rapport à sa vie antérieure en Inde.

— Acouphènes, dépression essentielle et stress combinés – il sera suivi par un autre psychologue durant plusieurs mois, mais il dit ne pas accrocher avec le thérapeute. (constat : pas d'élaboration, incapacité d'accès à son inconscient, mode opératoire, absence de représentation et symbolisation).

En 2007, il prend sa retraite et commence à voyager. Puis, il achète une maison près de Cannes pour se rapprocher de ses enfants. Il décide de passer sa retraite entre Paris et Cannes et garde son appartement parisien où il y séjourne la moitié de l'année. Au bout de plusieurs mois d'inactivité, il s'ennuie Il dit : « avoir toujours été hyperactif, dans le feu de l'action » et décide de recontacter son ancienne Société qui lui propose de devenir consultant senior.

À nouveau réapparition des acouphènes avec hypoacousie mixte droite à prédominance transmissionnelle et hypoacousie perceptive à gauche (début de surdité à droite). Cet état réactive le traumatisme de son opération à 5 ans et sa peur de devenir sourd.

De 2013 à 2015 ses acouphènes reviennent et lui génèrent des problèmes de sommeil. Pour y remédier, il suivra des séances de musicothérapie, d'hypnose et ira voir un magnétiseur, sans aucune amélioration. Son anxiété devient de plus en plus diffuse et accroît son stress.

Puis, Paul vient me voir à mon cabinet pour ses acouphènes. Je m'apercevrai lors de mon anamnèse que ses acouphènes ont été réactivés six mois auparavant par le divorce de son fils et la peur inconsciente que son petit-fils soit abandonné comme lui (*réactivation de sa blessure narcissique liée à l'abandon de sa mère biologique*).

PRISE EN CHARGE EN PSYCHOSOMATIQUE : (ÉVALUATION GLOBALE DE SON FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE)

Son échelle de franchise représente un score moyen qui indique que son noyau schizo-paranoïde à une légère sensibilité.

L'échelle de son désir de paraître sous un meilleur jour est élevée, ce qui traduit un désir de valorisation personnelle. Son environnement parental a été défectueux lors de ses premières années liées entre autre à l'abandon de sa mère puis le suicide de son père biologique. Ce qui engendre chez lui une problématique concernant sa dimension narcissique.

La partie des stratégies d'adaptation et plus particulièrement les comportements de confiance et d'observance donne un score élevé. Ce qui correspond à Paul, c'est un patient ouvert, avenant qui recherche le contact avec les autres, il a un grand besoin d'affection, et de relations sociales. Il est toujours d'un contact agréable. C'est un patient très observant (je l'ai remarqué dès le départ pendant les séances de sophrologie).

Ce qui nous démontre qu'il est dans une recherche d'approbation et d'affection qu'il n'a jamais eues avec sa mère et son père biologique.

Le score de son comportement de confiance est hors limites. En apparence, il donne l'impression d'être très sûr de lui. Je pense que tout ceci est un peu normal étant donné son histoire singulière, ayant appris à ne compter que sur lui, depuis son plus jeune âge (besoin de ré-affirmation narcissique du patient).

Pour le comportement sceptique non conforme, son action impulsive est un peu élevée, exprimant des doutes révélant une tendance paranoïde dans sa relation aux autres, nous démontrant une fois encore ses traits de caractère narcissique.

Son score de comportement responsable et coopératif est très élevé, nous indique qu'il vit toutes ses pathologies axées sur l'oreille, comme une blessure narcissique.

Ses résistances psychiques représentent un score très élevé, il a des défenses très puissantes, de type anal (intellectualisation, rationalisation).

Absence de vie spirituelle, il est athée.

Sa relation à l'objet est préobjectale. Sa mère défaillante n'a pu lui permettre d'introjecter un Objet chaleureux et bienveillant au sens de Winnicott, on voit bien qu'il est resté fixé dans la période que Mélanie Klein appelle « schizo-paranoïde » avec des lacunes de l'organisation de son préconscient.

Son narcissisme est tout-puissant. Je commence à travailler avec lui sur ce sujet. Il dira : « j'ai toujours compté que sur moi-même dans la vie ». Il a aussi tendance à être dans la surprotection avec son épouse.

Son masochisme se traduit quelquefois par un retournement sur son corps. Il n'a pas de relation au corps. Il reporte son agressivité contre lui et sa colère sur des fixations somatiques qui tournent autour de l'oreille et du système orthosympathique avec ses acouphènes.

