

**Pr JOHN SARNO**

Professeur de médecine à l'université de New York

**Le meilleur**  
**ANTI-DOULEUR**  
**c'est votre**  
**CERVEAU**

**EN FINIR AVEC LA DOULEUR**  
**SANS OSTÉO, SANS MÉDICAMENT,**  
**SANS CHIRURGIE**

THIERRY  
SOUCAR



ÉDITIONS

**LE MEILLEUR  
ANTI-DOULEUR  
C'EST VOTRE  
CERVEAU**

**Pr John Sarno**

**Traduit de l'anglais par Catherine Sobecki**

Traduction : Catherine Sobecki

Publié pour la première fois aux États-Unis en 1999  
par Grand Central Life&Style sous le titre  
*The Mindbody Prescription – Healing the body, healing the pain*  
Copyright 1999© John E. Sarno

Cette édition est publiée en accord avec Grand Central Publishing,  
New York, États-Unis. Tous droits réservés.

Conception et réalisation graphique : Catherine Julia (Montfrin)  
Infographies : [idee.graphic@free.fr](mailto:idee.graphic@free.fr)  
Photos : © Shutterstock

Imprimé en France par France Quercy – Mercuès – N°

Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2015

ISBN 978-236549-141-9

©Thierry Souccar Editions 2015, Vergèze

[www.thierrysouccar.com](http://www.thierrysouccar.com)

Tous droits réservés

*Je dédie avec gratitude et affection ce livre à mes patients,  
la source de ma connaissance  
et de mon plaisir à exercer la médecine.*

# SOMMAIRE

<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>7</b>
INTRODUCTION	
<b>UNE MISE EN PERSPECTIVE HISTORIQUE</b>	<b>13</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE</b>	
<b>LES RESSORTS PSYCHOLOGIQUES     ET PHYSIOLOGIQUES DES DOULEURS</b>	<b>29</b>
CHAPITRE 1	
<b>DU CONSCIENT À L'INCONSCIENT</b>	<b>31</b>
La psyché	37
Pression et rage dans l'inconscient	40
L'évitement : un symptôme pour détourner l'attention	48
Les sources de la rage	51
CHAPITRE 2	
<b>LES INTERACTIONS ENTRE LE CORPS ET L'ESPRIT</b>	<b>67</b>
Classification des troubles physiques émotionnellement induits	73
Quand un trouble psychogène apparaît	79
Le mythe de la somatisation	82
La physiopathologie du syndrome de tension musculaire (STM)	83

## DEUXIÈME PARTIE

### LES MANIFESTATIONS PHYSIQUES DES TROUBLES PSYCHIQUES

89

#### CHAPITRE 3

### MANIFESTATIONS AU BAS DU DOS ET AUX JAMBES

91

#### CHAPITRE 4

### MANIFESTATIONS DANS LE HAUT DU DOS, LE COU, LES ÉPAULES ET LES BRAS

125

#### CHAPITRE 5

### MANIFESTATIONS DANS LES TENDONS

141

Tendinite du genou

141

Tendinite de l'épaule

143

Tennis elbow

144

Tendinite du pied

145

Périostite tibiale

145

Déchirure ou claquage de la cuisse

146

Douleurs du coccyx (coccydynie, coccyalgie)

147

#### CHAPITRE 6

### DOULEUR CHRONIQUE ET MALADIE DE LYME

149

Douleur chronique

149

Maladie de Lyme

153

#### CHAPITRE 7

### LES AUTRES MANIFESTATIONS PHYSIQUES D'UN CONFLIT PSYCHIQUE

155

Troubles gastro-intestinaux

156

Troubles vasculaires

159

Problèmes de peau	162
Troubles immunitaires	163
Troubles génitaux et urinaires	169
Troubles de l'activité cardiaque	170
Troubles divers	171
CHAPITRE 8	
<b>LE RÔLE POSSIBLE DES ÉMOTIONS DANS UN TROUBLE PLUS GRAVE</b>	179
Maladies auto-immunes	180
Troubles cardio-vasculaires	183
Cancer	187
TROISIÈME PARTIE	
<b>COMMENT TRAITER LES TROUBLES</b>	
<b>PSYCHOSOMATIQUES</b>	
	193
CHAPITRE 9	
<b>PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE : LE POUVOIR DE LA</b>	
<b>CONNAISSANCE</b>	
	195
Rejeter un diagnostic d'anomalie structurelle	198
Reconnaissance du fondement psychologique de la douleur	201
En quoi consiste la stratégie du cerveau ?	207
Le programme quotidien	221
Mes réponses à vos questions	229
<b>QUELQUES MOTS DE CONCLUSION</b>	239
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	241
<b>INDEX</b>	253

