

PSYCHOSOMATIQUE ET ANALYSE TRANSACTIONNELLE

Gabriele Frohme, traduction Dominique Vaquié-Quazza

Institut français d'analyse transactionnelle | « Actualités en analyse transactionnelle »

2018/1 n° 161 | pages 58 à 74

ISSN 1377-8935

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2018-1-page-58.htm>

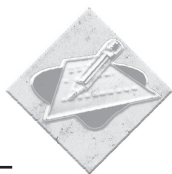
Pour citer cet article :

Gabriele Frohme, « Psychosomatique et analyse transactionnelle », *Actualités en analyse transactionnelle* 2018/1 (n° 161), p. 58-74.
DOI 10.3917/aatc.161.0058

Distribution électronique Cairn.info pour Institut français d'analyse transactionnelle.

© Institut français d'analyse transactionnelle. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



PSYCHOSOMATIQUE ET ANALYSE TRANSACTIONNELLE¹

Dans cet article, j'aimerais montrer comment les maladies psychosomatiques peuvent être traitées par l'analyse transactionnelle.

Au fil de mes 25 années d'expérience professionnelle en tant que psychothérapeute et naturopathe, je me suis de plus en plus concentrée sur le traitement des maladies psychosomatiques. Beaucoup de mes patients sont arrivés à mon cabinet pour des problèmes somatiques ou psychiques après un long et douloureux parcours de consultations auprès d'un grand nombre de médecins. En tant que psychothérapeute et naturopathe agréée, j'interviens dans mon travail à partir d'une approche globale.

Vos réactions à cet article sont les bienvenues.

Envoyez-les à aatcomitelecture@gmail.com

Qu'est-ce que la psycho- somatique ?

Le terme *soma* vient du grec ancien et signifie le *corps*. Psyché a également pour origine le grec ancien, signifiant « respiration, souffle, stimulation, vitalité ou force vitale ». Le terme psyché correspond à peu près au mot allemand âme, bien que ce mot véhicule évidemment encore une dimension transcendantale. C'est pourquoi on parle parfois aussi en médecine et en psychologie de maladies de l'âme. Petruska Clarkson associe également le terme âme à celui de physis. Aujourd'hui en termes d'approche de la santé et de la pathologie, on parle plutôt de maladie de type « bio-psycho-social » à la place de troubles psychosomatiques. À mon avis, cette notion reste incomplète car elle ne présente qu'un aspect de la problématique. Dans le schéma qui suit, j'explicite ma démarche globale.

Le terme de psychosomatique montre que psyché et corps représentent une unité, et sont en interaction et en interdépendance. Les maladies somatiques ont des répercussions psychiques, et vice versa. Des causes psychiques peuvent déclencher des maladies somatiques. Cela fonctionne de la même manière en ce qui concerne les influences sociales, spirituelles et culturelles. Une longue période de chômage peut par exemple conduire à des troubles de l'humeur, au désespoir ou provoquer des douleurs dans le ventre, et impacter l'ensemble de la vie

*Gabrielle Frohme
TSTA-P
Wuppertal
Allemagne*

Schéma 1 – Approche globale de la santé

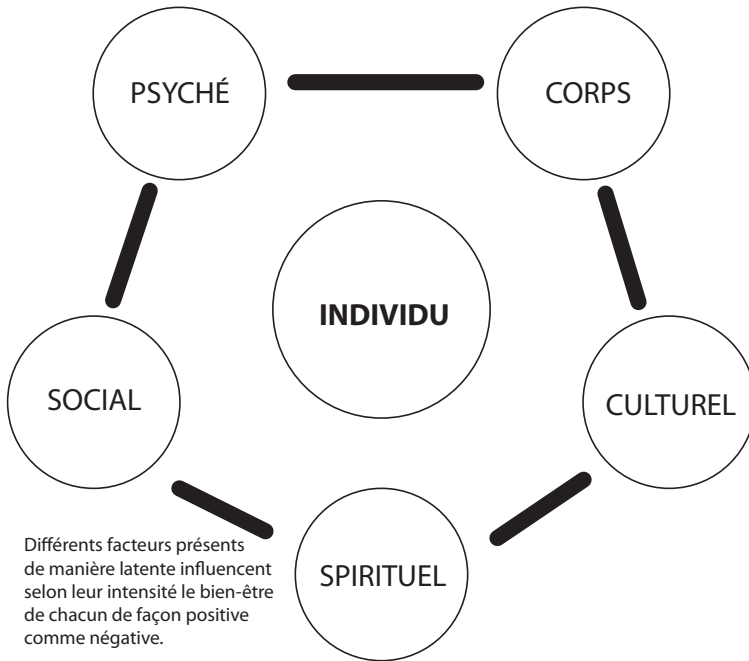
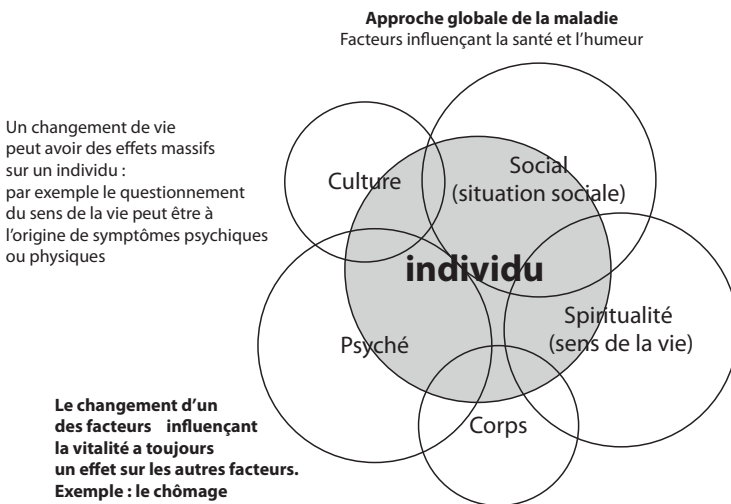