C'est explicite lorsqu'il apprend à 28 ans la vérité sur ce secret de famille (il a un accident de voiture). Il décharge ses pulsions agressives contre lui-même et n'a pas la capacité d'élaborer des représentations et des symbolisations.

Ses défenses sont de type anal avec des traits de caractère obsessionnel et d'un mécanisme très archaïque dû à sa position schizo-paranoïde qui est le clivage de l'Objet pour ses troubles somatiques ORL. Il utilise aussi l'humour, la rationalisation et l'intellectualisation.

En revanche, l'évaluation de son préconscient indique qu'il a du mal à faire des liaisons de représentations, qu'il fonctionne sur ce que Pierre Marty appelle un mode opératoire (aucun souvenir de rêve ; difficultés à faire des allers-retours entre le passé et le présent et réciproquement ; pas de capacité d'imaginaire).

Il fonctionne sur un mode de vie de pensée opératoire, son discours est factuel et actuel.

Son premier traumatisme – l'abandon de sa mère très jeune – et **son deuxième traumatisme** – le deuil pré-pubertaire non élaboré de son père – me font penser à une dépression essentielle.

ANALYSE PSYCHOSOMATIQUE :

Concernant ce patient acouphénique chronique selon la nouvelle approche de stade de maturation psychosexuelle, je dirai qu'il correspond à la 1^{re} organisation somato-psychique basée sur l'oralité (point de vue de Bela Grunberger) ; il évoque les racines de son mal-être (sa problématique de narcissisme) générée par ces deux traumatismes consécutifs et ce secret de famille qui tourne autour de sa naissance.

Pour le niveau neuronal, nous voyons bien que son fonctionnement a commencé à s'établir dans sa vie prénatale plus particulièrement les connexions neurologiques autour de l'oreille interne.

Ce qui correspond pour Paul à la 1^{re} organisation somato-sensorielle centrée sur la notion du développement de la perception sensorielle de l'audition.

Suite à sa retraite non préparée, son travail qui était pour lui **son point d'ancrage et des périodes de stress** vécues autour de la cinquantaine font que **la société pour laquelle il travaillait symbolisait « la mère ou le père », sorte de pare-excitations.**

Il éprouve de nombreuses difficultés à se situer par rapport à sa mère biologique et sa belle-mère et il n'a pas été apte à franchir le seuil de l'Œdipe suite au suicide de son père biologique. Le manque d'affection, d'amour de sa famille et plus particulièrement de Sylvie pendant sa période de latence indique qu'il est resté au seuil de l'Œdipe, cette problématique n'a pu aboutir.

Il ne pratique aucun sport qui lui aurait permis d'évacuer son quantum d'excitation, ni de spiritualité. Il a toujours fonctionné sur un mode opératoire et n'a pas eu la capacité d'élaborer les deux abandons de ses parents biologiques ainsi que **le deuil symbolique que représente la retraite.** Tous ces différents points l'ont mené vers un effondrement de ses forces vitales. Nous voyons qu'à un moment donné de sa vie, ses défenses psychiques ne fonctionnent plus aussi bien ainsi que son homéostasie : dues à de nombreux conflits inconscients non résolus qui **le font basculer sur le versant somatique de l'audition (les acouphènes).**

Je me demande comment s'est déroulée sa période prégénitale lorsqu'il a été élevé par sa première famille, je dirai même sa période prénatale. Est-ce que cette mère voulait vraiment de ce dernier enfant ?

Pourquoi toutes ces maladies situées autour de l'organe sensoriel de l'oreille depuis sa naissance ? Quelle valeur symbolique leur attribuer ? Le bébé ne fait pas la distinction entre lui et sa mère. Le monde extérieur pour lui, c'est la même chose. Dans le cas de Paul, le problème d'identification à la mère passe par une mère défaillante (elle ne voulait peut-être pas de cet enfant). **Elle ne symbolise pas une mère stable, chaleureuse et bienveillante.**

Que s'est-il passé dans ses cortex sensoriels mémorisés ? concernant ce que Sigmund Freud appelle « **la représentation de chose** ».

La maman apprend au bébé à mettre des mots sur les choses, puis des mots sur « **ses perceptions sensorielles** ». Pour mon patient nous percevons cette lacune qui tourne toujours autour de l'audition. André Green dans son livre sur « la mère morte » parle même de « **trous psychiques** », de la dépression de la mère et du retrait progressif de l'enfant qui vont entraîner dans la constitution de sa psyché des troubles psychiques dans son inconscient.

