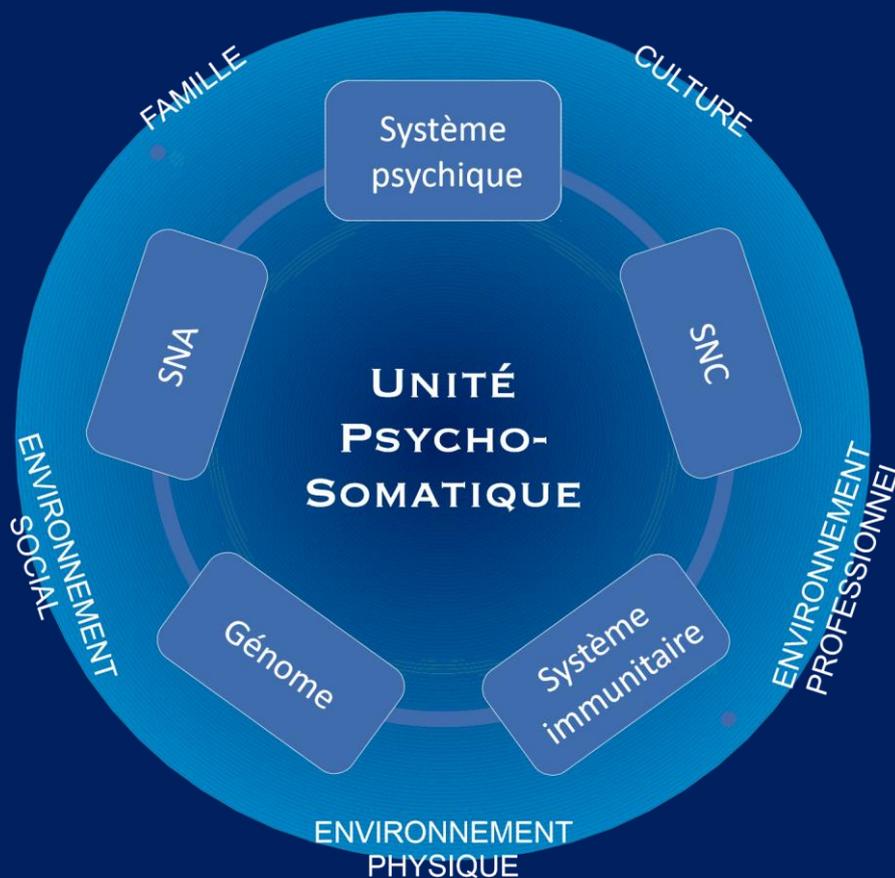


# PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE

MODELE METAPSYCHOSOMATIQUE MÉDECINE NEUROSCIENCES

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE

## SEXUALITE FEMININE ET SOMATISATIONS POINT DE VUE DE LA PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE



NUMERO 6 – 2020

## **COMITE DE RÉDACTION ET DE LECTURE 2019**

André Aboulkheir, Benoît Depreux, Stéphane Flamant, Elisabeth Jouan, Lionel Naccache,  
Jean Benjamin Stora, Frédérique Tafforeau, Bruno Trumbic

### **COMITE 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.

***LA REVUE DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE A ETE CRÉÉE EN  
JANVIER 2014.***

## SOMMAIRE DU NUMERO 6

Jean Benjamin Stora<sup>1</sup>

### Responsable de la rédaction du numéro 6

Présentation du numéro

Dans le cadre des conférences annuelles de la Société de Psychosomatique Intégrative, notre Président le Docteur André Aboulkeir a organisé, à la Pitié »-Salpêtrière, une conférence en septembre 2019 sur le thème de « Sexualité Féminine et somatisations, illustré par la présentation de la problématique de l'Endométriose, présentée par le Dr. Bernard-François Derreumaux .

Au programme de l'enseignement de l'Institut de Psychosomatique Intégrative (IPSI) figure un cours dispensé par le Professeur Jean Benjamin Stora intitulé : « Pour une nouvelle Métapsychologie de la sexualité féminine ; Processus de somatisation et identité psychique féminine ».

Il nous a semblé très important de revenir sur ce chapitre fondamental lors d'une conférence ouverte à tous, et aussi de montrer que ce qui est développé dans ce cours permet de faire évoluer l'investigation et la prise en charge cliniques.

Dans ce sens le Docteur Bernard-François Derreumaux, Gynécologue et Psychosomaticien nous apporte son expérience clinique sur une pathologie féminine qui le passionne depuis longtemps et dont l'approche a été justement modifiée par l'enseignement du Professeur J.B.Stora : l'Endométriose.

Cette maladie touche un grand nombre de femmes en période d'activité génitale et beaucoup d'entre elles considèrent que la prise en charge médicale et chirurgicale de leur souffrance est insuffisante. Des manifestations sur la voie publique sont organisées par des associations comme EndoFrance ( Endomarch ) pour sensibiliser l'opinion, faire « mieux connaître » cette maladie.

De nombreux colloques, congrès, symposiums, sont organisés par les professionnels en charge de ce sujet, mais les programmes insistent surtout sur la dimension bio -somatique et bien souvent la notion, qui nous est chère, d'unité psychosomatique n'est pas du tout prise en compte. Cette conférence, je l'espère permettra d'illustrer notre point de vue.

Dr André ABOULKHEIR , Psychosomaticien Président de la SPI.

---

<sup>1</sup> Je tiens à remercier très chaleureusement ma collègue Elisabeth Jouan qui a relu avec beaucoup de soin tout le numéro de cette revue et qui m'a suggéré un certain nombre de modifications que j'ai acceptées.

## Table des matières

SOMMAIRE DU NUMERO 6 .....	3
Jean Benjamin Stora .....	3
<b>Responsable de la rédaction du numéro 6</b> .....	3
Présentation du numéro .....	3
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ENDOMETRIOSE DANS LE CADRE D'UNE CONSULTATION MEDICALE. ....	5
Dr Bernard-François Derreumaux, .....	5
Gynécologue, Psychosomaticien.....	5
Commentaires psychosomatiques du cas présenté par le Dr. Derreumaux.....	12
Jean Benjamin Stora .....	12
LA NOUVELLE APPROCHE DE LA SEXUALITE FEMININE EN PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE: IMPORTANCE DE L'INVESTISSEMENT PSYCHIQUE DU CORPS BIOLOGIQUE.....	15
Pr. Jean Benjamin Stora .....	15
Bibliographie sur la sexualité féminine .....	32
S. Freud .....	32
Le Modèle Neuropsychosomatique de la Psychosomatique Intégrative.....	35
Les étapes de développement des processus de maturation neuronale et psychosexuelle.....	35
Résumé du Modèle .....	35
Pr. Jean Benjamin Stora.....	35
LE MODELE GLOBAL « NEUROPSYCHOSOMATIQUE » .....	36
DE LA VIE INTRA-UTERINE AU STADE GENITAL CEDUPIEN : RESUME .....	36
JEAN BENJAMIN STORA .....	36
JANVIER 2020.....	36
Première organisation.....	45
Deuxième organisation.....	46
Troisième organisation somato-psychique.....	47
4 <sup>ème</sup> organisation somato-psychique.....	49

## **DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ENDOMETRIOSE DANS LE CADRE D'UNE CONSULTATION MEDICALE.**

### **Dr Bernard-François Derreumaux, Gynécologue, Psychosomaticien.**

Connue depuis l'antiquité sans avoir été identifiée, l'Endométriose retient l'intérêt du corps médical depuis quelques années, car elle touche au minimum 10% de la population mondiale, mais elle ne bénéficie toujours pas d'un traitement spécifique et réellement efficace.

Si les recommandations récentes de l'HAS (décembre 2017) en ont clarifié et simplifié les orientations thérapeutiques, la médiatisation de l'expérience personnelle de quelques artistes a permis de faire entendre les voix des associations de patientes concernées et de commencer à prendre en compte leurs expériences personnelles.

Néanmoins, les progrès thérapeutiques n'ont pas encore permis d'éradiquer cette affection dont l'évolution peut être déconcertante pour le corps médical et les patientes. En effet, cette pathologie est pleine de paradoxes difficiles à gérer :

- Il n'y a pas de parallélisme entre la taille, le nombre et la gravité des foyers d'Endométriose. Une petite lésion peut être intensément plus douloureuse que de multiples lésions disséminées et invasives ; et inversement.
- Quelques soient les traitements appliqués (médical et/ou chirurgical), les rechutes sont très fréquentes (supérieures à 50%).
- Des poussées évolutives peuvent être observées même sous traitement bien contrôlé, souvent synchrones d'évènements émotionnels.
- Une fréquence particulière des maladies auto immunes est souvent constatée au-delà de la cinquantaine.
- Classiquement observée entre la puberté et la ménopause, cette pathologie peut, parfois, être suspectée dès les premières règles et quelquefois bien au-delà de leur arrêt définitif.

En réalité, il n'y a pas de « règle » bien établie pour cette affection et tous ces faits incitent à la plus grande prudence médicale et à reconsidérer les stratégies thérapeutiques. Soigne-t-on les vraies causes de cette affection ? Que signifient, réellement, ces douleurs et cette dysfertilité ? Sont-elles seulement physiques ?

L'étude du cas suivant pourrait aider à une lecture plus dynamique et plus intégrative de l'histoire médicale des femmes atteintes d'Endométriose.

Observation médicale de Mme XX (Mme Laurence H...)

Mme XX, 47 ans, divorcée, 2 enfants, est adressée par son médecin du travail pour un avis spécialisé car cette personne souhaite reprendre son travail après un arrêt de maladie prolongé, en rapport avec « une leucopathie avec leucopénie à 2500 blancs d'origine auto-immune et une thrombose de l'œil droit avec perte de vision à 2/10 ».

Parallèlement cette personne est suivie régulièrement par un psychiatre pour plusieurs épisodes anxio-dépressifs marqués et par un endocrinologue pour un diabète grave insulino-dépendant, diagnostiqué récemment et suspect de nature auto-immune.

Son dossier médical de médecine du travail indique de nombreux arrêts de travail longs et justifiés médicalement depuis son embauche professionnelle. Malgré ses antécédents, cette femme n'a plus de suivi gynécologique et elle redoute le retour dans son entreprise car la répétition de ses absences a généré d'importantes tensions avec sa hiérarchie.

Le récit de son histoire médicale est impressionnant : IVG, grossesses pathologiques, kyste ovarien, nombreux épisodes anxieux et dépressifs, Endométriose, Hystérectomie, cancer du sein, thromboses rétiniennes, maladies auto-immunes (diabète type 1 et leucopathie).

La lecture de son dossier devient plus informative si l'on analyse le déroulement chronologique de ces événements :

- 11 ans : premières règles très douloureuses (dysménorrhées primaires) et très abondantes (ménorragies).
- 16 à 20 ans : contraception très mal supportée ; nombreuses « cystites interstitielles » et nombreuses « mycoses » (pubalgies).
- 21 ans : IVG après « échec » de contraception.
- 23 ans : entorse du genou droit ; nombreux épisodes de colopathie et de constipation opiniâtre.
- 24 ans : installation en couple après 8 ans de concubinage.
- 26-27 ans : 1<sup>o</sup> grossesse avec risques de fausse couche spontanée ; contractions ; alitement ; accouchement très difficile.
- 28 ans : hallux valgus opéré.
- 30 ans : 2<sup>o</sup> grossesse pathologique ; décollement placentaire pendant le 1<sup>o</sup> trimestre ; grossesse pénible ; hospitalisation pour béance du col, prématurité de 1 mois.
- 35 ans : mariage avec celui qui était son compagnon depuis l'âge de 16 ans.

- 36 ans : Kyste ovarien opéré (histologie inconnue).
- 37 ans : syndrome dépressif grave avec hypersomnies et épisodes boulimiques.
- 38 ans : rechute de dépression.
- 38,5 ans : ligature des trompes ; colites spasmodiques.
- 39 ans : hyperplasie endométriale avec métrorragies ; asthénie marquée et état dépressif.
- 40 ans : Adénomyose avec ménométrorragies ; rechute dépressive.
- 41 ans : hystérectomie totale avec ovariectomie par voie basse (induisant une ménopause brutale).
- 42 ans : début d'un divorce très conflictuel avec un mari qu'elle qualifiera de « pervers narcissique » ; nombreuses crises d'angoisses.
- 43 ans : chirurgie réfractive des yeux.
- 44 ans : cancer du sein droit : tumorectomie et chimiothérapie.
- 46 ans : 2° chirurgie réfractive des 2 yeux ; lombalgies ; crises d'anxiété ; vaginite atrophique ménopausique.
- 47 ans : diabète de type 1 (aucun antécédent familial, poids normal).
- 47,5 ans : leucopathie auto immune et thrombose de l'œil droit.