Schéma 2 – Présentation d'un changement dans la vie d'un individu (ici, dans le domaine social) et de ses effets dans les autres domaines



Gabriele Frohme

des personnes touchées. Des crises existentielles comme la question du sens de la vie ou le bilan de son passé peuvent également être des déclencheurs de maladies. Que ce soit dans les domaines relevant du corporel, du psychisme, du social, du spirituel et du culturel, nous avons des besoins fondamentaux qui cherchent à être satisfaits. Les sentiments et les réactions corporelles qui sont inséparables font partie de ces besoins. L'effet d'un affect s'exprime au travers de réactions corporelles : nous pouvons pleurer de joie, avoir la chair de poule en écoutant une belle musique, trembler d'excitation et avoir de la diarrhée quand nous avons peur. Les réactions corporelles apparaissent également quand les affects sont refoulés. Souvent les patients méconnaissent cette interdépendance ou ne l'acceptent pas.

Psycho- somatique autrefois et aujourd'hui

Déjà sous l'antiquité, on s'intéressait aux liens que le corps et l'âme, l'esprit et la nature entretenaient avec la santé et la maladie. À l'époque, ces liens faisaient partie intégrante de la médecine. Ce n'est qu'avec l'apparition de la médecine scientifique que ces savoirs sont passés en arrière-plan.

En 1885, Sigmund Freud observa dans un hôpital parisien (Hôpital de la Salpêtrière) des femmes aux prises avec des maladies de l'âme sans origine organique (l'hystérie). Plus tard il décrivit le déplacement d'états psychiques sur le registre corporel comme une maladie psychosomatique – la conversion hystérique. Les connaissances psychanalytiques développées par Freud et Georg Groddeck, un disciple de Sigmund Freud, ont permis de faire émerger la psychosomatique comme une spécialité de la médecine.

Viktor von Weizsäcker est considéré comme le fondateur de la médecine psychosomatique qui a des bases philosophiques et anthropologiques. Thure von Uexküll a été le premier à proposer des origines psychiques aux maladies corporelles et à se pencher sur cette question. Comme le père de Uexküll (Jakob Johann von Uexküll) était un biologiste renommé, il a mis son fils sur la voie d'une approche globale. Uexküll s'est toujours appuyé sur les points de vue de ses patients, prenant en compte les aspects sociaux. Quand on voulait savoir s'il existait des souffrances psychosomatiques typiques, Uexküll répondait : « Il n'existe rien de purement somatique, il n'y a que des maladies psychosomatiques. » D'après lui, cela valait aussi pour les fractures

des os ou les déchirures de tendons. La dimension psychique y serait, en effet, également à l'œuvre, c'est ce que l'on peut constater lorsque des personnes sont singulièrement vulnérables aux accidents. Son livre *La Médecine psychosomatique* est resté à ce jour un ouvrage de base.

Stavros Mentzos (2013) considère les symptômes psychosomatiques comme «des productions du moi qui seraient des tentatives d'adaptation. Elles contribueraient comme les symptômes nerveux à défendre le moi face aux conflits psychiques et à compenser les manques structurels». C'est dans cette perspective qu'il cherche à connaître les mécanismes particuliers qui font que des états de malaise ou des pulsions contradictoires se transforment en symptômes corporels. Et il décrit différents modèles. Parmi eux, il s'inspire de la théorie de la 'Dé-somatisation et re-somatisation' de Max Schurr. Dès 1974, Schurr part du principe qu'une Re-somatisation se met en place à partir d'une limitation du moi ou de manques structurels et qu'il s'agit là d'un phénomène régressif. Mentzos approfondit cette question en se demandant précisément quels conflits fondamentaux conduisent à des maladies psychosomatiques.

Les catégories d'Alexander décrites en 1950 dans *Holy Seven* (1. Ulcère gastrique et Ulcère duodéal ; 2. Asthme bronchique ; 3. Polyarthrite chronique, 4. Névrodermite ; 5. Hypertonie essentielle ; 6. Hyperthyroïdie ; 7. Ulcère du côlon et Morbus Crohn) ne sont aujourd'hui plus en vigueur. Alexander croyait que chaque conflit produisait une maladie particulière et était couplé à un type déterminé de personnalité.

D'ailleurs, ces maladies sont répertoriées dans « la Classification Internationale des Maladies et problèmes de santé (CIM 10) » sous la catégorie des maladies organiques et non dans la catégorie F45.0 des troubles psychosomatiques.

Des maladies comme les douleurs chroniques du dos, les migraines, les ulcères d'estomac, le psoriasis et de nombreux autres symptômes « modernes », comme les acouphènes, la surcharge pondérale, etc., sont complètement absentes de cette dernière catégorie. Dans l'enseignement de la psychosomatique, le concept d'alexithymie (sorte de point aveugle de la personne dans le domaine des sentiments) qui fait discussion, décrit un déficit de l'élaboration et/ou de la régulation des émotions. Cela

Gabriele Frohme

se manifeste par une incapacité à percevoir de manière adéquate ses sentiments et ses vécus corporels, et à pouvoir mettre des mots dessus pour les décrire.