L'évolution du risque psychosomatique de mon patient s'est considérablement améliorée depuis deux ans. Il a été en capacité de trouver de nouveaux moyens pour décharger autrement son quantum d'excitation au quotidien.

MON ANALYSE

Paul m'a impressionné par son parcours de vie, sa capacité d'adaptation à franchir ces traumatismes et obstacles et m'a questionné sur son unité psychosomatique. Boris Cyrulnik nomme ce type de personne « résiliente ». Son épouse Lisa lui a permis jusqu'à sa retraite de ne pas décompenser, car elle représentait son point d'ancrage et son pare-excitation.

Toute son histoire tourne autour d'un secret de famille qu'il n'apprendra que vers la trentaine. Celui-ci a quelque chose de l'ordre de « la Schizophrénie et du clivage ».

Comment sa mère biologique a-t-elle pu aussi longtemps lui cacher que son oncle était son père ? Lorsqu'il est allé vivre chez ce dernier, pourquoi ne lui a-t-il pas dit qu'il était son père ? Et après son décès, pourquoi Claire a-t-elle continué à entretenir ce secret ?

Pourquoi tous ces mensonges ? peut-être sont-ils liés au contexte de la Seconde Guerre mondiale ? Et du système de valeurs familiales et sociétales.

Pendant toute son enfance et son adolescence, il a réussi à s'adapter du mieux qu'il pouvait. Face à ses différents changements de vie (pays, gouvernement, famille) comment pouvait-il se situer, avoir des racines, puis se construire en tant qu'individu malgré le rejet de sa famille ?

Pourquoi « ce deal » sur sa naissance entre les deux parents biologiques ? Pierre aimait-il vraiment sa femme qui ne pouvait pas lui donner d'enfant (problème de stérilité). Dans ce couple, il y avait un désir d'enfant non comblé. Mon patient serait-il venu en quelque sorte réparer ce destin.

Je pense qu'il y avait beaucoup **de honte et culpabilité** de la part de Sylvie et Pierre d'avoir conçu cet enfant. Cette culpabilité a été transférée de façon inconsciente sur Paul comme « l'enfant illégitime de la honte ». Celle-ci représente la peur de la perte de l'Objet et la culpabilité mène vers l'expiation et la honte vers le repli. Tous ces éléments résument le fonctionnement psychique de toute son enfance, il n'a cessé de se cacher derrière un faux self.

Dans cette histoire Paul n'a pas été respecté en tant que SUJET au sens où l'entend Françoise Dolto. Sa famille ne lui a pas permis de se construire dans un environnement stable et sûr.

TRAVAIL SUR PLUSIEURS DEUILS

Au départ, j'ai effectué un travail afin qu'il exprime ses émotions concernant les deux pertes de ses parents (voir comment où en sont ses pulsions agressives).

Puis je lui ai permis de décharger toute sa colère sur ses deux pertes symboliques qu'il n'avait jamais osé nommer auparavant, pour lui redonner de la pulsion de vie, suivant les 5 étapes du deuil (Kübler-Ross, 2005, p 25 à 50).

Ses séances lui ont permis d'introjecter un meilleur pare-excitations (de la mère et/ou du père) pour l'aider à améliorer ses défenses en les faisant baisser.

Enfin je l'ai aidé à défaire son système de croyances qui alimentait sa pathologie autour de l'oreille puis à évaluer ses pulsions agressives pour qu'il puisse mettre de la distance par rapport à ses acouphènes dans sa vie quotidienne.

Concernant ma relation thérapeutique avec Paul, j'ai endossé un rôle maternel bienveillant, chaleureux et empathique afin qu'il introjecte un Objet plus solide, plus sûr selon le concept de « **la bonne mère** » de **Donald Winnicott**, puis de lui prêter « **mon appareil à penser les pensées** » pour qu'il puisse se re-narcissiser, créer des capacités associatives dans ses comportements, ses émotions, suite à tous ses événements de vie vécus dans son enfance et à l'âge adulte qui correspondent à ce que Pierre Marty nomme « **la fonction maternelle** ».