L'affichage chronologique de ces incidents et accidents de santé collectés dans son dossier médical de médecine du travail au long des 30 années de sa vie professionnelle dans la même grande entreprise permet une lecture systémique de son histoire médicale personnelle, croisée avec les évènements de sa vie personnelle et socio-professionnelle. Symbolisée sur un croquis et un schéma corporel simplifiés localisant chacun de ces évènements, il apparaît que :

- Les évènements sont réellement très nombreux, presque annuels.
- Tous les arrêts de travail sont en rapport avec des pathologies sérieuses dont l'indice de gravité s'accroît dans le temps.
- Au début de la période hormonale de cette femme, les pathologies sont bénignes et facilement réversibles (« mycoses », « cystites », colopathies, angoisses, deux grossesses difficiles). Elles sont de nature (dys)fonctionnelle.
- Progressivement, à partir de 36 ans, les pathologies deviennent plus graves et prennent un aspect organique : kyste ovarien, hyperplasie endométriale, ligature des trompes, Adénomyose (Endométriome interne), hystérectomie totale, dépression majeure.
- Puis apparaissent (à partir de 44 ans), des maladies chroniques graves pouvant menacer le pronostic vital : cancer du sein (2 ans après le début d'un divorce très conflictuel et

stressant avec un mari classé « pervers narcissique »), maladies auto-immunes (diabète type 1, leucopathie auto-immune) ; maladies diagnostiquées en période ménopausique précoce (post chirurgicale).

- La localisation des évènements médico-chirurgicaux sur un schéma corporel fait apparaître une relative concentration : d'une part dans l'espace pelvo-génital (mycoses, cystites, pubalgies, ménométrorragies, kyste ovarien, ligature des trompes, Adénomyose, hystérectomie), région dans laquelle les fonctions touchées concernent le féminin, la reproduction et le sexuel ; d'autre part dans l'espace céphalique (angoisses, dépressions, asthénie chronique, troubles du sommeil, myopie opérée, thrombose de la rétine, stress aigu et chronique), région où les fonctions atteintes impliquent le système nerveux (sympathique et parasympathique), l'axe hypothalamo-hypophysaire, le système limbique et l'appareil psychique.
- Plusieurs évènements semblent corrélés à des épisodes psycho-affectifs et à la vie émotionnelle de cette femme : une vie de couple insatisfaisante et stressante avec un partenaire très particulier ; des expériences gynéco-obstétricales pénibles (IVG à 21 ans, problèmes récurrents de contraception, 2 grossesses pathologiques, 2 accouchements pénibles, ligature des trompes, ménopause précoce chirurgicale) ; des épisodes dépressifs plus longs et plus fréquents à partir du mariage (à 35 ans) avec apparition progressive de lésions organiques inquiétantes (kyste ovarien, hyperplasie endométriale, adénomyose, hystérectomie) ; puis une tumeur néoplasique du sein (période du divorce long et très conflictuel) ; et plus tardivement des maladies auto-immunes (diabète type 1 et leucopathie).

Cette lecture parallèle des épisodes médicaux de la vie de la patiente et des évènements de son existence met en relief des dysfonctionnements de son économie personnelle.

Bénins et réversibles pendant l'enfance et l'adolescence, les incidents de santé semblent se compliquer et s'aggraver avec le vieillissement de la personne et les accidents de sa vie. Fonctionnels et facilement réversibles, ils semblent évoluer progressivement vers le dysfonctionnel puis l'organique bénin dans une première période, et l'organique malin dans un espace temps plus éloigné.

Ce déroulement, est-il inéluctable ? Est-il le fait du hasard ? Peut-il être modifié ?

Un épisode symboliquement très important doit retenir l'attention des médecins et des thérapeutes, celui du passage pubertaire qui va conditionner, en partie, les relations de la jeune fille avec son féminin.

Un focus sur les premières années de cette personne peut apporter un éclairage déterminant dans la compréhension des distorsions relationnelles avec son propre féminin :

- Dernière de la fratrie, elle est conçue après un garçon mort-né.
- Elle est née le 31 décembre ; dernier jour de l'année. Son anniversaire était toujours noyé dans les fêtes sylvestres. Elle n'a jamais été la reine de la fête, ni de personne.
- A 18 mois (période du miroir), elle est brûlée au 3<sup>o</sup> degré par une grosse casserole d'eau bouillante ; hospitalisation de plusieurs semaines qui l'éloigne complètement d'une mère peu attentive, peu disponible et dépressive, ainsi que d'un père alcoolique, manipulateur et absent ; dispositions qui l'exposeront, ultérieurement, plus facilement aux prédateurs de la société et aux hommes violents.
- A 10 ans, elle subit plusieurs épisodes d'attouchements sexuels par un oncle, dont elle n'a pas été protégée par ses parents et dont elle n'a parlé qu'en psychothérapie.
- A 11 ans, ses premières règles sont très douloureuses (EVA supérieure à 7 /10) et hémorragiques. Annonçant un relationnel difficile avec l'élaboration de son féminin, ces symptômes sont significativement annonciateurs d'un processus endométriosique futur qui est très souvent précédé par les incidents et accidents cités plus haut (violences sexuelles, physiques, psychiques, chocs émotionnels, états de stress aigus et/ou chroniques).

L'analyse de cette observation médicale est instructive car elle rassemble tous les éléments et les symptômes classiques de la maladie endométriosique, au point que leur réunion a une valeur prédictive et diagnostique :

- Dysménorrhées primaires hyperalgiques et ménorragies importantes.
- Cystopathies chroniques, mycoses chroniques, colopathies récidivantes.
- IVG, problèmes obstétricaux divers, grossesses à risques.
- Troubles anxio-dépressifs.
- Kystes ovariens.
- Hyperplasie endométriale.
- Adénomyose, Endométriose profonde.
- Pathologies dysimmunitaires.
- Antécédents traumatiques avec état de stress post traumatique.
- Violences sexuelles, mais aussi physiques ou verbales.
- Relations dysfonctionnelles avec la mère (en plus ou en moins).

Une lecture psychosomatique de cette observation pourrait aider à la compréhension de ces enchainements de dysfonctionnements dont les conséquences pourraient mettre en péril le pronostic vital de cette personne.



## Commentaires psychosomatiques du cas présenté par le Dr. Derreumaux

### Jean Benjamin Stora

À la fin de son article, notre collègue, le Docteur DERREUMAUX, nous invite à analyser le cas qu'il a présenté dans sa dimension surtout médicale, il nous convie à une lecture psychosomatique de l'observation et s'inquiète du pronostic vital de sa patiente qu'il a appelé Laurence.

La lecture psychosomatique d'un cas clinique dont nous ne connaissons que la dimension médicale doit s'attacher à découvrir le fonctionnement psychique de la patiente, d'établir ou de rétablir ce que j'ai appelé **l'unité psychosomatique**. Pour ce faire nous devons accompagner les événements de vie de cette patiente de réflexions concernant sa capacité mentale de faire face aux événements de sa vie, et surtout de s'interroger sur la qualité de la maturation neuronale et psychosexuelle de celle-ci.

Notre collègue nous fournit des éléments qui nous permettent de réfléchir à la problématique de Laurence : la patiente est la dernière de sa fratrie, et elle est née après un garçon mort-né. Notre question rejoint les développements de mon article ci-après sur les étapes de développement de la maturation neuronale et psychosexuelle. Quel était l'état psychique de la mère pendant la grossesse de Laurence puisqu'elle avait perdu un enfant et qu'elle vivait une période de deuil. Une mère endeuillée est une mère stressée et cela peut avoir des conséquences sur le développement fœtal. À cet égard les troubles métaboliques et le diabète de la patiente sont probablement, c'est notre hypothèse, à relier au stress maternel pendant la grossesse. Nous retenons aussi sa date de naissance qui a eu des conséquences narcissiques puisque la patiente n'a jamais été « la reine de la fête ». Elle n'a jamais été au centre d'un événement quelconque ce qui est une atteinte profonde à sa capacité d'être valorisée par l'environnement. À 18 mois elle a subi un traumatisme important puisqu'elle a été brûlée par une grosse casserole d'eau bouillante et hospitalisée pendant plusieurs semaines loin du milieu familial et surtout de l'amour maternel pour la soutenir dans son épreuve.

On apprend alors qu'elle a grandi auprès d'une mère dépressive, peu disponible et d'un père alcoolique, manipulateur et absent. En prenant en considération ces éléments, nous pouvons avancer l'hypothèse de défaillances des processus neuro-somatiques de développement dans les phases archaïques. Comment un système psychique peut-il se constituer alors que les bases neuronales et somatiques d'intégration ne sont pas suffisamment établies. Nous sommes en

présence d'une défaillance de ce que le Docteur René Arpad Spitz appelle l'organisation cénesthésique. (Cf. mon article ci-après). J'avance ici l'hypothèse d'une non constitution du système psychique dans sa totalité, car les différentes étapes d'intégration neuronale nécessaire à l'existence du système psychique n'ont pas été suffisamment intégrées.

On apprend qu'à dix ans, elle a subi des attouchements sexuels, ce qui ajoute au traumatisme des phases archaïques de sa vie : stress de la mère pendant la grossesse et stress de la petite fille de 18 mois hospitalisée. Ces attouchements sexuels ont pu provoquer un arrêt du développement psychosexuel, avec des conséquences qui vont apparaître progressivement dans l'investissement du corps psychique. En effet, à 11 ans ses premières règles sont très douloureuses et hémorragiques. À cet égard notre collègue très averti de la psychosomatique nous signale qu'il pense que la patiente aura des difficultés à investir sa dimension féminine. Je pense qu'il y a eu un arrêt du développement psychosexuel, et que Laurence a été considérablement effrayée par les manifestations du changement de corps et des sécrétions hormonales. Elle n'a pas été préparée à faire face aux processus de maturation psychosexuels.

L'hypothèse que j'avance ici est l'arrêt du processus de maturation car elle est restée fixée dans une position de la préadolescence, et qu'elle n'a pas pu investir de façon consciente son corps génital organique. **Aucune dimension psychique, et donc aucun plaisir libidinal.** Elle n'est pas devenue une femme adulte, et le non-investissement psychique du corps a fragilisé les défenses psychosomatiques.

Elle s'est engagée très tôt dans une relation avec son futur mari puisqu'elle avait 16 ans. Elle s'est mariée à l'âge de 35 ans avec son compagnon, et a donc vécu pendant 19 ans une relation qui prendra fin avec son divorce à l'âge de 42 ans. Elle s'est alors plainte que son mari était un « pervers narcissique ». Elle a vécu de nouveau une période traumatique d'affrontement avec son mari avant le divorce. Mais l'accusation de Laurence nous fait réfléchir à une dimension que nous n'avons pas encore abordée à savoir la dimension masochique.

Laurence a grandi auprès d'un père alcoolique et manipulateur, et d'une mère absente et dépressive. Toute son histoire de vie est empreinte de traumatismes, et sa vie maritale est un révélateur de sa capacité « masochique » à supporter les violences et les atteintes personnelles. Cela peut être interprété comme le prix qu'elle a dû payer pour être aimée par ses parents et par son mari que l'on peut considérer comme des agresseurs. Pour obtenir leur affection elle a dû subir leurs atteintes. Être aimée à tout prix par des agresseurs. Son père et sa mère l'ont été ainsi que son mari et son oncle pour les attouchements sexuels qui ont mis un terme au développement de sa psychosexualité.

Cette pathologie masochique lui a permis de supporter de nombreuses épreuves et, a accompagné tous les troubles somatiques dont nous parlent son médecin : IVG, grossesses pathologiques, kyste ovarien, endométriose, hystérectomie, cancer du sein, thrombose rétinienne, maladies auto-immunes (diabète de type 1 et leucopathie), le tout accompagné de nombreux épisodes anxieux et dépressifs. Je pense que le noyau masochique lui a permis de supporter toutes ces pathologies. Mais il y a toujours un prix à payer pour une telle pathologie : **à savoir l'internalisation de l'agresseur qui se transforme avec les années symboliquement en maladies. La maladie devient l'agresseur internalisé qui poursuit son chemin psychosomatique par une autodestruction systématique des fonctions organiques.**

L'inhibition des pulsions agressives n'a pas permis à Laurence de les externaliser pour échapper à leur destruction. Elle est victime d'une autodestruction de ses propres pulsions agressives. On peut alors comprendre ce que j'entends par unité psychosomatique car les défaillances du système psychique n'ont pas permis de renforcer les défenses du système immunitaire et d'investir le corps réel organique. Elle en a été réduite aux défenses de tous les systèmes somatiques qui se sont progressivement désorganisées dans le temps.

Au moment où j'écris ces lignes, on doit comprendre que le risque psychosomatique est très élevé et que Laurence est en danger à terme lorsque les défenses somatiques ne pourront plus faire face à l'autodestruction. Nous nous trouverons à ce moment-là en présence du pronostic vital. Nous pourrions arrêter une telle destruction par une recommandation très forte de thérapie psychosomatique qui pourra ralentir les processus sans pour autant que cela soit irréversible.

## LA NOUVELLE APPROCHE DE LA SEXUALITE FEMININE EN PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE: IMPORTANCE DE L'INVESTISSEMENT PSYCHIQUE DU CORPS BIOLOGIQUE

Pr. Jean Benjamin Stora<sup>2</sup>

### INTRODUCTION A LA SEXUALITE FEMININE

Pour aboutir au modèle de psycho-maturation de la sexualité féminine, j'ai dû parcourir un long chemin cours des 50 dernières années. Je pense qu'on ne peut pas parler de la sexualité féminine si on n'a pas soi-même fait une autoanalyse permettant de comprendre la composante féminine de sa personnalité ainsi que les différentes étapes conduisant à la sexualité féminine d'une femme adulte.

Trois expériences au cours de ma vie m'ont permis de réfléchir et de proposer aujourd'hui le texte que vous allez lire. Ces propositions théoriques et cliniques ont été élaborées au cours des 25 dernières années. J'ai une dette très importante vis-à-vis d'abord de deux femmes et, ma psychanalyse personnelle qui s'est poursuivie en autoanalyse m'a permis d'accéder progressivement à la composante féminine de ma personnalité.