# Avant-propos

**D**ouleur, infirmité, désinformation, peur : ce quatuor gangrène l'Occident depuis des décennies et rien n'indique que cela puisse s'améliorer. Le mal de dos ainsi que les douleurs au cou, aux bras et aux jambes se multiplient à un rythme effréné et, d'après les statistiques, cette épidémie prendrait encore de l'ampleur. Dans l'industrie, les arrêts de travail dus à une douleur au bas du dos ne cessent d'augmenter année après année.

Les entreprises dont la majorité des employés travaillent sur ordinateur sont confrontées à un fort taux d'absentéisme à cause de problèmes de plus en plus fréquents de douleurs, de perte de mobilité et de force : les *troubles musculo-squelettiques*. Des millions de personnes, essentiellement des femmes, souffrent d'un mal douloureux de cause inconnue appelé fibromyalgie. Alors que le gigantesque secteur médical dicte sa loi pour diagnostiquer et traiter ces pathologies, l'épidémie de douleurs continue de plus belle.

Ce livre parle justement de ce fléau. Il décrit à la fois une expérience clinique qui a identifié la cause de ces troubles douloureux et une méthode pour les traiter. Il est bien triste de constater que la médecine



conventionnelle réfute ce diagnostic parce qu'il repose sur la théorie selon laquelle les symptômes physiques seraient, en fait, d'origine émotionnelle. Toutefois, un grand nombre d'hommes et de femmes intelligents ont adopté ce concept – très certainement parce qu'ils ont su rester critiques face aux préjugés imposés par une éducation médicale traditionnelle.

Comme si l'épidémie de douleurs n'était pas suffisante, de nombreux autres troubles physiques semblant résulter du même processus psychologique ont été identifiés comme des *équivalents* du syndrome douloureux. Depuis des années, ces maladies sont courantes dans les sociétés occidentales avec celles, douloureuses, si généralisées. Je pense aux maux de tête, allergies et affections gastro-intestinales, respiratoires, dermatologiques, génitales et urinaires si fréquents dans la vie de tous les jours.

Si la plupart sont psychogènes, à savoir d'origine psychique (et c'est mon objectif de le démontrer), nous sommes confrontés à un problème de santé publique ayant atteint des proportions sidérantes et nous mentionnerons ses implications médicales, humaines et économiques évidentes.

Ce livre parle d'émotions, de maladies et de bien-être, de leurs interactions et de ce qu'il est possible de faire pour améliorer la santé et combattre certaines maladies. Ces idées reposent sur plus de quarante années passées à traiter avec succès un trouble physique d'origine émotionnelle appelé syndrome de tension musculaire (STM). Si je compte bien sûr le décrire, mon principal objectif est d'expliquer le rôle des émotions sur le fonctionnement du corps.

Cette connexion entre le corps et l'esprit a bien failli être acceptée par la médecine occidentale dans la première moitié du xx<sup>e</sup> siècle, puis a été largement discréditée. Le rejet de la théorie psychanalytique,

l'intérêt accru pour la recherche en laboratoire et la tendance des médecins à garder leurs distances vis-à-vis de l'aspect psychologique (ils se voient comme des ingénieurs du corps humain) sont les raisons probables de cette évolution historique. Aujourd'hui, quelques praticiens en médecine, physique ou psychologique, croient que des émotions inconscientes, refoulées, entraînent des maladies physiques. Les psychanalystes sont les seuls médecins à soutenir ce concept, mais leur influence dans le domaine plus vaste de la psychiatrie et de la médecine générale est limitée. Et quasiment aucun kinésithérapeute ou autre spécialiste dans la manipulation du corps n'adhère à cette idée.

On a beaucoup écrit sur l'interdépendance de l'esprit et du corps, ce malgré le manque d'intérêt de la médecine classique. Des études approfondies ont été réalisées sur la relation entre des facteurs psychologiques et des pathologies comme l'insuffisance coronarienne ou l'hypertension. Je ne connais qu'un seul chercheur, hors de la psychanalyse, qui ait identifié des émotions inconscientes comme étant la cause d'une maladie physique. On nous parle du stress, de la colère, de l'anxiété, de la solitude, de la dépression, mais toujours sous l'angle d'émotions conscientes, perçues. Or, dans de nombreux cas, ces émotions aggraveraient des processus pathologiques structurels sous-jacents comme une hernie discale, une fibromyalgie ou un trouble musculo-squelettique.