Pierre Marty mentionne à propos des névroses de comportement : « *ce sont des patients fragiles qui peuvent être exposés aux désorganisations puisqu'elles peuvent atteindre rapidement une sphère somatique lors d'épisodes de dépression essentielle. L'apparition de la vie opératoire sera un autre signe de la désorganisation, et les affections somatiques vont prendre jour dès la petite enfance à l'occasion de traumatismes susceptibles de révéler des circonstances extérieures défavorables ou de carence de la fonction maternelle* » ; **ici c'est le cas avec ses parents biologiques (Sylvie et Pierre) qui n'ont pas pris bien soin de lui avec ses otites à répétition ou lors d'épisodes d'infection qui ont entraîné une mastoïdite.**

Il précise aussi que : « *ce type de désorganisation de névroses de comportement peut ne pas se présenter immédiatement à la naissance, que la pathologie peut n'apparaître que plus tard à l'occasion de traumatismes* » et ici nous l'observons pour Paul.

Son histoire infantile démontre qu'il a été privé d'**un bon étayage affectif** excepté pendant la période de sa petite enfance avec ses deux sœurs qui lui servaient à l'époque de pare-excitations puis tout s'est effondré pour lui à 8 ans lorsqu'il est parti vivre chez son oncle (son père).

Graduellement, j'ai observé la levée de ses mécanismes de défense d'intellectualisation et de rationalisation qui lui ont permis d'aborder un travail de symbolisation et de restaurer son équilibre psychosomatique.

Le seul cadre externe qui l'ait maintenu jusqu'à la retraite, c'est sa femme Lisa. Cette dernière lui a permis de trouver un équilibre sauf pendant la période où le couple vivait en Inde.

Par la suite, nous avons travaillé sur sa retraite qu'il n'avait pas anticipée. C'est à ce moment que j'ai repensé aux cours théoriques de psychosomatique intégrative du professeur Jean-Benjamin Stora sur le chapitre de la partie ethnique (à savoir respecter les croyances d'origine du pays du patient). Ainsi je lui ai proposé de faire un travail sur son parcours de vie lié à son histoire atypique, la géographie et le rôle que la Pologne a joué pendant la Seconde Guerre

mondiale afin qu'il soit en capacité d'établir des liens représentatifs par rapport à son enfance, à son sentiment d'appartenance à un groupe.

Pour réduire son quantum d'excitations, Je lui ai suggéré de faire un peu de sport, de la marche, du vélo avec ses petits-enfants quand il les garde avec sa femme. Lors de séjours récents dans l'arrière-pays cannois, il fait des petites randonnées à son rythme.

Je lui ai conseillé de continuer sa nouvelle passion qui est l'écriture, peut-être de s'inscrire à un atelier d'écriture, de s'autoriser à s'octroyer des temps de repos dans la journée pour lui permettre de diminuer sa tendance à être dans l'« acting » comme il l'a fait jusqu'à sa retraite.

Il a réussi à mettre de la distance par rapport à ses bruits parasites dans son oreille et dort mieux avec un sommeil plus réparateur.

LE SECRET DE FAMILLE :

Je vais me référer au livre de **Serge Tisseron** « **nos secrets de famille, histoire et mode d'emploi** » (Serge Tisseron, 1999, p 42). Il démontre : « *comment un patient à partir d'un secret sera parfaitement préparé à accepter un dédoublement dans son fonctionnement, un clivage en tant qu'homme et citoyen* ».

« *Les secrets se révèlent surtout autour de la naissance* » (cas de Paul), « *autour de la mort et de l'exclusion sociale* ». « *Les parents gardent les secrets pour se protéger eux-mêmes par honte. Certaines situations vécues par le parent sont immédiatement ressenties par l'enfant comme un obstacle à la communication avec lui. L'enfant va mobiliser son attention et sa curiosité et va engager sa perception de lui-même et du monde sur une fausse route* ».

Puis, il ajoute : « *L'enfant qui a appris très tôt à mettre en place un cloisonnement psychique refuse souvent d'entendre la vérité. Il préfère préserver sa division psychique parce que celle-ci le préserve de ses illusions* ». Par ailleurs, il est intéressant que Serge Tisseron fasse le parallèle entre les dictatures et leur culte du mensonge, pour lui c'est le même mécanisme.

Pendant nos nombreuses séances, Paul reviendra souvent sur cette thématique d'endoctrinement qui lui a donné le sentiment de se cloisonner en permanence depuis sa petite enfance. Puis cette sensation d'être différent de sa famille biologique. Il sentait bien de façon intuitive qu'il ne correspondait pas à cette famille.