La première femme est ma mère à qui je me suis progressivement identifié depuis ma plus tendre enfance jusqu'à l'âge adulte. Mes entretiens avec elle tout au long de ma vie jusqu'à son décès m'ont permis de comprendre progressivement ce qu'était une mère dans la relation avec ses enfants et comment être une mère. Je lui ai emprunté un certain nombre de ses qualités et aussi son regard. Il me semble que quand je regarde mes patients je les regarde avec les yeux de ma mère. La deuxième femme est mon épouse, la professeure Judith Stora – Sandor, Professeur émérite de l'université de Paris VIII. C'est une grande féministe et elle m'a conduit lentement sur le chemin de la compréhension de l'évolution de la féminité dans notre société contemporaine. Je lui dois beaucoup car elle m'a permis d'accéder à tous les textes fondamentaux dans ce domaine. Mon autoanalyse m'a permis d'accéder à la composante féminine de ma personnalité à la suite de l'analyse de la problématique œdipienne qui a pris un certain nombre d'années. Cette composante féminine permet à un homme de mieux appréhender la problématique de la féminité. J'ai, au cours de ma formation de psychanalyse,

---

<sup>2</sup> Conférence samedi 28 septembre 2019, GHU La Pitié-Salpêtrière

lu avec attention les travaux de Sigmund Freud concernant la féminité, et j'ai participé pendant des années à des séminaires où l'on parlait de l'analyse des femmes. J'ai mis très longtemps pour prendre du recul et mettre en perspective la théorie de Sigmund Freud pour un aboutir à proposer une nouvelle approche de la sexualité féminine.

## **Le modèle de base de la sexualité féminine**

**Il est temps que la sexualité féminine soit observée sans faire référence à la sexualité virile qui a constitué pendant très longtemps (près de 70 ans) le modèle de base à partir duquel les psychanalystes considéraient le processus de maturation psychosexuelle des femmes. Je pense que nous devons résolument nous éloigner du modèle œdipien masculin pour aborder l'Oedipe féminin.**

### **Sexualité et genre**

Le changement considérable des sociétés occidentales évoluées induit par le combat des mouvements féministes a pu **dans une certaine mesure** créer de nouveaux comportements dans les générations masculines et féminines ; ces nouveaux comportements sont à l'origine de vision du monde différente facilitant aujourd'hui une approche un peu plus « objective » de la féminité. Cependant nul n'est à l'abri d'un biais contre-transférentiel lorsqu'on étudie un tel sujet. Nous devons toujours être prudents dans l'énoncé de propositions théoriques, et nous devons examiner de façon contradictoire les faits cliniques qui seront exposés.

Avant de proposer notre version de la problématique œdipienne de la femme, revenons d'abord sur **les travaux de Sigmund Freud**

**Dans les « Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse : 33e conférence, la féminité », Sigmund Freud (1933) déclare : « De tout temps les hommes se sont creusés la tête sur l'énigme de la féminité ». Pour Freud, les deux sexes ont traversé de la même façon les phases précoces du développement de la libido ; il s'agit de la période prégénitale. « Il nous faut, dit-il, maintenant reconnaître que la petite fille est un petit homme ». Freud semble reconnaître dans ces phases, premièrement que le petit garçon et la petite fille se procurent des sensations de plaisir avec le pénis et avec le clitoris ; deuxièmement que le vagin n'a pas encore été découvert par les deux sexes. Il fait état de l'opinion de **Ruth Mc Brunswick** selon laquelle la petite fille éprouve des sensations vaginales précoces mais, dit-il, « il ne doit pas être facile de distinguer ces dernières de sensations anales ou vestibulaires ; elles ne peuvent en aucun cas jouer un grand rôle ». Pourquoi n'était-il pas à l'écoute de sa collègue ?**

Sa description de la sexualité féminine se poursuit par ce qu'il appelle « les changements » :

« **La petite fille doit donc, avec le temps, échanger zone érogène et objet, deux choses que le garçon, lui, conserve** ». « La question se pose alors de savoir comment la petite fille passe-t-elle de la mère à l'attachement au père, ou, en d'autres termes **de sa phase masculine à la phase féminine qui lui est biologiquement assignée ?** ».

Quel est alors la route vers la féminité ? La découverte de sa castration est un tournant dans le développement de la petite fille et trois directions de développement en procèdent :

- l'une mène à l'inhibition sexuelle ou à la névrose,
- la seconde à la modification du caractère dans le sens d'un complexe de masculinité,
- la dernière enfin à la féminité normale.

Description de l'Œdipe féminin

« **Sous l'influence de l'envie du pénis, la petite fille est expulsée de la liaison à sa mère et elle se hâte d'entrer dans la situation œdipienne comme dans un port** ».... « **La petite fille reste (dans le complexe d'Oedipe) pendant une période de longueur indéterminée, elle ne l'abolit que tard, et alors imparfaitement** ».

**Le complexe de masculinité, et l'homosexualité féminine :**

En dernier lieu, dans sa conférence, Freud nous signale une réaction possible de la femme après la découverte de la castration, **à savoir le développement d'un fort complexe de masculinité**. La femme s'en tient à son activité clitoridienne et **cherche à se réfugier dans une identification avec la mère phallique ou avec le père**. La poussée de passivité qui introduit le tournant vers la féminité est ainsi évitée. Une telle situation peut survenir du fait des déceptions inévitables causées par le père ce qui pousse à régresser **vers la masculinité première**. Le choix d'objet sera alors celui de l'homosexualité féminine.

**Critique de l'approche Freudienne**

**Les vécus psychiques de la femme omis par Freud (Jean Benjamin Stora)**. Tout en rendant hommage à Ruth Mc Brunswick, Freud n'a pas tenu compte de ses remarques sur « les sensations vaginales précoces ». Bien qu'il fasse souvent référence à la biologie de la femme, il n'a pas pris en considération le vécu psychique de la femme dans son corps tout au long du développement biologique et psychosexuel. **Les modifications mensuelles dues aux règles, le vécu de la femme portant des enfants, et les problèmes de la ménopause ne sont jamais évoqués alors qu'ils sont des indicateurs très importants d'un vécu féminin très différent de celui des hommes, et donc d'un développement psychique différent.**

**Pré-génitalité et Génitalité**

La description conceptuelle par Freud du développement de la psycho-sexualité féminine se réfère, à notre avis, **à la phase pré-génitale** et non pas à la phase génitale ; il s'agit d'une pensée de la pré-génitalité :

- Angoisse de castration
- Envie du pénis
- Changement d'objet incertain avec choix d'objet homosexuel ; destin de « tomboy », garçon manqué
- Longueur excessive de la résolution du problème œdipien, avec incertitude sur une possible issue (métaphore du port).
- Mère phallique-narcissique
- Dans l'approche métapsychologique de Freud, il semble que les niveaux de développement soient confondus. La mère phallique intervient au niveau archaïque et pré-génitale, et l'on peut comprendre les difficultés de la fille pour échapper à son destin puisqu'il est entravé par la toute-puissance de la mère phallique.
- **Il semble que la mère génitale avec laquelle la fille peut s'affronter et résoudre son problème œdipien soit absente de la conceptualisation freudienne.**

**Voici les questions que nous pouvons poser à Freud :**

**De nombreuses questions restent posées à la suite des travaux de Freud : Pour Freud, la phase pré-génitale est identique pour le garçon et la fille ; en est-il vraiment ainsi ? Pourquoi n'a-t-il pas pris en considération les relations de la petite fille, de la jeune fille et de la femme adulte, avec leurs pulsions agressives (sadiques-anales ; c'est Jeannine Chasseguet-Smirgel qui a formulé le problème voici de très nombreuses années) ? Comment ces pulsions sont-elles intriquées et intégrées dans le faisceau génital ?**

**Comment la petite fille prend-elle possession de son corps et de ses organes génitaux ? Et surtout oublié par Freud du développement hormonal de la sexualité de la femme à l'adolescence aidant au changement d'objet de la jeune fille. Elle peut changer d'objet car son corps est transformé et son désir s'oriente vers un choix d'objet hétérosexuel, c'est notre hypothèse pour expliquer le changement d'objet.**

**Tout au long des lectures de l'œuvre de Sigmund Freud, des questions se posent à propos des connaissances de l'époque de Sigmund Freud. Quelles étaient les connaissances de Freud et des médecins de sa génération concernant l'appareil génital de la femme ? Anne**

CAROL<sup>3</sup>, dans un excellent article intitulé « Esquisse d'une topographie des organes génitaux féminins : grandeur et décadence des trompes (XVIIe-XIXe siècles) », passe en revue les différentes contributions médicale et scientifique des médecins du XVIIe siècle à la fin du XIXe siècle. Je ne ferai que citer quelques-unes des approches « médicales » des médecins du XIXe siècle connus de Sigmund Freud probablement !

« Dès 1858, Menville défend dans son *Histoire philosophique et médicale de la femme* l'hypothèse du pouvoir fécondant des animalcules. Le récit de la fécondation que nous livre Menville de Ponsan ne nie pas le rôle des trompes, ... : « *le pavillon de la trompe embrasse la portion de l'ovaire par où l'œuf doit sortir ; l'ouverture du pavillon se dilate et exerce une espèce d'aspiration sur l'œuf mûr qui s'y englutit. Une fois l'œuf engagé dans la trompe, il chemine lentement vers la matrice, sollicité par les mouvements contractiles de la trompe elle-même [...] à la suite du coït, la liqueur séminale de l'homme, que le savant Réveillé-Parise a nommé le fluide de la vie, le sperme pénètre dans la matrice ; les animalcules qu'il contient s'introduisent par un mouvement instinctif dans les trompes utérines, où ils cheminent jusqu'aux deux tiers supérieurs. Arrivés à cet endroit de la trompe, les animalcules se fixent à la membrane muqueuse et attendent l'œuf au passage. Lorsque l'œuf mûr se détache de l'ovaire, lorsque, aspiré par le pavillon de la trompe, il s'englutit dans l'oviducte et descend, alors seulement les zoospermes s'accrochent à lui, pénètrent sa substance, et la fécondation est opérée* ». **Dans ce schéma, où la capacité de la fécondation est dévolue à la semence mâle seule, les mouvements des trompes subsistent ; mais les spermatozoïdes montent à l'assaut de l'œuf sans leur aide. La dimension presque prédatrice de cette fécondation, où les spermatozoïdes embusqués fondent sur l'œuf mollement transporté laisse entrevoir une autre sorte de rapport entre le masculin et le féminin, entre l'actif et le passif.**

De fait, avec la reconnaissance du pouvoir du spermatozoïde, plus rien ne sera comme avant. Dans le dictionnaire Dechambre, Charles Robin met fin de façon cruelle à ces représentations qui valorisaient la dynamique des organes génitaux féminins : « *L'observation prouve (et l'on connaît le poids d'une telle entrée en matière...) qu'il n'y a pas de transport du sperme, ni même des spermatozoïdes, mais progression de ceux-ci [...]. Quant aux contractions de l'utérus et des trompes, si souvent invoquées par presque tous les biologistes comme cause du transport du sperme jusqu'à l'ovaire, on n'a jamais constaté leur existence. Leurs effets soit aspirateurs, soit antipéristaltiques propulseurs, ne sont certainement que des fictions, ne méritant plus discussion* ». Pour aggraver les choses, l'ovule est en effet inerte : seuls les spermatozoïdes

---

<sup>3</sup> Anne CAROL, « Esquisse d'une topographie des organes génitaux féminins : grandeur et décadence des trompes (XVIIe-XIXe siècles) », *Clio*, numéro 17/2003, mis en ligne le 27 novembre 2006. URL : <http://clio.revues.org/document590.html>.

progressent « *tant qu'ils vivent [...] ils vont là où ils ne peuvent pas ne pas aller, sans que les organes génitaux femelles cessent d'être passifs [...] Dans cette série de phénomènes (la fécondation proprement dite), encore, l'ovule continue à ne jouer qu'un rôle passif, tandis que l'activité physique et moléculaire est dévolue aux spermatozoïdes* ».

**Une autre illustration de cette nouvelle représentation quelque peu méprisante peut être trouvée dans les travaux du docteur Auvard, gynécologue-obstétricien particulièrement proluxe au début du XXe siècle.** Dans un petit manuel, il examine les différentes hypothèses concernant d'une part les déplacements de l'ovule, d'autre part, ceux des spermatozoïdes.