Dans la médecine psychosomatique, on différencie aujourd'hui les troubles de la conversion et les troubles dissociatifs des troubles fonctionnels autonomes qui touchent le soma. En termes de coping², on décrit la manière dont une personne gère les événements lourds de la vie ou les maladies. Cette gestion des événements négatifs est précédée d'une charge mentale durable qui est souvent accompagnée de manifestations somatiques. Si l'agitation mentale ne se résout pas, alors la réponse corporelle peut s'avérer être une solution. C'est ainsi qu'au fil du temps, des dommages organiques irréversibles peuvent se créer, et qu'un cercle vicieux se met en place. Dans les nouvelles recherches apparaissent de plus en plus d'hypothèses selon lesquelles des empreintes archaïques de la vie pré- et postnatale pourraient conduire à des maladies psychosomatiques qui elles-mêmes deviendraient des réactions corporelles jouant le rôle de point de fixation.

Dans les années 1950, la théorie de l'attachement élaborée par John Bowlby, toujours fondamentale pour la compréhension du développement psychologique des personnalités perturbées, ainsi que les connaissances neurobiologiques approfondissent l'idée de la pertinence des expériences relationnelles pour le développement du cerveau organique (voir Oliver Sacks, Joachim Bauer, Gerald Hüther et Gerhard Roth).

Dans le travail sur les traumas, tel que Peter Levine et Bessel van der Kolk le décrivent, la dimension corporelle est également prise en compte. Dans de nombreuses maladies entrent en ligne de compte des gènes qui peuvent être modifiés par notre mode de vie. Cela fait actuellement l'objet de recherches en épigénétique où l'on constate que notre style de vie, la façon dont nous bougeons, la manière dont nous nous nourrissons, mais aussi les émotions fortes ainsi que les pensées ont un impact considérable sur le fonctionnement des gènes et à travers cela sur nos pathologies.

Des auteurs comme Thorwald Dethlefsen (*Krankheit als Weg/La Maladie comme chemin de vie*), Rüdiger Dahlke (*Krankheit als Symbol/La Maladie comme symbole*), Nossrat Peseschkian (*Psychosomatique et*

psychothérapie positive) montrent également dans leurs ouvrages le lien entre soma et psyché.

Eric Berne s'est intéressé très tôt à la psychosomatique. Déjà dans son livre *Psychiatrie et psychanalyse à la portée de tous* (Berne, 1971³), au chapitre sur les névroses, il parle de la médecine psychosomatique. Il montrait comment les tensions psychiques peuvent contribuer à l'émergence de symptômes corporels. Et, même à l'époque, le cœur de sa pensée était que toutes les maladies sont de nature psychique (Berne, 1971). Les maladies somatiques, écrivait-il dans *Que dites-vous après avoir dit bonjour ?* font partie du scénario (Berne, 1979). Il considérait les symptômes récurrents comme des « signaux scénariques » (Berne, 1979). Dans sa conférence de l'été 1970 au congrès de thérapeutes de groupe de San Francisco, Berne développe ses réflexions sur les réactions psychosomatiques à propos du traitement de troubles paranoïdes. « Le mari me fait l'effet d'être un peu paranoïde. J'ai des problèmes à traiter les paranoïdes car d'après mon expérience clinique quand on est sur le point d'avoir réussi le traitement de personnes paranoïdes, celles-ci développent des pathologies physiques souvent très sérieuses, elles peuvent avoir par exemple un ulcère à l'estomac, un diabète ou une thrombose coronarienne [...]. Quand un patient paranoïde en est arrivé au point de pouvoir parler de ses fantasmes [...], quand donc la relation ou le transfert ou quoi que ce soit d'autre est positif et qu'il est prêt à vous raconter ses fantasmes, à les abandonner et à vivre bien, il arrive souvent que ce patient devienne physiquement malade de manière inattendue. Il n'y a rien d'aussi imprévisible qu'une hémorragie stomacale. » (Berne, 1971⁴).

Willem Lammers décrivait en 1991 les voies de traitement des maladies chroniques comme l'asthme. Il travaillait à partir du cadre de référence et des états du moi dans le cadre du modèle structural.

Gerald Cartmel parlait également dans son article de réponses par la pensée, par les émotions et par le corps aux stimuli externes (Cartmel, 1991).

Almut Schmale Riedel décrit en 2005, dans son article « Un modèle en 5 étapes pour "désomatiser" » (ZTA 1/2005),

**Transfert
des notions
de psycho-
somatique
aux concepts
d'A.T. utilisés
aujourd'hui
en conseil et en
psychothérapie**

Gabriele Frohme

Les concepts de l'analyse transactionnelle

l'articulation entre l'AT et une approche gestaltiste du corps pour traiter les symptômes psychosomatiques.

Il existe en AT une grande variété de concepts servant au traitement des troubles psychosomatiques. Je me limiterai dans cet article au modèle du scénario.

Berne définit le scénario comme « un programme en continu qui s'est développé pendant l'enfance, sous l'influence parentale et qui décide du comportement d'un individu dans les aspects importants de sa vie ».

Erskine modifie cette définition et considère le scénario comme « un plan de vie reposant sur des décisions qui sont prises de façon contrainte à chaque phase du développement et qui entravent le spontanéité et la flexibilité dans la résolution de problèmes et dans les relations » (Erskine, 1977) (transcription non publiée de Pater Thomas Kastchen).