Lors du débat « Grandir après Dolto »¹ Catherine Joussetme² explique que lorsqu'un enfant a vécu un traumatisme, certains circuits neuronaux tournent en boucle et ne favorisent pas sa créativité. Philippe Grimbert³ ajoute qu'il peut manifester son mal-être par l'intermédiaire de troubles somatiques. Il indique que l'enfant perçoit dans l'inconscient de l'adulte qu'on lui cache quelque chose et que ce secret nourrit son fantasme. Le parent croit ainsi protéger l'enfant en ne lui disant pas la vérité mais en réalité, c'est l'adulte qui se protège.

¹ Débat diffusé sur France 3 dans la nuit du 1 au 2 mai 2018 animé par Carole Gaessler après la diffusion d'un film en hommage à Françoise Dolto juste après sa mort.

² Catherine Joussetme est professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Paris Sud. Elle dirige un important service de psychiatrie infanto-juvénile à Gentilly, la Fondation Vallée, et travaille en étroite collaboration avec les services de pédiatrie du CHU de Bicêtre. Elle a écrit notamment « Comprendre l'enfant malade. Du traumatisme à la restauration psychique », Paris, juin 2014.

³ Philippe Grimbert psychanalyste de formation lacanienne et écrivain, travaille aussi dans deux instituts médico-éducatifs, à Asnières et à Colombes, auprès d'adolescents autistes ou psychotiques. Philippe Grimbert évoque le secret de famille dans plusieurs de ses livres. Il a écrit notamment : « Evitez le divan : Petit guide à l'usage de ceux qui tiennent à leurs symptômes », (Grimbert, 2013)

BIBLIOGRAPHIE

- BECK T. Aaron (1976). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels*, Paris, De Boeck Supérieur, 2017
- FERENCZI Sandor (1934). *Le traumatisme*, éditions Petite bibliothèque Payot, Paris, 2006 éditions de poche, p 33, 172 pages
- GRIMBERT Philippe (2013). *Evitez le divan : Petit guide à l'usage de ceux qui tiennent à leurs symptômes*, Paris, Fayard, 2013
- KÜBLER-ROSS Elisabeth et KESSLER David (2005). *Sur le chagrin et le deuil*, Paris, Pocket, 2009, p 25- 50, 284 pages
- McDOUGALL Joyce (1989), *Théâtre du corps*, Paris, Gallimard, Folio, 1989, p 119, 314 pages
- OHRESSER Martine (2004). *Bourdonnements et sifflements d'oreille*, Paris, Odile Jacob pratique, Paris, avril 2004, p 27, 150 pages
- OHRESSER Martine (2017) Coordinateur. *Les acouphènes : diagnostic, prise en charge et thérapeutique*, Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson, collection OR, 2017, p 29, p 31, 210 pages
- STORA Jean-Benjamin (2006). *La Neuro-psychanalyse*, PUF, Paris, PUF, octobre 2006, 1^{re} édition, collection Que sais-je ?, p 27-28, p 30, 123 pages
- TISSERON Serge (1999). *Nos secrets de famille, histoires et mode d'emploi*, Paris, Ramsay, 1999, p 42, 205 pages

LES IMAGES DU CORPS EN PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE RELATIONS AU CORPS ET MALADIES

PR. JEAN-BENJAMIN STORA

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'homunculus, 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-clefs : 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* » (Busnel & Héron, 2010).

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 Renardier, 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).

1. L'homunculus – Organisation fonctionnelle fine des aires corticales : Somatotopie dans les aires sensorielles Homunculus de Wilder Penfield

Le premier schéma, celui de l'homuncule [Cf. illustration 1 p 32 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 contra-latérale ou de la circonvolution post-centrale (l'aire somesthésique primaire). L'importance variable des projections de la surface corporelle est représentée par une figuration déformée des différentes parties du corps. 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.**