En raison de la critique virulente contre Freud qui sévit depuis quelques années, je m'attends à un tollé général, mais je me dois de déclarer que mes concepts découlent des observations cliniques et des théories de Freud. Toutefois, je ne chercherai pas à prouver qu'il a raison, car je n'en ai qu'une connaissance rétrospective. Mes idées résultent d'observations cliniques indépendantes des préjugés sur l'interaction entre le corps et l'esprit. Tout comme Freud avec

ses patients, j'ai trouvé que les symptômes physiques chez les miens résultaient directement de fortes émotions refoulées dans l'inconscient. J'ai également puisé dans les concepts de trois autres psychanalystes : Franz Alexander, fondateur en 1931 de l'Institut de psychanalyse de Chicago, qui a réalisé un travail novateur sur la médecine psychosomatique ; Heinz Kohut qui a conceptualisé la notion du soi et montré toute l'importance de la rage narcissique ; Stanley Coen qui a suggéré l'idée maîtresse que le trouble psychosomatique que j'étudiais (un syndrome de tension musculaire ou STM) était une défense, une stratégie d'évitement visant à détourner l'attention d'émotions effrayantes refoulées.

Ce livre concerne justement des troubles physiques causés par des émotions inconscientes refoulées. Étant très spécifiques, il est facile de les diagnostiquer et, ainsi, de les traiter avec succès.

Aux États-Unis et probablement ailleurs en Occident, le STM est actuellement le trouble d'origine émotionnelle le plus fréquent. Depuis la publication de *Healing Back Pain*, paru en 2014 sous le titre *Guérir le mal de dos*, d'autres pathologies douloureuses d'une grande importance pour la santé publique ont vu le jour. Il s'agit, là aussi, de manifestations d'un STM.

Ce livre se compose de trois parties. La première partie est une discussion de la psychologie qui induit ces maladies physiques. Elle comporte un chapitre que l'on pourrait qualifier de passerelle, car il décrit la psycho-neurophysiologie des processus psychogènes, en d'autres termes comment les émotions stimulent le cerveau pour qu'il produise des symptômes physiques. Après la traversée de cette passerelle (moins formidable qu'il n'y paraît de prime abord), la deuxième partie présente les diverses maladies physiques d'origine émotionnelle, en

commençant par le STM, le trouble qui m'a conduit à m'intéresser à la médecine psychosomatique, puis en exposant des affections que je considère comme des équivalents d'un STM : des troubles du système gastro-intestinal, du système cardio-vasculaire, notamment les maux de tête, de la peau, du système immunitaire, dont les allergies, du système génital et urinaire et de l'activité mécanique cardiaque ainsi que l'hypoglycémie, les vertiges, les acouphènes, le syndrome de fatigue chronique et la dysphonie spasmodique.

La troisième partie parle du traitement de ces troubles.

Enfin, j'aimerais conclure par un avertissement au lecteur. Ce qui suit est une description de mon expérience clinique et de la théorie qui en découle. Personne ne devrait affirmer que ses symptômes sont d'origine psychologique tant qu'un médecin n'a pas exclu la possibilité d'une maladie sérieuse.

# Une mise en perspective historique

Depuis l'obtention de mon diplôme de médecin, le problème de la douleur a pris, comme un cancer à évolution rapide, une ampleur épidémique dans la plupart des pays occidentaux industrialisés, ce qui a permis l'essor d'une industrie gargantuesque. À lui seul, le mal au dos coûte chaque année près de 100 milliards de dollars aux États-Unis, et si nous y ajoutons le fléau plus récent de maux tels que le syndrome du canal carpien, il faut probablement doubler ce chiffre. Au total, selon une étude de 2011, le traitement de la douleur aux États-Unis revient à 600 milliards de dollars. Cette épidémie ne fait pas parler d'elle, car un problème de douleur ne met a priori pas la vie en danger. Pourtant, on n'en a pas toujours conscience, mais ses conséquences financières, sociales et psychologiques sont dévastatrices. Que leur issue ne soit pas funeste est bien l'unique aspect positif, car ces problèmes peuvent être bien plus invalidants que de nombreux troubles apparemment plus graves. Par exemple, avec une bonne rééducation, une personne paralysée des deux jambes mènera une vie plus ou moins normale. En

revanche, en cas de douleur chronique sévère, le handicap peut être si important qu'il sera impossible de travailler et l'activité physique sera alors limitée au strict minimum.