En proposant cette définition, Erskine complète la vision de Berne en incluant dans les conditions de mise en place du scénario les traumatismes tardifs et les crises du développement.

Pour ma part, je pense que les maladies psychosomatiques ont pour racines les conclusions inconscientes de l'enfant en réaction à son environnement avant même la mise en place du scénario, ce que Berne nomme le protocole (sorte d'avant-projet scénarique).

Dans les stades de développement précoce de l'enfant, les stimuli externes provenant des expériences relationnelles sont perçus essentiellement à travers le corps. Si ces expériences relationnelles sont vécues par l'enfant comme des conflits qu'il ne peut dépasser tout seul, survient alors une fixation intrapsychique. A partir de là se met en place un circuit continu et auto-renforçant qu'Erskine & Zalcman ont représenté par le système racket (1979). Erskine a privilégié plus tard la notion de système de scénario car le choix des mots permettait de faire le lien avec le scénario de façon plus évidente. En conclusion, on peut dire que des « décisions scénariques » prises précocement peuvent se transformer en symptômes corporels à l'âge adulte.

Les Goulding disaient que les impasses conflictuelles intrapsychiques qui n'avaient pas trouvé de résolution limitaient les individus dans leur développement.

Avec la théorie des impasses, nous nous sommes dotés en AT d'un concept de résolution des conflits psychiques : un conflit interne durable entre ce que j'aimerais « vraiment » faire et ce que je dois faire peut se manifester sous la forme de symptômes physiques ou psychiques (impasse du 1^{er} degré).

Les **conflits refoulés de ce genre** entraînent souvent des troubles psychosomatiques. Le conflit d'origine est pratiquement oublié. Mais une répétition du conflit sous une forme actuelle peut déclencher une maladie. Dans le passé, le conflit n'avait eu aucune chance de pouvoir être élaboré. Là, le symptôme corporel donne l'opportunité au sujet de pouvoir le travailler dans la thérapie et de le surmonter. Ces symptômes peuvent être par exemple des douleurs qui vont ainsi contraindre la personne à travailler sur un conflit dont la résolution avait été à l'époque évitée (impasse du 2^{ème} degré). Il est aussi possible qu'un conflit non résolu dans l'enfance s'actualise dans une situation contemporaine à travers des phénomènes transférentiels tels que ceux qui font qu'on peut voir son père autoritaire dans la personne de son supérieur hiérarchique. Le système de scénario d'Erskine et de Zalcman (précédemment nommé système racket) se caractérise par son approche globale, prenant à la fois en compte les sentiments, les pensées, les comportements, les réactions corporelles. Il agit dans la mémoire sous la forme de souvenirs renforçants et dans les fantasmes sur la façon dont on imagine comment les situations vont évoluer. Les fantasmes permettent au système scénarique de se maintenir. Ainsi, plus un patient se conduit en fonction de ses croyances et de ses sentiments scénariques, plus il s'auto-convainc qu'il a « raison » de penser ce qu'il pense et de ressentir ce qu'il ressent. Un symptôme corporel chronicisé peut aussi être entretenu et nourri de manière inconsciente. Voici un exemple pour rendre cela plus clair :

Agnès, 42 ans, vient me consulter à mon cabinet à cause de l'apparition de troubles dépressifs modérés. Son histoire de vie indique qu'Agnès, alors qu'elle était nourrisson, du fait d'une méningite, a souffert d'une paraplégie à l'âge de neuf mois et est restée pendant le temps de sa maladie à l'hôpital. Cette paralysie a duré environ un an. A l'âge de 30 ans sont apparus les premiers symptômes physiques, tels des douleurs du dos, des douleurs musculaires, des états d'épuisement qui s'amélioraient à court terme quand elle prenait un peu de repos. L'anamnèse montrait

Gabriele Frohme

que ces symptômes apparaissaient dans différentes situations de stress. Elle déclarait que pour elle jusqu'à présent « l'immobilité était une protection sûre ». Après la naissance de ses deux fils, les bilans sanguins faits en laboratoire ont montré une augmentation du CK (créatine kinase), ce qui a été diagnostiqué par le corps médical comme une pathologie musculaire d'origine génétique.

Analyse de scénario	
Croyance scénarique	Je ne suis pas OK/tu es OK
Décision de survie	L'immobilité est une protection sûre
Injonctions	Ne sois pas importante, ne sois pas saine, ne ressens pas ce que tu ressens, ne perçois pas (ce qui vient du corps)
Décisions scénariques	Je ne suis pas comme il faut telle que je suis Je devrai toujours me battre
Messages contraignants	Sois parfait, sois fort
Sentiments parasites	Culpabilité, honte, tristesse
Autoévaluation	Quand je me montre, je me sens paralysée

Signaux scénariques	
Posture corporelle	Repliée sur elle-même, respiration faible, peu d'expiration
Expressions / Mimiques faciales	Immobile, sourcils froncés
Gestuelle	Poings fermés
Elocution / Voix	Faible, peu claire
Phrases scénariques	Je dois toujours..., je me sens paralysée

Pendant les premières heures de thérapie, Agnès a raconté sa vie, décrit comment et quand ses états douloureux commençaient, et à travers quelles situations ils empiraient.

Dans notre travail ensemble, Agnès a commencé à se donner des permissions. En particulier, dans les situations domestiques, elle s'est mise à laisser les choses « tout simplement traîner » et à s'occuper davantage d'elle-même, comme le fait d'aller se promener chaque soir pendant une demi-heure.