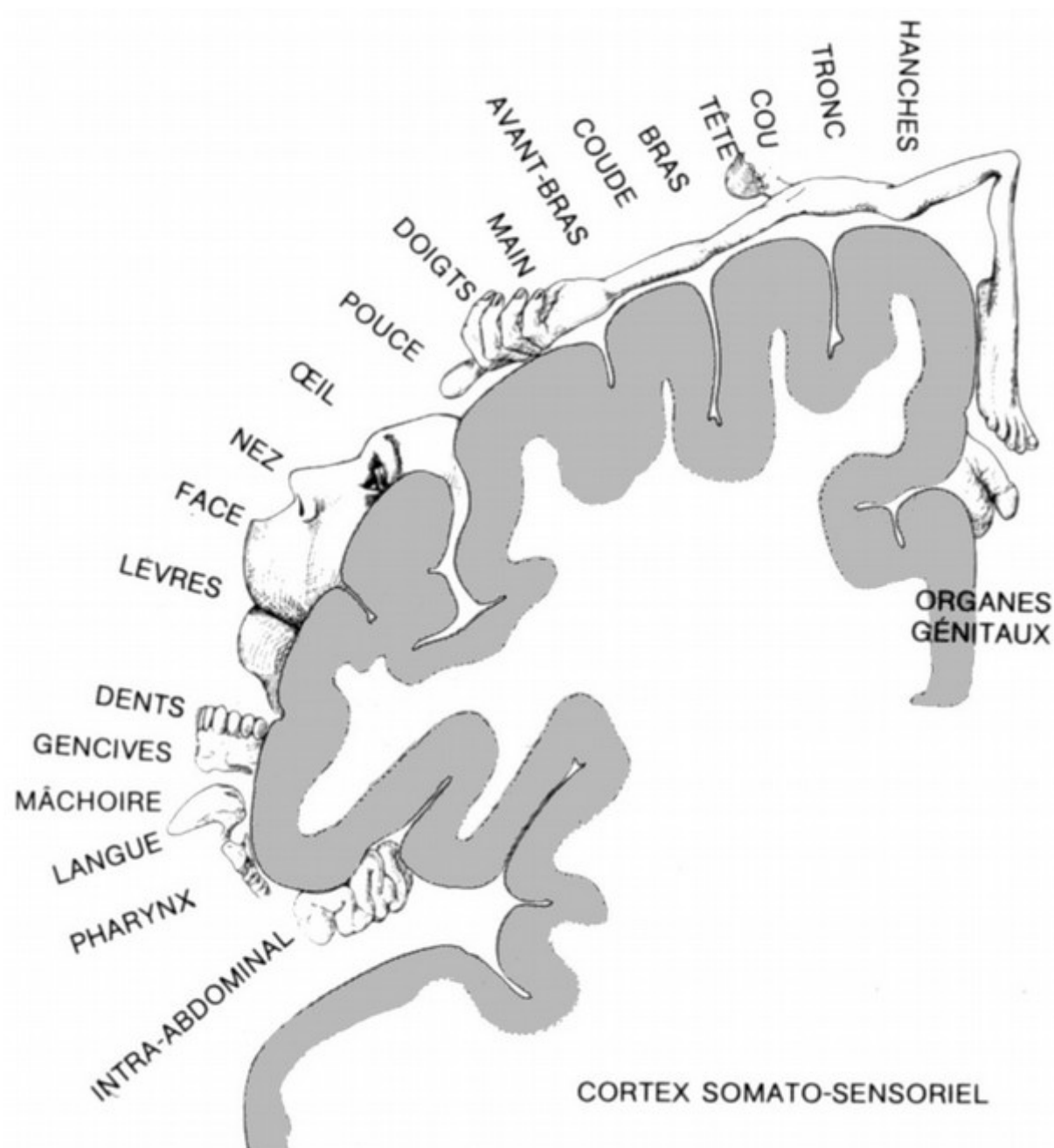


Illustration 1 : Le schéma de l'homoncule (Penfield, 1950)

L'homoncule moteur

Une somatotopie motrice, très semblable à la somatotopie sensorielle, a été mise en évidence le long de la circonvolution frontale ascendante ou circonvolution pré-centrale (l'aire motrice primaire). L'homoncule moteur présente les mêmes difformités que l'homoncule 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 greffes 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 (Brodmann, 1909) [Cf. illustration 2 infra]

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)