Pourquoi et comment la douleur survient-elle ? Après des millions d'années d'évolution, sommes-nous devenus incapables de fonctionner normalement ? La structure profonde de notre corps a-t-elle été fragilisée ces quarante dernières années ? Et si ces douleurs ne résultent pas d'anomalies structurelles, comment expliquer cette épidémie ?

Mes premiers contacts avec la douleur au dos, au sens large, furent indéniablement frustrants, d'autant que les diagnostics conventionnels et les traitements conservateurs (non chirurgicaux) aboutissaient à des résultats décevants et contradictoires. Même si j'exposais le plus clairement possible à mes patients les raisons qui justifiaient un diagnostic et un remède, je me sentais mal à l'aise, car les explications me semblaient dépourvues de logique anatomique et physiologique. Dès 1904, des médecins ont décrit un trouble douloureux des muscles — appelé fibromyalgie, myofasciite, fibrosite ou fibromyosite — mais aucun n'a su en identifier la nature ni la cause exacte. J'ai fini par m'occuper de mes patients comme si l'on ignorait tout de la cause de cette douleur et j'ai rapidement pris conscience que le principal tissu impliqué était musculaire. Quelque chose survenait aux muscles du cou, du dos et des fesses.

Comme on voit aux rayons X les altérations structurelles de la colonne (modifications dues au vieillissement, anomalie congénitale ou défaut d'alignement des vertèbres), la plupart des médecins leur ont attribué l'origine de la douleur mais, pour d'autres, les muscles sont douloureux parce qu'ils sont affaiblis, froissés ou distendus. Et vu qu'une douleur au dos, au cou ou à l'épaule s'accompagne souvent d'élancements

et d'autres symptômes neurologiques dans un bras ou une jambe, si l'on trouve une anomalie structurelle près d'un nerf rachidien desservant d'autres parties du corps, comme justement un bras ou une jambe, le médecin lui attribuera a priori la cause des symptômes — au détriment de toute rigueur scientifique. Pourtant, un interrogatoire des antécédents médicaux et un examen physique approfondis révèlent souvent que la déformation d'un os ou d'un disque ne rentre pas en ligne de compte. Malgré cela, on s'est entêté à affirmer que la douleur au dos provient de la colonne.

Une alliance improbable a vu le jour entre des disciplines disparates. Les chiropracteurs, vivement critiqués pour leur manque d'esprit scientifique, ont peu à peu été pleinement acceptés par les médecins, car ils ont toujours soutenu, comme eux, que la douleur au dos résulte d'anomalies structurelles de la colonne. Il était donc inévitable que les chiropracteurs deviennent membres de la confrérie des thérapeutes du dos, avec les ostéopathes, les orthopédistes, les neurologues, les neurochirurgiens, les kinésithérapeutes, les acupuncteurs, les kinésologues et nombre de ceux ayant recours à un programme spécifique d'exercices ou de massages. Tous partagent en commun l'idée que la colonne et/ou sa musculature sont déficientes, facilement blessées, et nécessitent une forme ou une autre d'intervention, la chirurgie étant la plus radicale et l'une des plus courantes.

On entend souvent dire que l'inflammation — de quelle nature, ça, personne n'est en mesure de le dire ! — serait en grande partie responsable de la douleur. C'est pourquoi on prescrit de nombreux anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens.

Aux États-Unis, le diagnostic et le traitement de la douleur chronique sont devenus une telle industrie que toute interruption

majeure dans le recours aux thérapies utilisées créerait un chaos financier. On épargnerait pourtant d'énormes sommes d'argent avec un diagnostic exact et un traitement adéquat.