Un nouveau pas a été franchi quand elle a été prête à élaborer une « redécision » (Goulding & Goulding). Elle a réfléchi à la façon plus consciente et plus attentionnée dont elle pourrait communiquer au quotidien avec son corps. Au moyen d'outils issus de la Gestalt-thérapie comme le travail de chaises, elle a débuté un dialogue avec ses symptômes. C'est ainsi qu'elle a commencé à envisager ses troubles comme une bonne « stratégie

de survie » de son corps. Elle a apprécié à sa juste valeur cette habile décision du passé et dans le dialogue avec son corps elle a établi avec lui un contrat de guérison « *Je ne te combattrai plus, à la place j'accueillerai les signaux que tu m'envoies* ». Cette méthode peut être considérée comme une possibilité d'option pour la résolution d'impasses. A ce moment de la thérapie, Agnès a ressenti beaucoup de tristesse mais en même temps elle a été soulagée. Et dans les séances qui suivirent, sa posture corporelle et ses mimiques faciales avaient visiblement changé. Elle s'installait confortablement, posait ses jambes l'une sur l'autre, regardait et parlait de façon ouverte et claire. Nous avons ensuite travaillé à approfondir sa bonne manière d'être avec son corps. Quelque temps plus tard, ses symptômes corporels ainsi que l'épisode dépressif ont régressé. Entre-temps, Agnès et son mari se sont acheté des vélos électriques et entreprennent désormais régulièrement de confortables randonnées cyclistes. Les thèmes liés aux sentiments parasites et à la réduction des comportements engendrés par les messages contraignants ont pu être abordés dans les séances suivantes. Grâce à un traitement homéopathique complémentaire, le taux de CK a cessé d'être élevé. Elle utilise à présent son immobilité comme « protection en cas d'urgence » car cette protection avait bien fonctionné pendant de longues années. Elle est parvenue à intégrer de plus en plus le registre corporel dans son chemin vers l'autonomie.

Une maladie psychosomatique repose sur des décisions précoces qui à l'époque étaient nécessaires à la survie du sujet. Et il est important de le reconnaître lors d'une psychothérapie. Dans le système scénarique, les expériences internes (réactions somatiques, perceptions physiques, émotions corporelles) sont sollicitées en fonction des aspects spécifiques qu'a pris le scénario en se déployant. C'est, à ma connaissance, en dehors des déclarations de Berne lui-même (2001, chap. 7), la seule conceptualisation en AT en plus de la notion de signaux scénariques qui s'intéresse aux réactions somatiques.

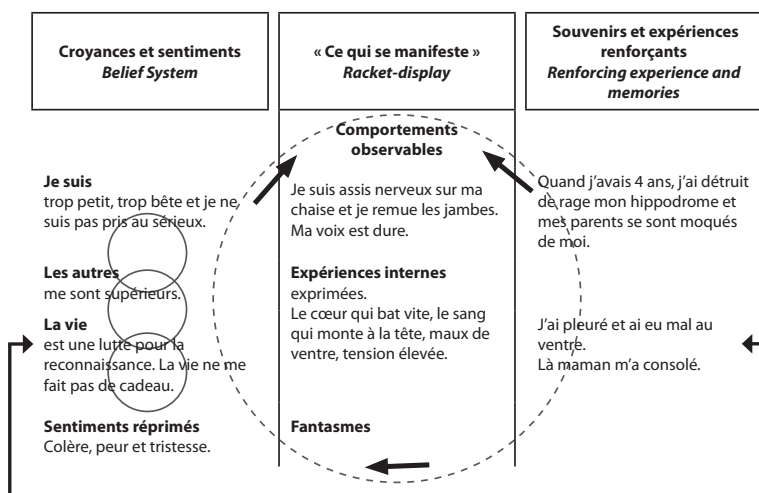
Pour illustrer la notion de système scénarique, voici donc une vignette clinique.

Rudolph est cadre dans une entreprise, il a 48 ans, est marié, a deux enfants et possède sa propre maison. Il y a de cela un an, on lui a vivement recommandé de chercher ailleurs un autre poste car

Gabriele Frohme

son employeur parlait de licenciement technique concernant son activité. Son employeur lui a proposé une généreuse indemnité et une formation pour se présenter sur le marché du travail. Jusque-là il s'était décrit comme un homme heureux. Quand Rudolph est venu à mon cabinet, il se sentait sans entrain, contrarié, accablé. Et en dehors de cela, il se plaignait « de souffrir à nouveau de maux de ventre ». Les analyses médicales sur le plan organique n'avaient rien donné. Sa situation financière n'était pas menacée car sa femme avait aussi un emploi. Il avait envoyé 60 lettres de candidatures mais n'avait reçu jusque-là que des réponses négatives. Etant donné qu'un signal scénarique émergeait, j'ai parlé à Rudolph de son « à nouveau ». Rudolph m'a alors raconté qu'aussi loin qu'il pouvait se souvenir, il avait toujours eu mal au ventre, quand il y avait une mauvaise atmosphère à la maison, devant ses devoirs de mathématiques à l'école, en colonie de vacances avec ses amis. A l'époque on ne l'avait pas pris au sérieux : « C'était un manque de capacité à résister au stress ».

Schéma 3 – Système Racket



Rudolph avait reçu beaucoup d'attention et de consolation de ses parents quand il avait mal au ventre. L'attribution « Le petit n'est pas aussi solide que son frère » lui est revenue lors d'une de nos séances. Sa décision scénarique a été « Comme ce dont j'ai besoin, je ne peux pas l'obtenir, dans les situations désagréables, je serai malade et comme ça tout le monde s'occupera de moi ».