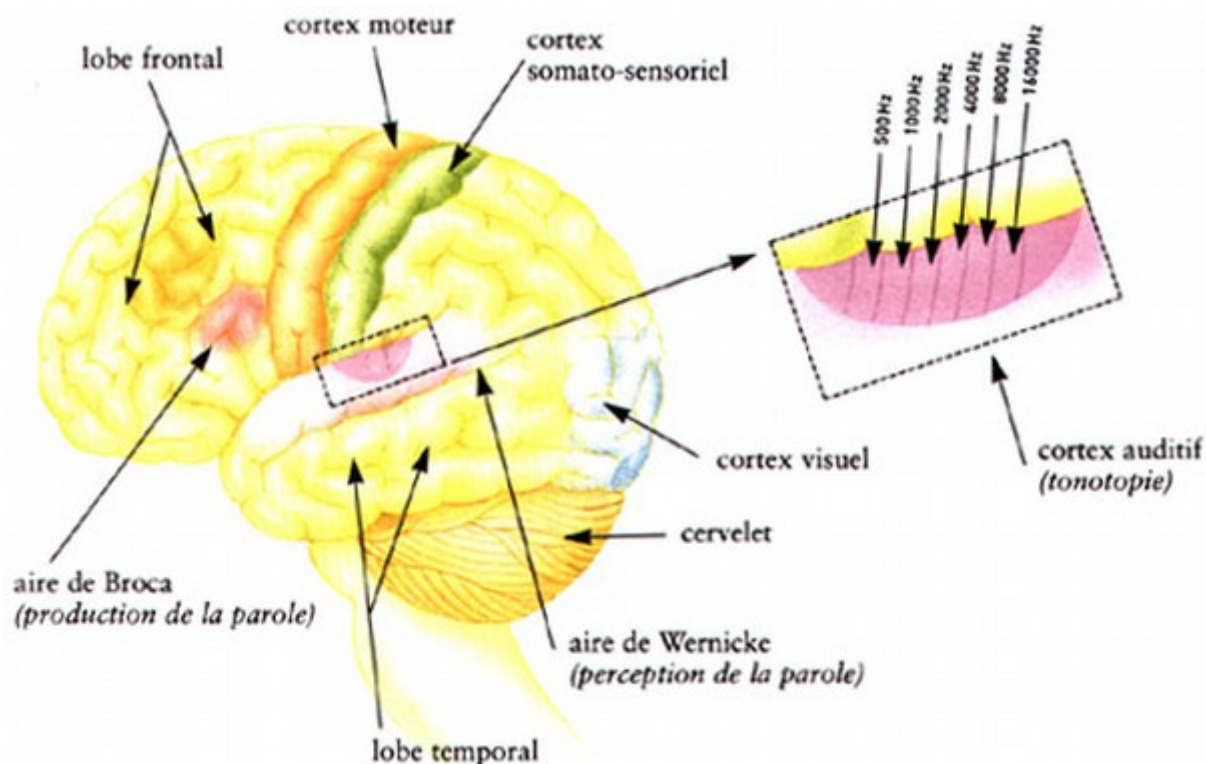


Illustration 2 : Position relative avec l'homoncule moteur et sensitif et détail du cortex auditif primaire.

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, etc.). 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 Renardier, 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 Renardier), 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.

2. Le schéma corporel

Le schéma corporel se constitue lentement en fonction de : la maturation du SNC¹, 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 premier schéma et le deuxième schéma 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. À 2 mois : développement du toucher puis de l'audition ; à 3 mois : la vision entre en jeu Les sensations corporelles et leur encodage : À 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 (Anzieu, 1959 à 1985). Ainsi, les êtres humains sortent du narcissisme primaire pour poursuivre le développement du processus de maturation.

¹ SNC : Système Nerveux Central

Nous nous référerons à Henri Wallon pour insister sur l'état tonique qui est l'expression du bien-être ou du mal-être (Wallon, 1925 à 1945) ; 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, au risque sinon 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 (Spitz, 1962 à 1968). 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.

3. 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 parent-nourrisson** (Winnicott, 1961).

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 », « *l'image 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, [...] ». L'image du corps est « *l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant.* » (Dolto, 1984)

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 ou la 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 peut provoquer des fixations avec les pathologies précitées. N'oublions pas que près de 50 % des consultations médicales sont liées aux troubles gastro-entérologiques, et que le thérapeute psychosomatique ou psychosomatique, sont capables de soigner car cela fait partie de leurs formations et de leurs pratiques.

c) Fixation de la libido lors de la phase de latence et de la phase génitale œdipienne

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 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 (l'environnement culturel des patients et des patientes doit être analysé) peut 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 t-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 élevés 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