Au début des années 1970, alors que cette épidémie était en pleine expansion, j'ai commencé à douter de la validité des diagnostics habituellement posés en cas de douleurs au dos, au cou et aux épaules et, par conséquent, de l'efficacité des traitements. Un examen attentif m'incitait à penser que les muscles du dos, de l'arrière de la tête jusqu'aux fesses, étaient les principaux tissus impliqués. Cela confirmait le travail de tous ceux qui décrivaient ce qu'ils ont appelé fibromyalgie ou douleur myofasciale. À la lecture des études publiées dans les revues scientifiques et vu mon expérience clinique de plus en plus grande, ces maladies font partie d'un trouble que j'ai appelé syndrome de tension musculaire (STM), une modification douloureuse mais dépourvue de danger de l'état des muscles suite à une altération physiologique.

Mais que penser des symptômes neurologiques dans les bras et les jambes ? J'ai cru un temps que cela résultait d'une compression structurelle dans la colonne ou de cette « inflammation » mystérieuse si souvent citée par des praticiens. Toutefois, comme le nombre des incohérences augmentait, j'ai abouti à la conclusion que ce qui provoque la douleur musculaire est également responsable des symptômes nerveux. Quelle est donc cette cause ?

Quand il liste les antécédents médicaux de ses patients, un médecin recherche des troubles ou des symptômes actuels ou passés. J'ai trouvé chez 88 % de mes patients souffrant de douleur des antécédents de maladies de l'appareil digestif (brûlures d'estomac, gastrite, hernie hiatale, colite, maux de ventre avec ballonnements, constipation et/ou diarrhée, etc.) et d'autres réactions induites par un excès de tension ou de stress (migraine, maux de



tête, eczéma, besoin fréquent d'uriner). Si tous les praticiens n'acceptent pas l'existence d'une relation de cause à effet entre ces troubles et des phénomènes psychologiques ou psychiques, mon expérience clinique de médecin de famille et mes antécédents médicaux me font aboutir à cette conclusion. En effet, durant plusieurs années, j'ai souffert de migraines ophtalmiques précédées d'« éclats de lumière » typiques (on parle généralement de migraine avec aura). Quelqu'un m'ayant suggéré que son origine pouvait être une colère réprimée, je me suis assis lorsque j'ai perçu à nouveau cette lumière annonciatrice d'une migraine et j'ai essayé de penser à la colère que je refoulais peut-être. Je n'ai pas trouvé de réponse *mais, pour la première fois de ma vie, la migraine ne s'est pas manifestée*. Ce fut une preuve évidente de sa nature psychosomatique.

Il était donc logique d'émettre l'hypothèse que ces douleurs aux muscles du dos résultent, elles aussi, de troubles physiques induits par des facteurs émotionnels. Lorsque j'en ai testé le bien-fondé en disant à mes patients que, d'après moi, leur douleur était la conséquence d'une « tension », j'ai constaté avec étonnement que ceux qui avaient accepté ce diagnostic allaient mieux, tandis que la situation demeurait inchangée chez ceux qui l'avaient rejeté.

À cette époque, tous mes patients bénéficiaient de séances de kinésithérapie auprès de thérapeutes ayant pour consigne de les informer que l'objectif était d'apporter un soulagement temporaire à leurs symptômes, mais que leur guérison dépendait de la reconnaissance de la nature de leur problème. Ceux qui se portaient mieux étaient d'accord avec mon diagnostic, ce qui était similaire à mon expérience avec la migraine : la reconnaissance d'un rôle psychique dans la genèse de symptômes les faisait disparaître. Il m'a fallu bien des années pour comprendre la raison de ce phénomène mystérieux et fascinant.

Il était alors difficile de dire aux patients que, d'après moi, leur douleur était causée par une « tension psychique ». N'importe quel médecin se moquerait d'une telle idée et toute personne se sentirait insultée si l'on suggérait que des symptômes physiques sont en fait « dans la tête ». Je m'abstenais d'exprimer cette phrase en raison de sa connotation péjorative même si, souvent, c'était le patient qui en parlait. Parfois, je parvenais à expliquer d'une manière satisfaisante le lien entre tension psychique et douleur mais, en réalité, je comprenais mal la dynamique en jeu. Je préférais aborder certaines caractéristiques de la personnalité qui semblaient communes en cas de syndrome de tension musculaire (STM) et la manière dont celles-ci pouvaient aboutir à de la tension et de l'anxiété. Je suggérais que les symptômes étaient une expression physique plutôt que psychique de l'anxiété et que ceux qui étaient durs à la tâche, consciencieux, responsables, méticuleux et perfectionnistes avaient tendance à souffrir davantage de STM. Je ne pouvais pas donner une définition clinique du mot tension, mais c'était un terme dans lequel on pouvait se retrouver. *Psychologique*, *émotionnel* et *psychique* étaient perçus négativement, car ils sous-entendaient que quelque chose ne tournait pas rond. J'évitais également le mot *psychosomatique* qui risquait d'être interprété comme le signe d'une douleur simulée ou imaginaire. Je continuais néanmoins d'établir ce diagnostic et mon taux de succès thérapeutique augmenta considérablement. J'avais à présent une bonne compréhension de la nature de ce trouble et pouvais prévoir avec une assez bonne précision lequel de mes patients irait mieux.