Pour expliquer l'introduction de l'ovule dans la trompe, Auvard rejette d'abord l'idée d'une érection tubaire et de son emboîtement sur l'ovaire « *comme le casque sur la tête d'un soldat* » : cette représentation, sans doute trop martiale, n'a pas été vérifiée par l'observation. Autre possibilité, elle aussi dynamique et presque militaire : « *l'éclatement de la vésicule projetterait l'ovule dans le pavillon tubaire* » : Auvard qualifie cette hypothèse de « *pure fantaisie* » ; la gouttière suivie par l'ovule - troisième possibilité - est indécidable pour l'anatomiste. C'est donc la dernière théorie, celle du « *lac menstruel* », qui se révèle la plus séduisante. Selon ce schéma peu glorieux, « *au moment des règles, un épanchement séro-sanguin se ferait autour de l'ovaire et s'échappant par la trompe et l'utérus avec l'écoulement menstruel, entraînerait l'ovule comme une épave* ». Quant au spermatozoïde, comment gagne-t-il le tiers supérieur de la trompe ? Là encore, après avoir écarté les hypothèses passives de la capillarité, de l'aspiration tubaire ou de la mise en mouvement par les cils vibratiles, Auvard se rallie à l'idée selon laquelle « *les spermatozoïdes accompliraient leur ascension grâce à leurs propres mouvements* **Décrit comme un marais animé de courants infimes à la fin du XIXe siècle, l'appareil génital féminin n'est plus que l'espace dans lequel le spermatozoïde conquérant progresse à la recherche de sa cible. Cette nouvelle représentation constitue une régression, - une de plus ? infligée par le XIXe siècle aux représentations des femmes, écrit Anne Carol.**<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Citations de Anne Carol : [67](#)Menville de Ponsan 1858. [68](#)Idem : 348-349. [69](#)Robin 1877. [70](#)Ibid. : 348-357. [71](#)Auvard : 33. Il ajoute : « cette théorie est la plus rationnelle, et c'est elle que l'esprit peut accepter avec le plus de vraisemblance ». [72](#)Ibid. : 34. A la même époque, certains continuent toutefois à s'intéresser aux trompes. Auguste Lutaud, par exemple, leur attribue « *un rôle physiologique considérable* », puisqu'elles appliquent leur pavillon sur l'ovaire pour saisir l'ovule, et « *transportent les spermatozoïdes* » vers les ovaires (Lutaud 1900). MENVILLE DE PONSAN Charles François, 1858, *Histoire philosophique et médicale de la femme*, Baillière, 3 vol. AUVRARD Pierre Victor Alfred, s.d., *Menstruation et fécondation. Physiologie et pathologie*, Paris, Masson.

Comme on peut le constater, il ne s'agit pas de connaissances médicales et scientifiques, mais d'opinion idéologique de médecins que l'on peut qualifier de misogynes. Revenons à présent à l'approche de Sigmund Freud :

**Freud introduisait une séparation entre clitoris et vagin, qu'en est-il aujourd'hui ?**

**Les critiques plus fondamentales :**

**Je vais reprendre ici des critiques élaborées par le professeur Jacques André dans son ouvrage sur la sexualité féminine auxquelles j'ajouterai mes propres commentaires :**

**A propos de la place dérisoire du père dans la sexualité féminine, il déclare « l'enjeu d'une telle proposition n'est rien moins que la remise en question de l'universalité du complexe d'Oedipe comme noyau des névroses... »**

Des questions !

**à la problématique du changement de zone érogène puisque selon Freud la fille doit se détourner de la mère vers le père comme le vagin (féminin, récepteur) doit se substituer au clitoris (masculin, actif). « Il n'est pas nécessaire d'être psychanalyste pour savoir, à l'encontre de Freud, que les érogénités clitoridienne et vaginale chez la femme sont cumulatives et non soustractives, sauf isolation due au refoulement ».**

**Aux critiques du professeur Jacques André j'ajouterai les commentaires suivants :**

**Questions et brefs commentaires : la théorisation du changement de zone, du clitoris au vagin, est-elle fondée ? le problème est-il bien posé ? ne s'agit-il pas plutôt de développer théoriquement le processus d'investissement de l'appareil génital complet par l'appareil psychique ? théorisation incomplète de Freud.**

Lorsque j'étais membre de la Société Française de Gynécologie Obstétrique Psychosomatique, une conception différente de l'orgasme vaginal avait été développée :

**En nous référant aux travaux les plus récents (fin des années 90) en gynécologie obstétrique, nous aboutissons à une conception différente de l'orgasme vaginal ; il est fait référence à une sexualité intégrée. Les gynécologues et obstétriciens parlent d'orgasme clitoridien /orgasme vaginal/ orgasme utérin ; ils parlent aussi d'orgasme superficiel opposé à orgasme profond, et d'orgasme clitorido-vulvaire, et utéro-vaginal. Il s'agit bien entendu d'une description qui fait cependant référence à une expérience psychocorporelle de plaisir intense dans une conscience modifiée.**

À propos du plaisir sexuel, C. Cabanis dans le traité de gynécologie obstétrique psychosomatique propose une définition du plaisir sexuel : « capacité à ressentir des états de jouissances érotiques lors de l'excitation sexuelle et de l'orgasme ».

**Nous sommes ainsi loin d'une approche psychanalytique simplifiée (limitée au prégénital) n'ayant pas pris en considération la biologie de la femme et l'investissement psychique des zones érogènes au cours du développement psychosexuel. (Jean Benjamin Stora).**

**La théorie de la sexualité féminine de Freud est-elle une théorie sexuelle infantile ?**

**Je terminerai ce point critique et aussi complémentaire d'une nouvelle approche métapsychologique de la sexualité féminine en reprenant un point de vue très original de Jacques André, à savoir que « la théorie Freudienne est moins une théorie de la sexualité féminine qu'elle n'est elle-même une théorie sexuelle ». Le professeur André fait allusion aux théories sexuelles infantiles, dont celle de Freud concernant la sexualité féminine ; il ajoute (43) «... La question de sa vérité se déplace et se circonscrit : elle est vraie pour l'enfant phalliciste et pour nous (homme ou femme), dans la mesure où cet enfant en nous n'en démord pas ! ».**

Les approches des contemporains critiques de l'approche de Freud

**L'idéalisation de l'objet dans la relation de la fille au père.**

Mélanie Klein et Jones pensaient que l'Oedipe féminin s'installait **sous l'action dominante de ses éléments instinctuels féminins** ; la fillette désire avant tout incorporer un pénis non pour avoir un pénis mais pour en faire un enfant. **Le désir d'un enfant ne vient pas se substituer au désir impossible d'avoir un pénis.** Pour ces deux auteurs le désir œdipien de la fillette est très précocement éveillé par la frustration qu'inflige le sein maternel qui devient alors un **mauvais objet.**

Freud et Mélanie Klein

Dans ces deux conceptions, celle de Freud et celles de Mélanie Klein et Jones, c'est le **caractère mauvais du premier objet qui est à l'origine du changement d'objet de la fillette.** Elle cherche un second objet capable de lui procurer des satisfactions narcissiques et objectales : le père et son pénis, soumis alors à un processus d'idéalisation. On peut dire que le processus d'idéalisation tire sa source principale de la recherche d'un **Bon Objet.**

Les troubles de la psycho-sexualité féminine

Si la relation de la fille avec sa mère est dominée par de bonnes expériences et des frustrations normales, la psycho-sexualité féminine peut s'épanouir dans les conditions les plus satisfaisantes. **Si par contre les premières expériences s'avèrent mauvaises et si le second objet,** à savoir le père ne présente aucun trait favorisant la projection du bon aspect de l'objet, la voie vers les troubles les plus graves est ouverte, à savoir troubles caractériels, perversions, psychoses, **et j'ajoute somatisations.**

Nous pensons qu'ici il y a une confusion des phases de développement dans les exposés théoriques : encore une fois, les critiques faites à Freud se placent au même niveau que son élaboration théorique de la métapsychologie de la sexualité féminine : à savoir, la phase pré-génitale. Les critiques semblent avoir de la difficulté à distinguer la mère phallique des premières années de vie de la petite fille, et la mère génitale de la phase génitale à l'adolescence de la fille.

Pour comprendre un peu mieux les deux imagos maternelles auxquelles nous faisons référence, nous avons choisi les deux imagos féminines de notre culture d'origine judeo-berbère, en lieu et place de la mythologie Gréco-latine. Les deux imagos maternelles auxquelles nous faisons référence s'appellent : Lilith et Eve. Dans notre ouvrage publié en 1999 intitulés : « Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques », nous avons développé cette nouvelle approche mythologique en psychosomatique intégrative. Nous avons emprunté quelques lignes de notre ouvrage (p.130) pour présenter ici ces deux figures mythiques.

« Le personnage de Lilith est des plus fascinants; elle n'est mentionnée dans la Bible que par Isaïe, mais elle figure dans de nombreux livres du Talmud<sup>5</sup> et dans le Zohar<sup>6</sup>. Elle est souvent considérée comme la première femme d'Adam, avant la création d'Eve par la Divinité pour consoler Adam du départ de Lilith.

Pourquoi ce départ ? la tradition talmudique raconte que Lilith, première femme d'Adam, eut avec lui un conflit, dont le prétexte était la manière de faire l'amour ; ce conflit cachait la rivalité homme/femme dans le couple ; lequel des deux aurait la suprématie ? Lilith contesta les prétentions d'Adam à être le chef de famille et devant son attitude, invoqua le nom de l'Ineffable. Cette invocation a pour propriété de détourner à son profit la puissance de Dieu (mais qui connaît aujourd'hui le nom de l'Ineffable ?); à cette invocation il poussa des ailes à Lilith qui s'envola hors du jardin d'Eden. Adam désespéré se retourna vers le Tout-Puissant, qui, ému par sa détresse, envoya trois anges à la recherche de Lilith, mais en vain.

C'est ainsi qu'Eve fut créée à partir d'Adam, **donc proche de l'homme. Je reviendrai sur l'opposition des deux figures féminines entourant Adam : pour moi Lilith représente une imago phallique narcissique , c'est la toute-puissance de la mère dans les premiers temps de la vie ; quant à Ève, elle est pour moi, l'imago génitale féminine.**

---

<sup>5</sup> Le Talmud est un vaste recueil de la Loi Orale. Il existe deux Talmud (mot qui vient du verbe « lammed » (enseigner) : le Talmud de Jérusalem et le Talmud de Babylone, plus complet que le précédent. Il comprend deux parties : une partie aggadique (récits et enseignements moraux) et une partie législative ou halakha.

<sup>6</sup> Le Zohar ou Livre de La Splendeur est un commentaire mystique de la Tora (Cinq livres de Moïse), c'est l'ouvrage principal de la Kabbale.

Revenons à Lilith : Lilith est un démon femelle ailé et portant de longs cheveux. Elle erre la nuit de par le monde en empruntant des dizaines de noms différents, rend visite aux femmes en couches et étrangle leurs enfants nouveau-nés. Elle s'attaque aussi à la semence humaine ; "dans la nuit, malheur à l'homme qui porte son désir sur Lilith!". Lilith provoque les hommes en vue de rapports sexuels hors mariage et s'efforce aussi de prendre la place de l'épouse légitime. Dans le Zohar, Lilith, ce monstre femelle ailé, est traitée de prostituée, de maudite, de perfide et mensongère, de noire enfin; cette couleur, en vérité, renvoie à l'identification de Lilith avec la Reine de Saba, qui, selon des traditions juives et arabes, était en réalité, un djinn, moitié humain et moitié démon. Joseph Angelino dans « Livnat Ha-Sappirdirt » raconte que les questions sous forme d'énigmes posées par la Reine de Saba au Roi Salomon n'étaient qu'une répétition des paroles séductrices de Lilith vis à vis d'Adam. Cette fascination que Lilith exerce sur les hommes et ces énigmes n'est pas sans rappeler le Sphinx qui est, rappelons-le un monstre femelle ; d'ailleurs un des noms de Lilith figurant dans un shemoth du 14<sup>e</sup> siècle est *STRIGA*, autrement la Strige ou Sphinx. Cette proximité ne nous étonne pas car, l'Encyclopédie juive dans son article sur Lilith, fait remonter à la mythologie babylonienne et même Sumérienne l'origine de Lilith : " deux démons, l'un mâle, l'autre femelle appelés Lilu et Lilitu, peuvent être rattachés étymologiquement au mot hébraïque Laylah (la nuit)". On retrouve une inscription hébraïque demandant la protection du Tout-Puissant contre Lilith sur une stèle syrienne datant du 8<sup>e</sup> siècle avant J-C. Cette crainte d'avoir sa pensée envahie par Lilith au moment des rapports sexuels du couple est à l'origine d'une incantation du Zohar:" Pendant l'heure où l'homme s'unit à sa femme, il doit diriger ses pensées vers la sainteté du Seigneur et dire: Dans un doux vêtement de velours, es-tu ici? arrête, arrête, n'entre pas et ne sors pas! Rien de toi et rien de toi ! Alors il doit couvrir sa tête et celle de sa femme de linges, et plus tard, arroser son lit d'eau claire."<sup>7</sup>. Guerchon Scholem fait remarquer que ce geste rituel rappelle que le véritable domicile de Lilith se trouve dans les profondeurs de la mer, car la séductrice est apparentée aux *SIRENES*. Lilith partage le domaine marin avec de nombreuses soeurs, ou n'en est-elle pas la mère ? les Néréides grecques à queue de poisson, les sirènes femmes oiseaux, l'Hydre, serpent de mer à plusieurs têtes, fille de Echidna, et sœur de la Sphinx,... ,toutes ces créatures sont monstrueuses et ont des enfants monstrueux, elles sont de grandes séductrices dont l'acte sexuel se résume à la dévoration.

Ces femmes à corps phallique (la queue des sirènes) ont une sexualité prégénitale; elles représentent les tendances orales de dévoration, de maîtrise anale de l'objet, et narcissiques dans

---

<sup>7</sup> David Rouach (1990) *Imma ou rites, coutumes et croyances chez la femme juive en Afrique du Nord*, Ed. Maisonneuve et Larose, Paris. P.121 et S.

leurs relations. Elles ne peuvent transmettre à leurs enfants que leurs pulsions au fonctionnement archaïque selon le modèle élaboré par Mélanie Klein. "La femme qui ne sait renoncer à son pouvoir phallique devient une envieuse stérile et destructrice. Mais l'homme lui aussi voit s'envoler cette femme-phallus sur laquelle il voulait la maîtrise absolue (tout comme Adam avec Lilith) et qui menacera désormais son sexe, sa puissance et ses enfants"<sup>8</sup>.