La tristesse qui, à l'origine, était chez lui un sentiment authentique a été réprimée puis refoulée, de même que la mésestime de soi. Ces sentiments sont remontés du fait des nombreux rejets de sa candidature et ont déclenché des ressentis anciens. Afin de ne pas les ressentir car ils sont pour lui trop menaçants, Rudolph développe des symptômes physiques et des douleurs psychosomatiques comme tentative inconsciente de solution. Cela montre comment fonctionne, à travers sa constante répétition, le cycle inconscient du système racket du schéma 3. La perte de son travail avait rendu inopérants ses messages contraignants « Sois fort » et « Sois parfait » car il n'avait plus de tâches à remplir, c'est ainsi qu'il a sombré dans un état dépressif et que ses symptômes somatiques d'antan bien connus sont réapparues. Notre travail thérapeutique commun a surtout eu comme objectif que Rudolph apprenne à accueillir ses ressentis et à les exprimer. Il a ainsi obtenu une meilleure vision de sa dynamique interne et a développé une nouvelle perception de son corps. Dans ses rêves éveillés, il s'imaginait en bonne santé et résistant. Il a ainsi commencé à donner de la valeur à ses propres besoins et à prendre soin de lui de façon autonome. Ses douleurs de ventre sont encore apparues mais de manière plus espacée. Au bout d'un certain temps, il a pu retrouver un travail. Dans les situations de travail stressantes, il peut à présent se comporter avec plus de légèreté car il a appris à pratiquer la communication positive et à mettre des limites. Nous avons pris des dispositions claires avec comme objectif d'établir un comportement discipliné par rapport à la nourriture, à la façon de prendre soin de son corps et de le traiter de manière responsable, ceci pour traiter complètement les symptômes somatiques encore présents.

Berne accordait une importance inestimable à l'observation des signaux scénariques. D'après mon expérience dans le travail sur les troubles psychosomatiques, voici les signaux scénariques et les injonctions qui reviennent le plus souvent :

Injonctions	Signaux scénariques
1. N'existe pas	Respiration faible
2. Ne sois pas important	Tensions corporelles
3. Ne sois pas en bonne santé	Jambes nouées l'une à l'autre
4. Ne ressens pas ce que tu ressens	Pas de contact visuel
5. Ne sois pas conscient de ton corps (ne le ressens pas)	Phrases liées aux symptômes somatiques (voir ci-dessous)

Gabriele Frohme

Les phrases scénariques

Voici un exemple : une personne a un rendez-vous important. Elle quitte la maison à l'heure, prend la voiture et reste bloquée à cause d'un embouteillage. Elle cherche alors son portable et avec horreur se rend compte qu'elle l'a bêtement oublié à la maison alors qu'il était en train de se recharger. À ce moment, un sentiment « désagréable » commence à monter. Puis surgissent les pensées sur les conséquences désagréables de cette situation. Dans un cas pareil, on se sent d'un seul coup comme par le passé, pareil à cette petite fille ou ce petit garçon qui a commis une faute. Des réactions corporelles comme le tremblement ou la sudation, faisant remonter des souvenirs de situations anciennes, renforcent davantage le sentiment de malaise. Une partie du système scénarique est activée. On est en train de vivre une situation que l'on commence à évaluer en interne. Ce faisant, on rejoint de façon inconsciente le système d'évaluation de nos figures d'autorité d'antan, ce qui va alors déclencher les ressentis de l'époque. À leur tour, ces ressentis provoquent des réactions corporelles et des conduites associées. Le pouvoir de nos représentations ne doit pas être sous-estimé. Les pensées qui nous reviennent de manière répétitive ne se consolident pas uniquement à travers le corps mais aussi à travers des modèles de représentation qui comprennent les phrases porteuses de croyances.

**Événement → Évaluation → Sentiment et/ou
réactions physiques → Comportement**

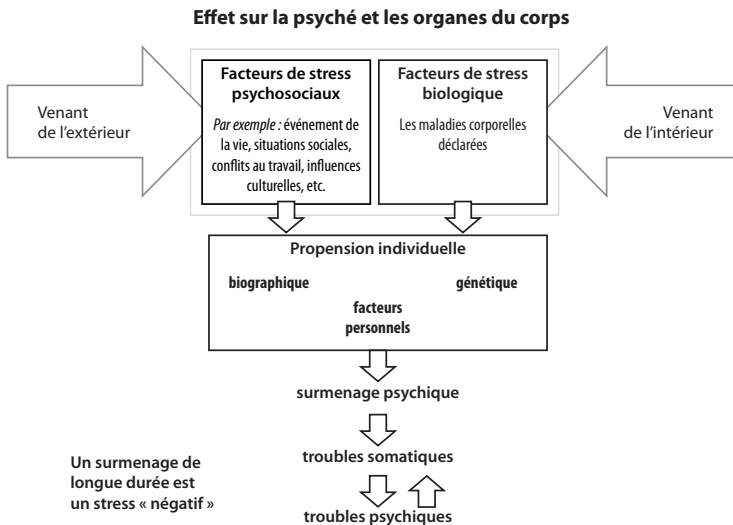
Les phrases scénariques que nous avons élaborées à partir de notre expérience passée sont emmagasinées en partie sur un mode conscient et en partie sur un mode inconscient. Dans chaque nouvelle situation, elles constituent la base de nos comportements et elles valident nos réactions face à la complexité du quotidien. Des phrases scénariques positives comme « Je suis compétent. Je peux le faire. Je suis en sécurité. Ce que je fais, est important » ont, comme les phrases négatives, une grande influence sur notre vie. Nous construisons notre propre réalité au travers de ces phrases positives et négatives. On peut l'observer non seulement dans le vécu émotionnel mais aussi dans les expressions corporelles comme l'attitude, le langage, la gestuelle, etc. Les phrases scénariques conscientes peuvent se transformer grâce à la vigilance, au pouvoir de la volonté et grâce à la pensée. C'est pourquoi il est important de faire remonter ces phrases dans