À l'examen physique, j'ai trouvé chez presque tous les patients une sensibilité de certains muscles à la palpation, indépendamment de l'endroit où la douleur était perçue. Par exemple, quelqu'un pouvait avoir mal uniquement dans la partie droite du bas du dos mais, à l'examen, cette personne ressentait de la douleur quand j'appuyais

sur le haut des deux épaules (muscles du trapèze supérieur), de part et d'autre du bas du dos (muscles paravertébraux lombaires) et sur l'extérieur des fesses (muscles glutéaux). De toute évidence, le syndrome provenait du système nerveux central (cerveau) plutôt que d'une anomalie structurelle locale.

Vers 1975, j'ai abouti à la conclusion que la majorité des syndromes douloureux au cou, à l'épaule et au dos, tout comme la douleur associée fréquente dans les jambes et les bras, étaient d'ordre psychologique. On pouvait donc clairement parler de trouble psychosomatique. Concrètement, des facteurs émotionnels déclenchaient une réaction dans certains tissus du corps qui se manifestait sous la forme de douleur ou d'autres symptômes neurologiques.

Quelle était donc la nature de cette réaction ? J'avais remarqué un soulagement, au moins provisoire, des patients souffrant du dos qui bénéficiaient de massages profonds des muscles avec une forte chaleur (sous forme d'ondes acoustiques de haute fréquence). Je savais que ce type de traitement améliorait la circulation sanguine locale et il était donc logique de conclure que la cause des symptômes était une diminution de l'afflux de sang dans les tissus concernés. La circulation sanguine est, comme bien des troubles physiques en interaction avec l'esprit (gastrite, colite, migraine et mal de tête par tension nerveuse), sous le contrôle d'un sous-système du système nerveux central appelé système nerveux autonome. C'est on ne peut plus simple : quelque chose dans le cerveau (une émotion, un trouble psychologique, etc.) active les centres autonomes qui, à leur tour, activent des zones à distance du cerveau et, en quelques millisecondes, la circulation sanguine diminue dans les régions concernées. Ces tissus manquent alors d'oxygène, ce qui est très

probablement la raison des symptômes. C'est du reste confirmé par la découverte de deux chercheurs allemands qui, en 1975, ont mis en évidence un léger manque d'oxygène dans les cellules musculaires de patients souffrant du dos ainsi que par plusieurs études, publiées dans des revues médicales, réalisées par une équipe de rhumatologues suédois dans les années 1980.

Comme cela fournissait une explication logique aux symptômes, je suis parti du postulat qu'un manque d'oxygène provoque la douleur. Et même si on finissait par découvrir que sa cause est due à une tout autre réaction induite par le cerveau, il n'en demeurerait pas moins évident que le traitement devrait viser le cerveau et non les tissus locaux.

J'expliquais à mes patients que leur dos n'était pas en cause et que leur problème, sans gravité, devait être traité en s'occupant de l'esprit et non du corps. Prise de conscience, discernement, connaissance et information sont les médecines magiques à même de le guérir — et rien d'autre.

En 1979, j'ai donc organisé des conférences sur les spécificités physiques et psychologiques du syndrome de tension musculaire (STM), car c'était la façon la plus logique d'apporter à mes patients les connaissances qui leur permettraient de se débarrasser de leur douleur. Pierre angulaire du programme thérapeutique, ces conférences offrent à présent tout ce qui est nécessaire à 80-90 % de ceux dont la guérison est totale.