**Pour accéder à la sexualité génitale, c'est à dire au prototype de la sexualité de Eve, toute femme devra renoncer au pouvoir de la sexualité prégénitale, au pouvoir archaïque anale de la sorcière : notre mère Eve est, à mes yeux, la représentante par excellence de la femme génitale et de la mère génitale avec laquelle la fille peut se confronter ».**

Activité et Passivité

Nous retournons ainsi à la pulsion pour mieux appréhender les notions d'activité et de passivité dans le développement de la sexualité féminine, en insistant sur le point qu'activité n'est pas identique à masculinité de même passivité n'est pas identique à féminité ; il est important comme l'a fait Sigmund Freud d'éviter toute équivoque concernant ces deux aspects des pulsions. **Il en est arrivé tard à cette constatation. Mais pourquoi parler ici d'activité et de passivité et de manifestation des pulsions agressives. Dans l'élaboration de notre approche théorico-clinique, il est important de passer par ce type d'interrogation.**

L'agressivité est-elle une défense ? Janine Chasseguet-Smirgel fait l'hypothèse que l'agressivité de la femme à l'égard du pénis de l'homme est mise sur le compte d'une défense devant l'approche d'un pénis ressenti comme dangereux en raison des projections effectuées, mais n'est pas mise en relation avec la composante sadique anale de la sexualité, **comme si le désir sexuel féminin en soi ne comportait aucun élément sadique. Elle insiste sur le problème de la femme face à son désir, fondamentalement féminin, d'incorporer le pénis paternel en mettant en œuvre la composante sadique-anale de sa sexualité.**

Le changement d'Objet

**L'analyse de la culpabilité d'incorporation, selon J. Chasseguet-Smirgel, permet souvent l'extension de l'investissement du clitoris au vagin en libérant l'analité qui transmet au vagin ses composantes érotiques et agressives. Le désir d'Eros de s'unir à l'objet est satisfait grâce à la pulsion de maîtrise qui se met à son service.**

**Encore une fois, comme on peut le constater, l'élaboration théorique est insatisfaisante concernant le changement d'objet et de zone.**

**Nlle proposition (JBS): Retour sur les deux imagos maternelles, Lilith et Eve**

---

<sup>8</sup> F. Duparc, La peur des sirènes, de la violence à la castration chez la femme, *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 1986,697-725.

**La mère phallique toute puissante des premiers temps de la vie qui contrôle la fonction orale et la fonction anale, contrôle l'apprentissage des sphincters. La fille ne dispose pas de son corps et ne peut s'identifier à la mère toute puissante qui est une image redoutable et castratrice.**

**La mère phallique ne peut être une rivale œdipienne, ce n'est pas une mère-amante du père ; elle est terrifiante.**

**Nous insistons ici sur le changement d'objet qui doit prendre en considération le passage de l'imgo maternelle phallique à l'identification à la mère-amante qui devient une rivale œdipienne. (cf plus haut imagos maternelles)**

**Le complexe de castration féminin et l'envie du pénis.**

**Compléments de réflexion théorique :** Les auteurs dont les conceptions de la sexualité féminine s'opposent à celles de Freud, sont d'accord entre eux pour refuser de considérer la femme comme « un homme manqué » (Jones). Selon eux, **le vagin est le premier organe sexuel investi libidinalement.** L'ensemble de ces auteurs s'accorde à mettre le refoulement des pulsions vaginales sur le compte des craintes narcissiques liées **aux atteintes dont l'intérieur du corps serait l'objet.**

**Nous ajouterons ici que ces craintes sont liées à la toute puissance de la mère phallique prégénitale, ce qui implique une fixation de la fille dans son développement psychosexuel. (la mère phallique contrôle le corps de sa fille)**

**L'identité féminine repose sur la complétude narcissique qui ne peut être atteinte si la mère prégénitale phallique continue de se manifester. Elle redoute alors l'appropriation du pénis qui est perçu comme propriété inaccessible de la mère phallique, ayant un pouvoir de dislocation interne.**

**Karen Horney et l'envie du pénis**

**Pour Karen Horney, l'envie du pénis résulte surtout des craintes qui s'attachent au vagin dans les deux sexes. Pour la petite-fille ses craintes, sont liées à son désir œdipien d'être pénétrée par le pénis du père auquel elle confère, de façon fantasmatique, un pouvoir de dislocation.**

**Ce pouvoir de dislocation, ce que nous ne dit pas K. Horney, est lié à la fixation de la fille au stade prégénital. Elle ne peut accéder au stade génital oedipien pour achever le processus de maturation. Elle parle encore de pénétration et non de RECEPTION. Pénétration a une connotation masculine et idéologique (cf. plus loin pulsions réceptives féminines).**

**Bisexualité psychique, homosexualité et étape prégénitale**

Des désirs que l'on peut qualifier d'homosexuels existent à l'égard des 2 parents, mais il convient de les distinguer selon leur but : un but narcissique et un but libidinal. La petite fille désire **dans une première étape** posséder sexuellement sa mère, espérant ainsi créer avec elle un tout dont l'homme sera exclu. Elle désirera aussi être son propre père, ce qui n'implique pas nécessairement une identification au rôle sexuel de celui-ci.

Pour accéder à une vie adulte harmonieuse la petite fille doit s'identifier à sa mère à tous les niveaux psychiques ; les identifications à son père sont aussi essentielles pour son destin de femme, pour sa sexualité et pour son sentiment d'identité.

### **Première étape: signification de l'identification au père**

Ici des questions se posent : veut-elle être le père afin de devenir comme lui objet de désir et d'amour pour la mère ? Dire qu'elle a envie d'avoir un pénis elle-même laisse l'origine d'un tel souhait dans l'ombre, et nous renvoie à la signification donnée au pénis paternel qui, est une pensée de la phase prégénitale..

Ce pénis est-il un objet narcissique, désirable comme tel ? Ce pénis est-il l'objet supposé du désir maternel ? Est-il un symbole de puissance ou de protection ?

Signification de l'envie du pénis dans l'étape prégénitale

Ces 2 dernières interrogations prennent naissance dans l'étape prégénitale du développement psychosexuel **c'est-à-dire avant que ne soit reconnue l'importance œdipienne de la différence sexuelle**. Dans cette phase de développement prégénital **être muni d'un pénis équivaudrait à la protection contre une soumission dangereuse à la « mère anale » ou contre l'engloutissement dans la dévorante « mère orale »**. On trouve aussi chez la fillette le souhait d'être un pénis pour sa mère en vue de la réparer des agressions fantasmatiques ou encore pour se mettre en vedette devant elle ou pour être ainsi l'objet exclusif de son intérêt...

### **L'intégration des pulsions homosexuelles**

**Comment les pulsions homosexuelles issues des 2 courants maternels et paternels chez la femme non homosexuelle sont-elles intégrées ? Les pulsions homosexuelles s'expriment de 3 façons différentes :**

**1. d'abord dans une identification au partenaire lors des relations hétérosexuelles. On doit comprendre la théorie psychique de la bisexualité : la bisexualité nous renvoie à la scène primitive et au désir de s'identifier à chacun des 2 parents pour s'appropriier leurs droits et fonctions respectives.**

**2. Les pulsions homosexuelles trouvent une expression également dans les relations sublimées avec les amis du même sexe ;**

**3. elles trouvent aussi une expression dans tout travail créateur. C'est ainsi que l'identification inconsciente au parent du sexe opposé permet aux hommes comme aux femmes de donner naissance aux œuvres de création. La libido homosexuelle s'investit habituellement dans la vie hétérosexuelle, dans l'amitié, dans la maternité et le travail,**

**Les facteurs socioculturels doivent être réintroduits dans la problématique de la sexualité féminine: Envie du pénis et culpabilité féminine**

La culpabilité à l'égard de la mère sadique anale coexiste **avec la culpabilité d'avoir pris au père son pénis pour en faire un enfant**: les vomissements de la grossesse, l'ensemble des somatisations liées à la maternité et à son acceptation sont très souvent en relation avec cette culpabilité. **Encore une fois ici il s'agit dans ces approches théoriques d'une culpabilité du stade prégénital, et donc dans certains cas d'une régression et/ou d'une fixation psychique.**

**La culpabilité au niveau des réalisations féminines.**

Cette culpabilité entraîne des inhibitions qui semblent déterminer largement la place de la femme dans la culture et dans la société.

Cette culpabilité est fondée dans l'inconscient sur le sens d'une acquisition phallique dans quelques domaines que ce soit : activité intellectuelle, professionnelle, créatrice, il semble que pour la femme nous nous trouvons face à une **double culpabilité : dépassement de la mère et dépassement du père. Il en est de même pour les nouvelles générations d'hommes.**

Ce dépassement est souvent accompagné de symptômes migraineux, de céphalées, etc. : symptômes conduisant le sujet à l'autocastration de ses facultés intellectuelles par « l'inhibition douloureuse de la pensée », cf. les travaux fondamentaux de Pierre Marty. Pour « les deux sexes ces symptômes sont habituellement liés à la personne du père ; en effet pour les deux sexes le bon fonctionnement intellectuel est équivalent dans l'inconscient à la possession du pénis et de son symbole: le phallus ». **Ce point théorique doit être modifié : il est important de réintroduire la Mère aux côtés du Père.**

Les pulsions réceptives féminines

Pour Janine Chasseguet-Smirgel l'envie du pénis a le même caractère primaire que les **pulsions réceptives féminines** à savoir les pulsions orales, anales ou vaginales. Du point de vue narcissique la fillette se vit plus ou moins douloureusement comme incomplète ; la racine de ce sentiment d'incomplétude doit être recherchée dans les relations des enfants des deux sexes à la mère orale, anale, et génitale.

**Il est important de retenir ici le concept de « pulsions réceptives féminines », différent du concept masculin de pénétration.**

Les obstacles de rivalité œdipienne sur la route de la fille

Janine Chasseguet-Smirgel insiste beaucoup sur les obstacles auxquels la fille se heurte sur le chemin de la situation œdipienne ; **n'est-ce point là, dit-elle, en relation avec le fait que la fille, cherchant à échapper à la mère lors du changement d'objet -- se heurtant de ce fait à son besoin de sauvegarder son père -- s'offre à lui comme objet partiel, protégée ainsi de la mère aimée du père ; ce qui ne fait que renforcer la dépendance de la fille. De cette façon, la fille perpétue une position (Sigmund Freud parle de havre) dans la mesure où elle ne prend pas ainsi la place de la mère auprès du père, et ne devient pas une femme adulte. Du même coup elle se protège de la castration venant de la mère, dont elle n'a pas usurpé la place. Mais en vérité, encore une fois, il s'agit d'obstacles de la phase prégénitale.**

Les avatars du développement psycho-sexuel de la fille

Nous comprenons à présent combien le chemin de la fille est difficile dans le vécu de la situation œdipienne nécessaire à sa maturité **puisqu'elle doit s'identifier vraiment à la mère génitale pour la supplanter auprès du père dans une problématique de rivalité.** Il s'agit d'un parcours parsemé d'obstacles, difficile à surmonter, constituant le noyau des névroses de la petite fille puis de la femme adulte.

Nous pouvons maintenant établir les progrès effectués depuis le travail de Sigmund Freud en 1931 puisque les deux principales étapes - **le changement d'objet et le changement de zone, ont été largement développées et remises en question par ses successeurs.** Janine Chasseguet-Smirgel dans sa contribution nous a permis de mieux appréhender certains mécanismes psychiques du changement d'objet en insistant sur tous les avatars du développement psychosexuel de la femme. **Mais c'est encore incomplet puisque le problème comprend l'identification et la constitution de l'identité psychique.**

Le changement de zone

A ce propos, il me semble que la problématique du changement de zone est confuse dans la mesure où les travaux récents des gynécologues-obstétriciens s'orientent vers ce qu'ils appellent **l'intégration de la sphère génitale**, une seule zone à composantes multiples.

Il est fondamental de prendre aussi en considération la dimension biologique pour comprendre la problématique œdipienne féminine.

Les troubles de la vaginalité

Selon des récents travaux sur la frigidity féminine, la capacité à ressentir du plaisir érotique dépend de la capacité de la femme à intégrer certaines perceptions et émotions, à les coder comme érotiques en les canalisant vers l'espace érotique interne : vagin, utérus. Ces travaux développent la notion de : **vaginalité**, qui se définit comme la possibilité d'atteindre un

épanouissement et un plaisir sexuel. **En s'appuyant sur la capacité de percevoir dans son corps le vagin comme organe sexuel, la capacité de vivre la pénétration (encore une fois , j'attire votre attention sur l'usage sémantique du terme pénétration) comme élément de la rencontre sexuelle, et la capacité d'érotiser le vagin par l'excitation sexuelle et les fantasmes.**

**Les gynécologues ne prennent pas en considération la constitution de l'image psychique du corps féminin au cours du processus de maturation psychosexuel. Le plaisir sexuel a une base biologique et, aussi, et surtout des représentations mentales d'investissement des organes érogènes.**

Les troubles de la vaginalité s'expriment en clinique par : les dyspareunies, le vaginisme, l'anorgasmie coïtale. Les anorgasmies qui donnent lieu à consultation sont soit les anorgasmies coïtales, soit les anorgasmies totales : clitoridienne et vaginale.