le conscient. En effet, les croyances négatives ont en soi le pouvoir de nous rendre malade. On obtient souvent déjà des informations importantes de nos patients à travers des phrases telles que « On verra bien quand ça m'arrivera, pourquoi ça m'arrive toujours à moi, je prends toujours les mauvaises décisions ». La prégnance et les effets des phrases citées ont été traitées par Taïbi Kahler dans le modèle des messages contraignants et dans le mini-scénario.

Un symptôme psychosomatique peut rapporter une récompense ou un pardon de manière tout aussi efficace qu'un « S'il te plaît » exprimé de manière symbiotique.

Les troubles psychosomatiques et les maladies se retrouvent aussi dans le langage courant. Dans la collection des expressions langagières citées ci-dessous, on retrouve souvent des indices de l'apparition d'une maladie : « J'en ai plein le dos, je l'ai en travers de la gorge, ça me donne envie de vomir, je n'ai aucune posture face à ça⁵, ça me tape sur les nerfs, je me fais de la bile, mon cœur est lourd, je me fais un sang d'encre, je l'ai dans la peau, je suis tendu, paralysé par la peur, mes nerfs sont à cran, je suis rassasié de (j'en ai marre de) ».

Schéma 4 – Modèle du Neuro-stress (Frohme)



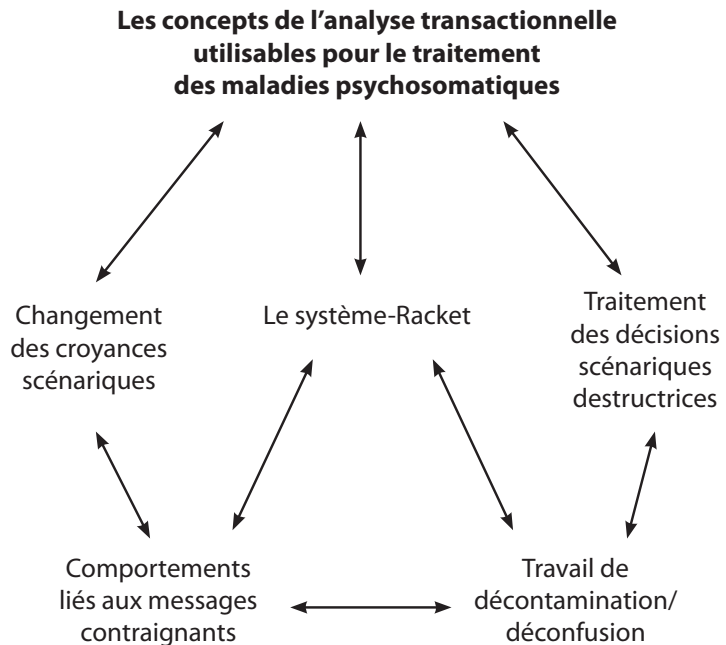
Comme cela a été mentionné plus haut, les facteurs psychosociaux influent sur notre corps et peuvent conduire à des maladies.

Gabriele Frohme

Le stress psychosocial et les conflits dans la sphère professionnelle peuvent entraîner un état de malaise qui s'inscrit dans la durée (voir le schéma 4).

« Mon médecin traitant m'a prescrit de venir vous voir », « Je viens juste de me séparer de ma femme », « J'ai un conflit avec mon supérieur hiérarchique, c'est pourquoi je dois entamer une psychothérapie ». C'est souvent sous cette forme ou d'une manière similaire que se formulent beaucoup de premiers contacts au téléphone. Ici, il s'agit de stress d'origine psychosociale, de conflits au travail ou d'une séparation qui sont des facteurs de stress d'origine externe. Ces facteurs touchent ce qui relève du domaine de la prédisposition personnelle. Les conséquences étant que cela peut conduire soit à une résilience, soit à un surmenage mental qui provoque des problèmes somatiques ou à des pathologies organiques entraînant une surcharge psychique.

Schéma 5 – Concepts AT de traitement (Frohme)



L'analyse transactionnelle contribue à la prévention des maladies à travers ses applications dans les divers champs. Ici les résolutions de conflit, le travail sur le scénario par la modification des

croyanances scénariques ou le travail de dévoilement permettent aux patients de recouvrer la santé.

Pour finir, il reste à ajouter qu'une thérapie et en particulier une action de conseil en AT qui vise la personne dans sa globalité, relèvent toutes deux d'une approche globale. L'approche causale est indispensable. Les conflits inconscients qui se manifestent sous la forme de maladies somatiques doivent devenir conscients et être ensuite travaillés. L'important dans tout ce travail est de faire des contrats et de donner des permissions. Des exercices physiques ou toute autre manière de mettre son corps en mouvement sont utiles. Ils ont un effet positif sur l'humeur, ils donnent au corps confiance en lui, ils stabilisent l'ensemble des systèmes fonctionnels du corps comme la respiration, le système cardio-vasculaire, la musculature et ils aident à trouver un équilibre quotidien.