- ANZIEU D. (1959). *L'auto-analyse de Sigmund Freud*, (thèse universitaire), Paris, PUF, 1^{re} édition, 1959.
- ANZIEU D. (1975). *L'auto-analyse de Freud – et la découverte de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1975, rééd. Paris, PUF, 1998.
- ANZIEU D. (1981). *Le corps de l'œuvre, essais psychanalytiques sur le travail créateur*, Paris, Gallimard, 1981.
- ANZIEU D. (1985). *Le Moi Peau*, Paris, Dunod, 1985.
- BRODMANN K. (1909). Trad. GAREY LJ. *Brodmann's Localisation in the Cerebral Cortex*, New York, Springer, 2006
- BUSNEL Marie-Claire & HERON Anne (2010). *Le développement de la sensorialité fœtale*. Article publié dans LA NAISSANCE : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. R. Frydman & M. Szejter, Paris, Albin Michel : pages 633-643, 2010
- DOLTO F. (1971). *Psychanalyse et pédiatrie*, Paris, Le Seuil, 1984.
- DOLTO F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil, 1984.
- LABORIT H. (1973). *L'inhibition de l'action*, Paris, Masson, 1973.
- ROBERT-OUVRAY Suzanne B. (1996). *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, EPI (coll. Hommes et perspectives), 1996.
- PENFIELD Wilder & BOLDREY Edwin (1937). *Somatic Motor and Sensory Representation in the Cerebral Cortex of Man Studied by Electrical Stimulation* », *Brain*, n°60, 1937, pp. 389-443.
- PENFIELD Wilder et RASMUSSEN Theodore (1950). *The Cerebral Cortex of Man*, New York, Macmillan, 1950.
- PENFIELD Wilder & JASPER Herbert (1954). *Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain*, Boston, Little Brown, 1954.
- SCHILDER Paul (1931). *Brain and Personality*, Washington 1931.
- SCHILDER Paul (1935). *The Image and the Appearance of the Human Body : Studies in Constructive Energies of the Psyche*, London, 1935.
- SCHILDER Paul (1968). *L'image du corps*, Paris, Gallimard, 1968.
- SPITZ R. A. (1962). *Le Non et le Oui. La genèse de la communication humaine*. Paris, PUF, 1962.
- SPITZ R. A. (1968). *De la naissance à la parole, la première année de la vie*, Paris, PUF, 1968.
- STORA J-B., (1995), *Organisations mentales et maladies somatiques*, *Annales de Psychiatrie*, 10, N°1, 5-11, 1995.
- STORA J-B., (1999). *Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques*, Paris, Odile Jacob, 1999.
- STORA, J-B. (2005). *Vivre avec une greffe, accueillir l'autre*, Paris, Odile Jacob, 2005.
- STORA J-B. (2007). *When the Body Displaces the Mind*, foreword by Mark Solms, translated by Sophie Leighton, London, Karnac, 2007.

- STORA J-B. (2011). *La neuropsychanalyse*. MJW-Féditions, 2013.
- STORA J-B. (2013). *La nouvelle approche Psychosomatique, 9 cas cliniques*, MJW-Féditions, 2013.
- STORA J-B. (2015). *A new body-mind approach, clinical cases*, foreword by Mark Solms, translated by Sophie Leighton, London, Karnac, 2015.
- WALLON H. (1925). *L'Enfant turbulent*, thèse de doctorat ès lettres, Paris, Alcan, 1925, rééd. Paris, PUF-Quadrige, 1984.
- WALLON H. (1934). *Les Origines du caractère chez l'enfant : les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, Boisvin, 1934, rééd. Paris, PUF-Quadrige, 2002.
- WALLON H. (1938). *Principes de psychologie appliquée*, Armand Colin, Paris, 1938.
- WALLON H. (1938). *La Vie mentale*, Paris, Éditions sociales, 1938, rééd. 1982.
- WALLON H. (1941). *L'évolution psychologique de l'enfant*, Paris, Armand Colin, 1941, rééd. 2002.
- WALLON H. (1942). *De l'acte à la pensée*, essai de psychologie comparée, Paris, Flammarion, Bibliothèque de philosophie scientifique, 1942, rééd. 1970.
- WALLON H. (1945). *Les Origines de la pensée chez l'enfant*, PUF, Paris, 1945, rééd. 1963.
- WINNICOTT D. (1961). *La Relation parent-nourrisson*, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2011.
- WINNICOTT D. (1965). *La Famille suffisamment bonne*, Payot, 2010.
- WINNICOTT D. (1951). *Les Objets transitionnels*, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2010.
- WINNICOTT D. (1966). *La Mère suffisamment bonne*, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2006.