### **L'identité féminine et la complétude narcissique remise en question**

De très nombreuses anorgasmies sont liées aux circonstances de vie de la femme pendant lesquelles la sexualité peut être perturbée : période biologique, fécondité, maternité, grossesse, post-partum, IVG et ses suites, contraception, ménopause, suite d'interventions gynécologiques, etc. Pendant cette période **l'identité féminine est , soit en cours d'établissement comme à l'adolescence, soit réactivée car mal assurée et mal intégrée pendant les années qui ont suivi l'adolescence ou après la ménopause ou dans le vieillissement période où l'identité féminine peut être dévalorisée, désinvestie, et rejetée.**

Le complexe d'Œdipe Féminin

En résumé, Le modèle développé par S. Freud est incomplet, et **profondément empreint des préjugés misogynes** de son époque concernant la place de la femme dans la société. La dimension subjective du créateur de la psychanalyse ne peut être séparée de l'idéologie phallo-centrée du 19<sup>e</sup> siècle. Nous nous trouvons en présence d'un problème épistémologique, **à savoir la difficulté d'élaborer une théorie subjective de l'appareil psychique que nous attribuons aux problèmes de contre-transfert et de préjugés liés à l'époque.**

### **Propositions finales pour une nouvelle métapsychologie de la sexualité féminine**

Revenons d'abord sur le passage de la représentation mentale de la mère: le **passage de l'imago maternelle phallique à l'imago maternelle de la mère génitale est fondamental pour permettre une identification de la fille à une mère réelle génitalisée avec qui elle va rentrer en rivalité. Donc de la mère phallique, Lilith à Eve , la mère « mythique » de l'humanité de la Bible. Une mère que je qualifie de génitale, facilitant la résolution de l'Œdipe féminin donnant accès à une vie hétérosexuelle.**

## **La phase œdipienne féminine: résumé des propositions**

1. On doit réintroduire la composante biologique fondamentale : modification du corps et des mécanismes neuro-hormonaux à la phase de maturation de l'adolescence réactivant la problématique œdipienne ; le corps met entre 7 et 8 ans pour développer les fonctions hormonales féminines.

2. Les organes sexuels et les fonctions somatiques doivent être l'objet d'investissement psychique et de construction d'une image double du corps: images neuronale et image psychique. **Tous les troubles futurs sont à imputer aux défaillances de construction de cette identité.** La jeune fille se trouve face à des problèmes complexes à résoudre: **devenir une femme adulte dans son corps et dans sa psyché.**

### **Accès à la génitalité et à l'hétérosexualité**

3. Elle peut à présent s'identifier à sa mère dans sa composante homosexuelle et hétérosexuelle et entrer en rivalité avec elle ; se rapprocher du père pour le séduire sans le détruire avant de renoncer à lui (interdit de l'inceste) et d'orienter son choix d'objet hétérosexuel vers d'autres hommes. Cette phase s'accompagne de souhaits de mort envers sa rivale qu'elle veut éliminer ; elle peut en avoir vis-à-vis d'une mère génitalisée, mais pas face à une mère phallique, qui elle, est indestructible et terrifiante. (mère archaïque et pré-génitale), d'où les avatars et troubles de la sexualité féminine.

### **Conclusion : Le NOM DE LA MÈRE.**

**Le chemin que les femmes doivent accomplir pour atteindre un processus de maturation achevée se révèle très difficile à accomplir, mais des millions de femmes le parcourent. Mon travail de recherche m'a permis de découvrir l'imago maternelle dans la relation avec mes patients et mes patientes somatiques ; c'est ainsi que j'ai adopté voici maintenant très longtemps une attitude maternelle dans la relation avec mes patientes et avec mes patients. Lorsque le système psychique ne s'est pas suffisamment développé ou n'existe pas, nous sommes alors dans une relation d'attachement des premiers temps de la vie, de nos phases archaïques. Il nous appartient à ce moment-là en tant que figure maternelle d'encourager le processus de maturation pour que progressivement un système psychique puisse se développer et que nous puissions « réparer » nos patients et nos patientes. C'est ainsi que j'ai inscrit la psychosomatique intégrative sous le Nom de la Mère.**

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

## **Bibliographie sur la sexualité féminine**

Les œuvres de Freud consacrées à la sexualité féminine sont passées en revue dans l'ouvrage collectif dirigé par Janine Chasseguet-Smirgel paru chez Payot en 1964.

### **S. Freud**

Les Trois Essais (1905) bases essentielles de sa conception de la féminité

L'organisation génitale infantile de la Libido (1923)

Le déclin du Complexe d'Œdipe (1924)

De Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes (1925)

De la sexualité féminine (1931)

La féminité in Nouvelles Conférences (1932)

Freud, S. (1933) « *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* », traduction française, Editions Gallimard, 1984. la traduction littérale est: Nouvelle suite des conférences d'introduction à la psychanalyse.

### **Vues Psychanalytiques sur la sexualité féminine apparentées à celles de Freud :**

J. Lampl-de-Groot : L'évolution du Complexe d'Œdipe chez les femmes (1927)

J. Lampl-de-Groot : Contribution au problème de la féminité ((1933)

Hélène Deutsch : La psychologie de la femme en relation avec la fonction de reproduction (1925)

Hélène Deutsch : La signification du masochisme dans la vie mentale féminine (1930)

Compte-rendu d'un symposium sur la frigidité tenu à New York en décembre 1960 et présidé par H. Deutsch (1960)

Ruth Mack Brunswick : La phase pré-oedipienne du développement libidinal (1940)

Marie Bonaparte (1951) : **La sexualité de la femme, PUF (1967)collection 10/18**

### **Vues psychanalytiques sur la sexualité de la femme opposées à celles de Freud :**

Josine Müller : Contribution au problème du développement libidinal de la phase génitale chez la fille (1925) publié en 1932

Karen Horney : La peur devant la femme (1932)

Karen Horney : La psychologie de la femme, Payot, 1969

Karen Horney : La négation du vagin (1933)

Mélanie Klein : La psychanalyse des enfants (1932) lire le chapitre XI consacré au développement sexuel de la fille

Ernest Jones : Le développement précoce de la sexualité féminine (1927)

Ernest Jones : la sexualité féminine précoce (1935).

### Ouvrages contemporains:

1. Abraham K., (1966) "*Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux*" (1924). Développement de la libido. Paris, PBP 1966, p. 308.
2. Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie., Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF.
3. Carloni Glauco, Nobili Daniela, (1977) *La Mauvaise Mère. Phénoménologie et anthropologie de l'infanticide*, Paris, Payot.
4. Cosnier, J. (1987) *Destins de la féminité*, PUF ( ch5 : la féminité dans le travail du psychanalyste)
5. Deutsch Helen (1953) *La Psychologie des femmes*, Paris, PUF.
6. Dolto, F. (1996) *La Sexualité féminine*, Paris, Gallimard.
7. Dolto, F. (1998) *Le Féminin*, Paris, Gallimard.
8. Eliacheff, C., Heinich, N. (2002) *Mères-filles, une relation à trois*, Paris, Albin Michel.
9. Irigaray, L. (1995). « Femmes et Hommes, : une identité relationnelle différente », in collectif EPHESIA, *la Place des femmes. Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales*, Paris, La Découverte.
10. Jones E., (1997) *Théorie et pratique de la psychanalyse*. Paris, Payot et Rivages 1997.
11. Lacan J., "*Jeunesse de Gide ou la lettre et le désir*. Ecrits.
12. Lacan J., "*La signification du phallus*"(1958). Ecrits. p. 685-695.
13. Lacan J., "L'éveil du printemps", Paris, Ornicar? 39, 1986.
14. Lacan J., "Propos directifs pour un Congrès sur la sexualité féminine" p 733. 19 Lacan J., "Le Séminaire livre X L'angoisse"
15. Lacan J., *Le Séminaire livre IV La relation d'objet*.(1956-1957). Paris, Seuil, 1994.

16. Lacan J., *Le Séminaire livre XX Encore (1973-1974)*. Paris, Seuil, 1975.
17. Lacan J., "*Propos directifs pour un Congrès sur la sexualité féminine*" (1958), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 725-736.
18. Lacoste-Dujardin, C. (1985). *Des mères contre les femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb*, Paris, La Découverte.
19. Le Doeff, Michèle. (1989). *L'étude et le rouet, des femmes, de la philosophie, etc.*, Paris, Seuil.
20. McDougall, J. (1996) *Eros aux mille et un visages*, Gallimard, « composantes homosexuelles de la sexualité féminine, etc... »)
21. Mimoun, S. (1999) *Traité de Gynécologie-Obstétrique Psychosomatique*, Médecine-Sciences Flammarion.
22. Naouri, A. (1994). « Un inceste sans passage à l'acte : la relation mère-enfant », in Françoise Héritier (ed.), *De l'Inceste*, Paris, Odile Jacob, 1994.
23. Naouri, A. (1998). *Les Filles et leurs Mères*, Paris, Odile Jacob.
24. Perrier, F. (1998). « L'Amatride », in *L'Amour*, séminaire 1970-71, Paris, Hachette, Littératures-Pluriel.
25. Raimbault, G. (1996). *Lorsque l'enfant disparaît*, Paris, Odile Jacob.
26. Raimbault, G., Eliacheff, C. (1996). *Les Indomptables. Figures de l'anorexie* (1989), Paris, Odile Jacob.
27. Schaeffer, J. (1997) *Le refus du féminin*, PUF, (Epîtres).
28. Théry, I. (1999). « Pacs, sexualité et différence des sexes », *Esprit*, octobre.
29. Weininger, O. (1975). *Sexe et Caractère*, collection « Sphinx » dirigée par Alain Jaccard, Paris, L'ÂGE D'HOMME.



# Le Modèle Neuropsychosomatique de la Psychosomatique Intégrative

## Les étapes de développement des processus de maturation neuronale et psychosexuelle

### Résumé du Modèle

Pr. Jean Benjamin Stora<sup>9</sup>

Paris, Février 2020<sup>10</sup>

« L'être humain est unité psychosomatique »

« L'unité psychosomatique est composée de cinq systèmes : le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le système génétique. Théorie des cinq systèmes »

Le développement de la clinique et de la théorie psychosomatique a considérablement évolué depuis les années 30 du siècle dernier. Nous sommes progressivement passés d'une psychogenèse des maladies somatiques à une approche privilégiant le rôle du fonctionnement et du dysfonctionnement de l'appareil psychique dans l'étiologie des maladies somatiques, approche de Pierre Marty et de ses collègues de « l'Ecole de Paris » fondée au CHU de La Pitié-Salpêtrière au début des années 60 du 20<sup>ème</sup> siècle. **Cette approche bien qu'elle se dénomme psychosomatique, est en vérité fondée sur le fonctionnement psychique dans la relation à la maladie. Il s'agit encore d'une approche psychanalytique privilégiant l'esprit dans sa relation au corps, mais les explications fondées sur la psychanalyse sont incomplètes puisque la psychanalyse n'est pas une discipline proposant de comprendre les maladies somatiques. La psychanalyse est uniquement réservée au fonctionnement du système psychique. Donc nous nous trouvons devant une impasse théorique et clinique. Il nous a fallu de très nombreuses années pour élaborer une nouvelle approche que nous appelons : la psychosomatique intégrative interreliant un nouveau modèle de fonctionnement psychique des patientes des patients somatiques, la Médecine et les Neurosciences. ( ci-après le résumé du modèle dont le développement complet sera publié dans le cours photocopié de psychosomatique intégrative).**

---

<sup>9</sup> Psychologue clinicien, psychosomaticien, psychanalyste, il a été consultant de psychosomatique dans le service d'endocrinologie (Pr. Bruckert) du GHU La Pitié-Salpêtrière de 1993 à 2015, et Directeur du Diplôme Universitaire de Psychosomatique Intégrative enseigné à la Faculté de Médecine de La Pitié-Salpêtrière, Paris 6 d'octobre 2006 à septembre 2015.

Ancien Président de l'IPSO Pierre Marty et ancien Président de la Société Française de Médecine Psychosomatique. Président d'Honneur de la Société de Psychosomatique Intégrative.

<sup>10</sup> Je tiens à remercier très chaleureusement mes collègues Elisabeth Jouan, la nouvelle présidente de la Société de Psychosomatique Intégrative, et le Docteur Lionel Naccache d'avoir relu très soigneusement mon article manuscrit. **Le modèle complet sera publié dans le cours imprimé de psychosomatique intégrative (publication courant 2020).**

**LE MODELE GLOBAL « NEUROPSYCHOSOMATIQUE »  
DE LA VIE INTRA-UTERINE AU STADE GENITAL ŒDIPIEN : RESUME  
JEAN BENJAMIN STORA  
JANVIER 2020**

**1<sup>ère</sup> organisation somatique, comportementale et émotionnelle : trois composantes**

**1 Stade de développement intra-utérin.**

Il est important avec nos patients de toujours penser au stress maternel pendant la grossesse : quels sont les événements de vie qui ont perturbé le développement fœtal ?