Dans tous les cas qui ont été présentés, la relation thérapeutique joue un rôle d'étayage car, dans la plupart des maladies psychosomatiques, on trouve en amont un trouble précoce de l'attachement. En tant que thérapeute, je joue pour mes patients un rôle de miroir, je suis ouverte, je leur permets de parler d'eux, je suis présente et nous trouvons ensemble un langage commun. Tout cela représente un élément central dans le traitement même si la relation thérapeutique n'a pas été ici le thème principal de mon propos.

Traduction : Dominique Vaquié-Quazxa

NOTES

(*) *Gabriele Frohme (TSTA-P.C) est psychothérapeute et naturopathe. Membre de l'EAS, elle vit et travaille en libéral à Wuppertal. Email : frohme@wtal.de*

¹ *Cet article est paru dans la revue Zeitschrift für Transaktionsanalyse en janvier 2017 sous le titre « Psychosomatik und Transaktionsanalyse ». Il a été traduit et publié dans les AAT avec l'aimable accord de la rédaction allemande.*

² *Coping : en psychologie, stratégie développée par l'individu pour faire face au stress (définition du Larousse).*

³ *Traduction française de A Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis, publié en 1957 (publication française épuisée).*

⁴ *Texte publié en 1971, relu par C. Steiner.*

⁵ *NdT : Traduction littérale d'une expression allemande signifiant « Je ne sais pas quoi faire face à ça ».*

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander, F. (2002) *La médecine psychosomatique*. Petite Bibliothèque Payot.
- Berne, E. (1971) *Psychiatrie et psychanalyse à la portée de tous*. Fayard.
- Berne, E. (2001) *Analyse transactionnelle et psychothérapie*. Petite Bibliothèque Payot.
- Berne, E. (1979) *Que dites-vous après avoir dit bonjour ? Tchou*.
- Berne, E. *Avay from a theory of the impact of interpersonal interaction on non-verbal participation* (1970) TAJ1, n° 1.
- Bauer, J. (2014) *Das Gedächtnis des Körpers*, Piper Verlag.
- Cartmel, G. (1991) *Über einen systematischen Zugang zu psychosomatischen Erkrankungen* ; ZTA Heft 3, S. 105ff.
- Clarkson, P. (1992) TAJ, No.4, Oktober 1992, Vol. 22 S 202-209.
- Erskine, R. (1977) *Integrative Psychotherapy Articles* ; Script Cure TA Press USA.
- Erskine, R. & Zalcmann, M. (1979) *Le circuit du sentiment parasite*, AAT 12, p. 148-156 ; CAT 1, p. 185-193.
- Frohme, G. & Link, J. (2015) *Geschichte und Geschichten meines Körpers* ; Reader zum 36. DGTA-Kongress, Pabst Science Publishers Verlag, Lengerich.
- Frohme, G. *Zeitschrift für ganzheitliche Tumorthherapie* ; Jahrgang 2, Ausgabe Nr. 1 1993.
- Hüther, G. (2013) *Biologie de la peur : quand le stress devient moteur de changement*. Neurosciences.
- Hüther, G. (2013) *Was wir sind und was wir sein könnten, Ein neurobiologischer Mutmacher* ; Frankfurt Fischer.
- Hüther, G. (2011) *Seelische Gesundheit - Stärkung der Selbstheilung* ; DVD Vortrag, München.
- Lammers, W. (1991) *Betreuung statt Heilung. Transaktionsanalytische Behandlung asthmatischer Erwachsener* ; ZTA Heft 1.
- Christoph-Lemke, Ch. ; *Wie integrativ ist die Transaktionsanalyse*, ZTA 2001, Jg. 22, Heft 3, S. 102ff.
- Kegel, B. (2009) *Epigenetik: Wie unsere Erfahrungen ererbt werden* ; DuMont Buchverlag Köln.
- Mentzos, S. (1996) *Hysterie ; zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen*, 1, Fischer Frankfurt a.M.
- Mentzos, S. (2003) *Neurotische Konfliktverarbeitung* Fischer, Frankfurt a.M.
- Roth, G. (2007) *Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten* ; Klett-Cotta, Stuttgart.
- Roth, G. (2014) *Wie das Gehirn die Seele macht*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Sacks, O. (1987) *Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte*. Rowohlt Reinbek bei Hamburg.
- Sacks, O. (1991) *Der Tag, an dem mein Bein fortging*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Schlegel, L. (1995) *Die Transaktionale Analyse*, UTB Tübingen.
- Schmale-Riedel, A. (2005) *5-Schritte-Modell zur Desomatisierung in Zeitschrift für Transaktionsanalyse*, Heft 1/2005.
- Schur, M. (1987) *Zur psychischen Struktur und Psychodynamik in: M. Ermann, Zur psychischen Struktur und Dynamik* Springer Verlag Berlin Heidelberg.
- Schur, M. (1955) *Comments on the Metapsychology of Somatization*. *Psa.Stud. Child.* 10 (1955) 119-164. (Dt. in: Brede, K. (Hrsg.) : *Einführung in die Psychosomatische Medizin*. Frankfurt 1974, Seite 335-395).
- Singer, K. (1993) *Kränkung und Kranksein. Psychosomatik als Weg zur Selbstwahrnehmung*. Piper München.
- Storch, M. u.a. (2006) *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*, 2006 Huber Verlag.
- Von Uexküll, Th. (1966) *La médecine psychosomatique*. (édition non identifiée)
- Von Weizsäcker, V. (2011) *Pathosophie*. Millon.