La lettre que j'ai adressée le 23 septembre 1981 au chroniqueur du *New York Times* Russell Baker, dont l'article du 16 août 1981 s'intitulait « Où sont donc passés tous les ulcères ? », illustre parfaitement ma vision de ce problème :

*Cher Monsieur Baker,*

*Parce que vous êtes un homme bien informé, j'ai pensé que cela vous intéresserait de connaître la véritable raison du déclin des ulcères, un sujet sur lequel vous aviez écrit. Les ulcères gastriques et duodénaux font partie de troubles physiques qui, comme vous l'avez mentionné à juste titre, reflètent la présence de grandes quantités de tensions. Les autres membres de cette ignoble famille sont, pour ne citer que les plus importants, la colite, la colopathie fonctionnelle, le mal de tête par tension nerveuse et les allergies aux pollens et aux plantes vertes. Il en existe toutefois un autre qui a échappé à la vigilance de la communauté médicale ou, plutôt, qui a subsisté sous une autre forme et il est très important, car il occupe le rôle de l'ulcère précédemment omniprésent. Pourquoi ce passage de l'un à l'autre ? C'est une histoire très intéressante sur laquelle je reviendrai un peu plus tard. Cet autre trouble n'est autre que le banal mal au dos (ou au cou ou à l'épaule). Durant des années, on est parti du principe que le mal de dos serait dû à une déficience de la colonne et des structures liées, mais ce diagnostic n'est qu'un écran de fumée qui a induit en erreur les médecins et autres praticiens. En réalité, la douleur au dos résulte d'une hyperactivité de cette même branche du système nerveux à l'origine d'ulcères, le stimulus étant le même « croque-mitaine » : la tension.*

*Je suis très sérieux lorsque j'affirme cela et j'ai du reste exprimé mon point de vue dans la littérature médicale. Néanmoins, un certain degré de légèreté est approprié, car même sa forme la plus douloureuse et invalidante n'est que la conséquence d'un phénomène très bénin — bien plus que des ulcères qui peuvent saigner ou perforer la paroi. Tous ces troubles relèvent de la même famille et*

*représentent des variantes de mécanismes sous-jacents similaires, à savoir une tension psychique entraînant des manifestations physiques, ce qui est la définition d'un trouble psychosomatique. Une crise cardiaque en est une manifestation plus sérieuse, sans comparaison aucune avec un ulcère gastro-duodéal.*

*Explorons à présent la raison de ce passage de l'un à l'autre. C'est incompréhensible, sauf si l'on prend conscience que le but de la manifestation physique d'une tension est d'induire en erreur. Notre cerveau a décidé qu'une sensation de tension psychique, qui est la réponse appropriée lorsqu'on est tendu, est trop désagréable à supporter et pas aussi acceptable socialement qu'un problème « physique ». Par conséquent, le cerveau procède à quelques ajustements dans la chaîne nerveuse si bien qu'au lieu de ressembler à une loque et d'agir en tant que tel, une douleur au ventre ou au dos surgit. La raison pour laquelle l'ulcère finit par disparaître, c'est que tout le monde a compris qu'il s'agit d'une imposture, qu'une tension est en fait en cause, ce qui est socialement inacceptable.*

*En effet, le bon vieux mal de dos a toujours été ce qu'il est aujourd'hui encore, l'équivalent d'une tension, mais personne n'y a vraiment prêté attention jusqu'à l'avènement de la médecine moderne. Chacun pense que la douleur au dos est la dernière expression d'un trouble « physique ». C'est donc un parfait substitut de la tension. L'ulcère a perdu sa valeur. Voici donc le mal de dos en tant que nouveau — et bien dissimulé — porte-drapeau de ceux qui souffrent de tension.*

*Presque tout le monde a une histoire de mal de dos à raconter. L'incidence de tous les types de syndromes douloureux impliquant le dos de l'homo sapiens occidental a augmenté de façon spectaculaire ces vingt dernières années, tandis que l'ulcère discrédité tombe dans l'oubli.*

*N'est-ce pas fascinant ?*

Quelques jours plus tard, j'ai reçu la réponse suivante imprimée que je reproduis ci-dessous avec l'aimable autorisation de M. Baker :

*Cher Dr Sarno,*

*C'est effectivement une histoire fascinante qui éclaire d'un jour nouveau ma propre « douleur au dos ». Elle survient après quatre à cinq heures passées à écrire sur mon clavier. Elle est souvent particulièrement pénible quand je ne suis pas très inspiré.*

*La semaine dernière, j'ai aidé mon fils à emménager. Je l'avais prévenu que je devrais probablement arrêter au bout de quelques heures à cause de mon dos. En fait, le déménagement a été plutôt agréable, au moins dans le sens où ce fut une activité qui ne nécessitait aucun travail intellectuel : porter et déplacer des affaires dans une ambiance agréable, sans prise de tête, l'esprit profondément détendu. Après dix heures de cette occupation, j'ai repensé à mon dos pour la première fois depuis le matin, et uniquement pour constater qu'il ne m'avait pas gêné de la journée.*

*Cordialement,*

*Russell Baker*

En 1981, je pensais que les manifestations physiques étaient un substitut à l'anxiété. Par la suite, une modification du concept, subtile mais importante, m'a conduit à mieux comprendre ce problème et, par conséquent, à le traiter plus efficacement : les émotions réprimées *ont besoin de* symptômes physiques.