**2 Stade archaïque des premiers mois (dominé par la sensori-motricité), et les périodes critiques**

**3 L'organisation cénesthésique, et l'organisation somato-psychique du stade oral ; 6 premiers mois de vie - relations pré-objectales (Bon et mauvais Objet) ; avec l'apparition du sourire au troisième mois, les traces mnémoniques sont établies ce qui implique que les parties constituant l'appareil psychique sont en place : conscient, préconscient et inconscient. Un moi rudimentaire se développe au sein du continuum somatopsychique dans l'activité musculaire et de plus en plus coordonnée et dirigée.**

**2<sup>ème</sup> organisation somato-psychique :**

- 1 L'organisation diacritique, et le stade anal ; neuf premiers mois de vie (introjection de l'Objet maternel permettant l'intrication pulsionnelle : pulsions sexuelles et pulsions agressives).**

**Cette deuxième organisation constitue un chaînon indispensable dans le continuum somatopsychique. Elle établit les relations entre les fonctions viscérales et les fonctions motrices. On passe ainsi au cours du processus de développement psychosexuel, d'un mode somatique à un mode psychique de décharge de l'énergie.**

En termes psychanalytiques, Spitz assimile la relation entre les organisations cénesthésique et diacritique à la relation entre processus primaire et processus secondaire ; « nous ne prenons conscience du travail accompli en sourdine par le système cénesthésique que par les déformations qu'il impose au fonctionnement diacritique ou par l'influence qu'il exerce sur le processus primaire ».

**2 IMPORTANCE DE L'EMOTION COMME DETONATEUR DE TROUBLES PSYCHIQUES ET SOMATIQUES : LES MARQUEURS SOMATOPSYCHIQUES.**

Les découvertes neuronales et somatiques des circuits des émotions et de leurs associations à des états corporels nous conduit à proposer l'existence de noyaux archaïques somatopsychiques mémorisant l'ensemble des situations précocement vécues de la naissance jusqu'à la période verbale. Ces fixations relient un état somatique, une manifestation émotionnelle et un comportement associé, le tout est comme nous l'avons vu ci-dessus encodé neuralemement et intégré dans l'organisation cénesthésique, puis dans l'organisation diacritique.

Les marqueurs<sup>22</sup> somatopsychiques sont des mécanismes d'aides inconscientes à l'action quotidienne des êtres humains. Damasio définit ainsi le concept : « *l'association d'une perception d'une sensation déplaisante ou agréable corporelle lors d'une prise de décision à une image particulière, est appelée "marqueur" somatique, que la perception soit d'origine viscérale ou non* ».

Le marqueur somatique agit soit comme un signal d'alarme - danger de choisir cette solution- ou comme un signal d'encouragement; dans les deux cas, c'est un système qui donne des indications d'orientation.

### **3ème organisation somato-psychique :**

#### **1 Stade du premier œdipe et développement de la névrose infantile.**

Le système psychique ne peut se développer que si préalablement pendant la vie intra-utérine et pendant les cinq années suivantes il y ait intégration des différentes fonctions des cortex sensorimoteurs, du système limbique et du cortex préfrontal. Sans l'intégration neuronale, le système psychique ne peut advenir.

#### **2 le développement neuroendocrinien de la maturation de la sexualité féminine et masculine**

**De 5 ans à 12-13 ans développement biologique et neuro-hormonal du système hypothalamique (développement du système hormonal sexuel-environ 7 à 8 années)**

**Stade phallique-narcissique de la pré-adolescence et de l'adolescence**

### **4EME ORGANISATION SOMATO-PSYCHIQUE:**

**Stade génital œdipien, prédominance de la problématique œdipienne classique dans la relation à la mère et au père. Technique classique de la Psychanalyse.**

.....

## BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER, F., La médecine psychosomatique, PBP, Paris, 1977.

FLANDERS-DUNBAR H., Emotions and bodily changes, New York, Columbia University Press, 1935.

GRODDECK, Le livre du ça, Gallimard, Paris, 1973.

Anzieu, D, [Le Moi Peau](#), Paris, Dunod, 1985^

Anzieu, D, Une peau pour les pensées : entretiens de Didier Anzieu avec Gilbert Tarrab sur la psychologie et la psychanalyse, Paris, Clancier-Guénaud, 1986,

Anzieu, D, Le penser. Du moi-peau au moi-pensant, Paris, Dunod, 1994

Avicenne & Averroès : médecine et biologie dans la civilisation de l'islam

De Paul Mazliak, Vuibert, 2004, 25.00 E

L'histoire des sciences biologiques de la fin du Xe siècle à la fin du XIIe. L'auteur s'appuie sur les travaux et les influences de deux éminents personnages de l'époque : Avicenne (Ibn Sina) et Averroès (Ibn Rushd).

Bion, W.R, Aux sources de l'expérience (1962), Paris, PUF, 1979

Bion, W.R, Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance (1965), Paris, PUF, 1982

Bion, W.R, L'Attention et l'interprétation (1970), Paris, Payot, 1990

Bion, W.R, Quatre discussions avec Bion, Textes établis par Francesca Bion, préface d'André Green, éd. d'Ithaque, 2006,

Bion, W.R, Séminaires cliniques, Textes établis par Francesca Bion, préface de François Lévy, éd. d'Ithaque, 2008,

Bion, W.R, Un Mémoire du Temps À Venir, Traduction et présentation par Jacquelyne Poulain-Colombier, Postface de Parthénope Bion Talamo, éd. du Hublot, 2010.

Bowlby, J, Attachement et perte, vol 1, "L'attachement", Paris, PUF, 2002,

Bowlby, J, Attachement et perte, vol 2, "La séparation, angoisse et colère", Paris, PUF, 2007

Bowlby, J, Attachement et perte, vol 3, "La perte, tristesse et dépression", Paris, PUF, 2002,

[Jean Bergeret](#) et Michel Fain, Le Psychanalyste à l'écoute du toxicomane, Paris, Dunod, 1981

Antonio R. DAMASIO, L'erreur de Descartes, la raison des émotions, O. Jacob, 1994.

Antonio R. DAMASIO, Le sentiment même de soi, corps émotions, conscience, O ; Jacob, 1999.

Antonio R. DAMASIO, Spinoza avait raison, joie et tristesse, le cerveau des émotions, O. Jacob, 2003.

Gerald M. EDELMAN, Plus vaste que le ciel, une nouvelle théorie générale du cerveau, O. Jacob, 2004.

Gerald M. EDELMAN, The remembered present, a biological theory of consciousness, Basic Books, 1989.

Gerald M. EDELMAN, Topobiology, an introduction to molecular embryology, Harper Collins publishers, 1988.

Gerald M. EDELMAN, Biologie de la conscience, O. Jacob, 1992.

Mark SOLMS, Oliver TURNBULL, The Brain and the Inner World, an introduction to the neuroscience of subjective experience, Karnac Pub., 2003.

DEBRAY, R. et Belot, R-A. (2008) La Psychosomatique du bébé, ed. P.U.F, coll. le Fil rouge

DEJOURS C, FEDIDA P, GACHELIN G, GREEN A, GUEDENEY A, JASMIN C, STEWART J, TASSIN J-P, THURIN J-M, VARELA F. (1994). , *Somatization - psychanalyse et science du vivant* Editions ESHEL, Paris.

DE M'UZAN M. (1997). « Genèse du symptôme somatique. Trois hypothèses théoriques et suivi d'une cure » in : *Cliniques Psychosomatiques*, coll. Monographies de la RFP, 29-48 PUF, Paris, 1997

DE M'UZAN M., DAVID C., « Préliminaires critiques à la recherche psychosomatique ». *Revue Française de Psychanalyse* 24,19-40, 1960

DOLTO, F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Editions du Seuil.

Ferenczi, S (1990) *Psychanalyse I. Œuvres complètes, 1908-1912*, Paris, Payot,

Ferenczi, S., *Psychanalyse III. Œuvres complètes, 1919-1926*, Paris, Payot, 1990

Ferenczi, S., *Psychanalyse IV. Œuvres complètes, 1927-1933*, Paris, Payot, 1990

Ferenczi, S (1909), *Transfert et introjection*, in *Psychanalyse I*. Paris, Payot.

Ferenczi, S (1928), *Elasticité de la technique analytique*, in *Psychanalyse IV*. Paris, Payot, 1982.

Ferenczi, S (1928), *Le problème de la fin de l'analyse*, in *Psychanalyse IV*, Paris Payot, 1982.

Ferenczi, S (1932), *Confusion de langue entre les adultes et les enfants*, in *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1982.

Ferenczi, S (1932). *Journal Clinique*. Paris, Payot, 1985. Ferenczi, S. (2006) *Le Traumatisme*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot »,

Ferenczi, S., *L'Enfant dans l'adulte*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2006

Ferenczi, S & Rank O. (1924), *Perspective de la psychanalyse. Sur l'indépendance de la théorie et de la pratique*. Paris, Payot, 1994.

Freud, S. (1904). *La technique psychanalytique*. Paris, PUF, 1953.

Freud, S. (1938). *Abrégé de la psychanalyse*. Paris, PUF, 1949.

Freud, S. (1887-1902). *Naissance de la psychanalyse, lettres à Fliess*. Paris, PUF, 1956.

Freud, S & Ferenczi, S. (1908-1914 et 1920-1933), *Correspondance, t.I et t.II*, Paris, Calmann-Lévy, 1992, et *T.III les Années douloureuses*, Paris, Calmann-Lévy, 2000.

Golse B. avec Claude Bursztejn, Penser, parler, représenter. Émergences chez l'enfant, Paris, Masson, 1990, collection «Médecine et psychothérapie».

Golse B. Le développement intellectuel et affectif de l'enfant, Paris, Masson, 1992.

Green A. « Les cas limite. De la folie privée aux pulsions de destruction et de mort, Borderline cases. From private madness to the destructive and death drives, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen », Revue française de psychanalyse, vol. 75, no 2, 30 mai 2011, p. 375–390

Green, A (1980) « La mère morte », in Narcissisme de vie, Narcissisme de mort, Paris, Minuit.

Green, A. (2007) « Pulsions de destruction et maladies somatiques », in Revue française de Psychosomatique, Paris, PUF, vol. 37n°2, p.192..

Green A. Le travail du négatif, Les éditions du Minuit, 1999, p. 168.

Green, A., Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique, le dedans et le dehors, P.U.F, 2006

Green, A., Le travail psychanalytique (sous la direction de..), P.U.F, 2003

Hippocrate (1839-1861), *Œuvres complètes*, É. Littré (trad.), Paris, J.-B. Baillière, 10 vol.

Klein, M., Psychanalyse d'enfants, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2005

Klein, M. Développements de la psychanalyse avec [Joan Riviere](#), [Paula Heimann](#) et [Susan Isaacs](#), Paris, Puf, 2009, Coll. Quadrige Grands textes,

Klein, M. La psychanalyse des enfants, Paris, Puf, 2009, Coll. « Quadrige Grands textes »

Klein, M. Essais de psychanalyse 1921-1945, Paris, Payot, 1989

Klein, M. Envie et gratitude et autres essais, Paris, Gallimard, 1978

Klein, M. Le transfert et autres écrits, Paris, Puf, 1995

Klein, M. Développements de la psychanalyse avec [Joan Riviere](#), [Paula Heimann](#) et [Susan Isaacs](#), Paris, Puf, 2009, Coll. Quadrige Grands textes

**Maïmonide Moïse, *Commentaires du Traité des Pères*, traduit de l'hébreu et annoté par Eric Smilevitch, éditions Verdier, 1990.**

**Maïmonide ou l'autre Moïse**, De Maurice-Ruben Hayoun, Pocket, Coll. Agora, n° 279, 2004, 10.00 E ; La destinée de Moïse Maïmonide (1138-1204), à la fois médecin et réformateur, théologien et philosophe, qui priait en hébreu, pensait en grec et écrivait en arabe.

McDougall J., Théâtre du Je. Paris : Gallimard, 1982

McDougall, J., Theaters of the Body. New York and London: W. W. Norton. 1989

McDougall, J., Eros aux mille et un visages. Paris : Gallimard. 1996

Marty, P., L'ordre psychosomatique, T.2. Paris : Payot, 1980

Marty, P. « La relation objectale allergique », Revue Française de Psychanalyse, vol. 22 n°1, pp. 30-35

Marty, P., « La dépression essentielle », Revue française de psychanalyse, vol. 32, n° 3, p.595. 1968

Marty, P, de M'Uzan, M., « La pensée opératoire », Revue Française de psychanalyse, vol. 22n° spécial, p. 345. 1968

Marty, P., & Stora, J.B. Psychosomatiques, Beyrouth : ed. Beyrouth,( en langue arabe), 1989.

Marty, P., Stora, J.B., La Classification psychosomatique Marty/Ipsos, méthode d'aide au diagnostic des organisations psychosomatiques et des maladies somatiques. Lausanne : Médecine et Hygiène. 1988

Marty, P., & Stora, J.B., La clasificación psicósomática MARTY/IPSO: método diagnóstico de las organizaciones psicósomáticas y enfermedades somáticas. Psicoterapia Analítica, Vol. 1,n° 1: 19-31. 1989

Marty, P., La psychosomatique de l'adulte. Paris : P.U.F. (Que sais-je ? n° 1850).1990

Marty, P., De M'uzan, M., & David, C. L'investigation psychosomatique, sept observations cliniques. Paris : P.U.F. 1994 (nlle édition)

Roussillon, R, La naissance de l'objet, avec [Bernard Golse](#), Paris, Puf, 2010

Roussillon, R, Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie, Paris, [Elsevier Masson](#), 2012

Roussillon, R. (dir.), Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale, Paris, 2014 (2eédition)

Spitz, R., A., Le Non et le Oui, Paris, Puf, 2008

Spitz, R., A, De la naissance à la parole, Paris, Puf, 1993

Stern, D., Le Monde interpersonnel du nourrisson, Presses Universitaires de France, 2003

Stern, D. (trad. Michèle Garène), Le moment présent en psychothérapie : Un monde dans un grain de sable, Odile Jacob, 2003

Stern, D. , Mère-enfant, les premières relations, Mardaga, 1981

Stora, J.B., La Nouvelle Approche Psychosomatique, 9 cas cliniques, MJW- Féditions, Paris, 2013

Stora, J.B., The new Body-Mind Approach, Clinical Cases, Karnac, London, 2015.

Stora, J. B., Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques, ed. Odile Jacob, Paris.1ère édition 1999, 2011

Stora, J.B., La Neuropsychanalyse, controverses et dialogues, Paris: MJW Féditions, 2011

Stora, J.B., Le stress, Presses Universitaires de France, collection "Que sais-je ?" n° 2575, Paris,1991; 9ème édition, 2015; éditions en espagnol, portugais, turc, arabe, roumain, grec, italien. 1991/2015

Stora, J.B., When the body displaces the mind, stress, trauma and somatic disease, (foreword by Mark Solms), London: Karnac Books Ltd., 2007

Stora, J.B., La Neuropsychanalyse, P.U.F, « Que sais-je ? », n°3775, 2006.

Stora, J.B., Vivre avec une greffe, accueillir l'autre, Odile Jacob, avril 2005

[Von Bertalanffy, Ludwig, General System Theory: Foundations, Development, Applications.](#)  
Publisher: George Braziller. 1976

Winnicott, D, W., La Haine dans le contre-transfert, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2014

Winnicott, D, W., La Relation parent-nourrisson, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2011

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

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

Winnicott, D, W., Jeu et réalité, l'espace potentiel, Gallimard, 1975 (Playing and Reality, 1971), réédité en folio, 2004

Winnicott, D, W., Dialogue avec Sammy, avec [Joyce McDougall](#) et [Serge Lebovici](#), Payot, 2001

Winnicott, D, W., La Crainte de l'effondrement, Gallimard, 2000

Winnicott, D, W., La Petite « Piggie ». Traitement psychanalytique d'une petite fille, Payot, 1988

Winnicott, D, W., *Processus de maturation chez l'enfant* (1965), Payot, 1988

Winnicott, D, W., *La Consultation thérapeutique et l'enfant*, Gallimard-poche, 1979

\*\*\*\*\*

**Première organisation  
Somato-psychique (JBS)**

Au niveau neuronal nous sommes en présence d'un fonctionnement établi dans la vie prénatale, à savoir des connexions neurologiques unissant la bouche, l'estomac, la main et l'oreille interne ; cette première programmation facilitera le déclenchement de comportements spécifiques lors de l'alimentation (stade oral). Cette première organisation centrée sur la satisfaction du besoin alimentaire qui a donné naissance à la théorie de l'étayage proposée par Freud en vue de réduire la tension issue de la mise en marche des fonctions physiologiques est aussi reliée au système perceptif de la cavité orale et pharyngienne dont dépendent les sensations en provenance de la peau, de la main et du labyrinthe (Spitz, 1968).

- Ce processus est donc plus complexe que celui proposé par la métapsychologie.

Cette organisation somato-psychique est d'abord centrée sur le développement de la perception sensorielle ; il s'agit du premier noyau du système Pc/Cs mettant en oeuvre les connexions des régions somato-sensorielles, mais aussi les muscles lisses et le système nerveux autonome (systèmes sympathique et parasympathique - stimulation et inhibition de la salivation, des vaisseaux sanguins (diamètre), des bronches, des pulsations cardiaques, de la digestion, de la bile, de l'insuline et du glucagon, de la libération de glucose, de la sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline, des vaisseaux de l'intestin et du rectum, de la vessie.).

Les traces mnésiques de cette période commencent à être encodées dans les différentes mémoires (y compris la mémoire audio-verbale sous forme de phonèmes) ; les affects primaires de plaisir et de déplaisir se développent selon des séquences de biorhythmes (ultradiens et circadiens) déterminés par la satisfaction des besoins assurés par la mère et le milieu parental profondément reliée à leur état émotionnel. Le Moi se développe progressivement en se différenciant de l'inconscient et en coordonnant cette première organisation

**Deuxième organisation  
Somato-psychique**

De 1 à 4 ans, le processus est conforme aux poussées des pulsions de vie dans le cadre des périodes critiques neuronales favorisant le renforcement synaptique et l'intégration progressive des fonctions somatiques.

Nous sommes en présence d'un développement induit par la pulsion sadique-anale avec les deux tendances au plaisir : détruire et dominer (Bemächtigungstrieb). Parallèlement à la mise en place de l'Objet interne, et au passage d'une phase de réception sensorielle à une phase de perception active, se déroule **un processus somatique et neuronal de myélinisation des faisceaux nerveux**. Cette maturation neuronale facilite le fonctionnement des cortex somato-sensoriels (système P/Cs), et **place les muscles striés au service d'actions dirigées**.

Quatre sous-systèmes moteurs distincts interactifs contribuent à la maturation du contrôle moteur, parmi ceux-ci les circuits de la moelle et du tronc cérébral sont à la base de réflexes élémentaires ainsi que ceux qui organisent les patterns d'activité neurale responsables d'actes moteurs plus complexes. Tous les mouvements sont provoqués par des motoneurones innervant directement les muscles squelettiques à l'exception des muscles lisses des viscères – cf. 1<sup>ère</sup> organisation – dépendant du S.N autonome.

Les centres de contrôle moteur du tronc cérébral jouent un rôle particulier dans le contrôle de la posture corporelle, les mouvements des bras (le noyau rouge), les mouvements d'orientation de la tête et des yeux (colliculus supérieur) ; les aires motrices du lobe frontal sont pour leur part responsables de la planification et du contrôle précis des séquences complexes des mouvements volontaires. Le cortex prémoteur et l'aire motrice supplémentaire sont responsables de la planification et de la sélection des mouvements alors que le cortex primaire l'est de leur exécution ; c'est le cortex moteur qui permet les mouvements fins et individualisés des extrémités des membres, de la langue et de la face (Purves et alii, 2003, 388).

Troisième organisation  
somato-psychique

Le développement neuro-endocrinien de la maturation de la sexualité féminine et masculine

Ces processus se développent tout au long de la phase phallique pendant la période d'acmé du complexe d'Œdipe et se poursuit pendant la période dite de latence ; de l'âge de 5-6 ans à la puberté dont l'âge varie selon les cultures et les climats de la planète.

Il s'agit d'une période de développement du Surmoi et de sublimation pulsionnelle pendant laquelle il n'y a pas de nouvelle organisation de la sexualité. Que se passe-t-il alors dans le domaine neuronal et endocrinien à la lumière des recherches récentes qui nous permettrait de mieux comprendre la nature de l'organisation somato-psychique qui se met en place ?

Il s'agit d'abord d'une période de renforcement du Moi qui va établir une intégration des systèmes P/Cs dans les composantes sensorielles et motrices, et qui grâce au développement neuronal des lobes préfrontaux va pouvoir établir des programmations et des guides pour l'action en reliant les émotions (système limbique), les pensées et les comportements ; il s'agit d'une période de maturation importante de l'appareil psychique. La maturation des lobes préfrontaux se poursuit au cours de cette période jusqu'à l'âge de vingt ans environ.

Cette période est gouvernée par deux processus fondamentaux :

« premièrement, par ce que les parents font ; deuxièmement par ce qu'ils disent » (Solms, Turnbull, 2003). Les neurones miroirs localisés sur la surface externe des lobes frontaux dont le mode de fonctionnement a été établi à partir de l'étude des singes, « le singe voit, le singe fait (ce qu'il a vu) », est le probable mécanisme par lequel les enfants « introjectent » le comportement des parents. Les programmes de décision et d'action sont déterminés par la répétition de pensées et d'actes à partir de l'observation du comportement parental, « l'action est alors transformée en pensée » (Solms, Turnbull, 2003

Que se passe-t-il dans le domaine biologique et neuronal pendant cette phase de latence ? Nous sommes en présence de la genèse d'un complexe qui met en moyenne de 8 à 12 ans après la naissance pour se développer sur le plan neuroendocrinien. Il s'agit du développement organique d'un réseau neuronal donnant naissance au « générateur de la GnRH », l'hormone qui relâche de la gonadotropine à partir de la glande pituitaire antérieure de l'axe hypothalamo-corticotrope. L'hypothalamus comprend un réseau complexe de régulation stratégique dont fait partie le générateur hormonal GnRH, mais aussi des neurotransmetteurs tels que la dopamine, la norépinéphrine, la sérotonine, le GABA (acide aminobutyrique), etc., ainsi que des régulateurs neuropeptidique tels que GnRH, la somastatine, l'hormone libératrice de corticotropine (CRH), la neurotensine, le neuropeptide Y, la substance P, etc.

L'hypothalamus constitue donc une unité d'intégration et de traitement interactif capable de contrôler la glande pituitaire par le biais de signaux multiples. Ce système complexe, long dans la durée de sa maturation, est particulièrement vulnérable à toute attaque physique ou chimique avec des

	<p>conséquences par exemple sur l'axe sexuel de la reproduction mais aussi sur le comportement alimentaire, la thermorégulation, le sommeil, le dysfonctionnement du SNA, etc. Une fois ce réseau mis en place par le processus de croissance neuronale, l'hypothalamus se met à sécréter, entre les âges de 6-8 ans et 14 ans, selon les individus, des quantités de plus en plus élevées de FSH (hormone folliculostimulante) et de LH (hormone lutéinisante) permettant la lente maturation du système reproducteur et l'apparition des caractères sexuels secondaires, en déclenchant la sécrétion d'hormones sexuelles par les gonades.</p> <p>Les sociétés humaines ont utilisé cette période de latence, qui est, comme on l'a vu, cruciale pour la maturation du système hypothalamique de l'axe de reproduction, pour développer des pratiques de socialisation des jeunes enfants et des préadolescents ; il s'agit d'une période favorable au renforcement du Surmoi et de l'apprentissage des systèmes de valeur.</p>
--	---

4<sup>ème</sup> organisation somato-  
psychique

Nous ferons état à présent des recherches les plus récentes sur la différenciation sexuelle du cerveau par les gonadostéroïdes qui contribueront à fonder notre hypothèse d'organisation somatopsychique de ce stade de la maturité humaine.

Comme le dit si justement Bela Grunberger « l'Œdipe est loin d'être résolu à l'âge œdipien classique et l'homme n'atteint la maturité sexuelle et relationnelle qu'à un moment bien plus tardif. Cette période étant considérée comme une longue succession de positions œdipiennes...jusqu'au moment où l'individu apparaît dans sa maturité, ayant achevé le processus par l'atteinte de sa propre identité, étant son propre père ou sa propre mère ».

La poussée de croissance biologique déterminée génétiquement à l'adolescence (première menstruation, première éjaculation) est à l'origine des processus de développement et de reproduction sexuels exigeant de l'appareil psychique une poursuite de son organisation vers la maturité (organisation œdipienne sous le primat du génital). Les résultats des recherches en neurobiologie au XX<sup>e</sup> siècle (Ciofi, Inserm, 2000) ont abouti à la constitution d'une théorie hormonale et génétique de la différenciation de l'appareil génétique de mammifères : le chromosome Y décide la constitution d'un testicule qui à son tour impose son sexe à une structure bipotente dont le programme inhérent de développement est féminin. Le cerveau est donc intrinsèquement femelle et bipotent, masculinisé par l'empreinte testiculaire

Toute la différenciation sexuelle fonctionnelle repose sur la structure de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique (cf. 3<sup>ème</sup> organisation) à partir du « système voméronasal » qui s'est constitué dans le cerveau primitif. Cet organe voméronasal est sensible aux phéromones qui vont déterminer les adaptations comportementales et endocriniennes après traitement de l'information par l'hypothalamus. En l'absence de gonade, c'est le sexe femelle qui s'impose lors du développement de l'appareil génital, puisque le modèle dit indifférencié est femelle.

Les structures cérébrales présentant un dimorphisme sexuel prédominant autour du troisième ventricule dans l'hypothalamus antérieur et font partie intégrante du système qui régit l'activité végétative (cf ; 1<sup>ère</sup> org. somatopsychique). Le développement de ces différences dépend de l'influence précoce des hormones et particulièrement des oestrogènes sur les circuits nerveux en maturation ; cette influence semble persister tout au cours de la vie. Les réseaux neuronaux centraux gérant la production et la réunion des gamètes sont très complexes et demeurent encore à ce jour mal compris. Certains auteurs par exemple suggèrent que la différenciation psychosexuelle pourrait reposer sur une empreinte double, oestrogénique prénatale préparatoire) qui viendrait s'ajouter à l'empreinte androgénique prénatale et postnatale sur le cerveau des garçons. 80% des neurones du noyau central de l'aire préoptique impliqué dans l'ovulation et le comportement sexuel sont générés en période postnatale et un dimorphisme sexuel ne devient observable qu'à partir de 4 ans pour se stabiliser à la puberté.