Bien évidemment, contrairement à ce que suggérait Russel Baker, les ulcères n'ont pas disparu. On sait aujourd'hui qu'ils sont provoqués par la présence d'une bactérie dans l'estomac. Mais, selon moi, ils demeurent induits par le stress dont on sait qu'il fragilise la paroi de l'estomac. La bactérie ne serait donc qu'une composante de l'ulcère. En d'autres termes, si les ulcères semblent moins courants, c'est surtout parce qu'ils ne surviennent pas aussi souvent que les troubles douloureux.

En 1982, j'ai effectué ma première étude de suivi de mes patients en prenant au hasard le dossier de 177 d'entre eux que j'avais traités entre 1978 et 1981. Je les ai interrogés sur leur niveau de douleur et leurs capacités fonctionnelles : 76 % menaient une vie normale et n'avaient globalement pas mal, 14 patients allaient mieux et 28 (16 %) se trouvaient en échec thérapeutique.

Je voudrais faire deux remarques importantes à propos de ces patients. Avant de venir me consulter, la plupart souffraient du dos depuis longtemps et avaient reçu de multiples traitements, parfois chirurgicaux, et pourtant ils éprouvaient toujours de fortes douleurs. En outre, je ne les avais pas sélectionnés avant leur premier rendez-vous. Depuis 1987, j'interroge ceux qui appellent pour savoir si leur cas est adapté à notre programme. En effet, la plupart de ceux, très nombreux, qui manifestent ces syndromes douloureux rejettent l'idée d'une implication des émotions et ne retireraient aucun bénéfice de notre programme thérapeutique, car il faut absolument accepter ce diagnostic pour guérir. Actuellement, j'accepte environ 50 % de ceux qui appellent. À ceux qui me reprochent d'opérer cette sélection, je rappelle que, à l'instar d'un chirurgien qui n'opérera pas s'il estime qu'il y a trop de risques, j'exerce ma prérogative de ne travailler qu'avec des patients dont les chances de succès sont raisonnablement



bonnes. Ce choix ne sert pas que mon intérêt, car il épargne à ces patients potentiels des dépenses et une aggravation de leur état inutiles.

En dépit de l'absence de sélection des patients d'avant 1987, une deuxième étude de suivi en 1987 a révélé que le programme avait été encore plus efficace après 1982. Cette fois-là, nous nous étions rendu la tâche plus difficile et n'avions retenu que les personnes avec une hernie discale avérée par scanner. Cette dernière est à l'origine de la plupart des opérations du dos et pourtant, notre expérience montre qu'elle est rarement la cause de la douleur. Nous avons ainsi interrogé 109 de ces patients choisis au hasard. Un à trois ans après le traitement, 96 (88 %) n'avaient plus mal et menaient une vie normale, onze allaient mieux et seuls deux n'avaient pas été soulagés — une amélioration considérable par rapport à l'étude de 1982.

Comment expliquer cette amélioration notable de nos résultats ? D'abord je savais mieux expliquer la nature du syndrome de tension musculaire (STM) et les patients en retiraient une plus grande confiance dans le diagnostic. Mais le plus important, c'est qu'à partir de 1985, j'avais cessé de prescrire des traitements physiques. Alors que les thérapeutes auxquels nous confiions nos patients étaient pleinement conscients de la nature émotionnelle du problème qu'ils traitaient et renforçaient fidèlement chez eux l'idée que des facteurs d'origine psychique et non physique étaient responsables de leur douleur, certains se concentraient sur les traitements physiques en négligeant les concepts que je leur enseignais et ne tiraient leur soulagement que d'un effet de type *placebo* (un effet basé sur la croyance et souvent temporaire). En d'autres termes, en demandant aux patients de suivre un traitement physique deux ou trois fois par semaine, nous les amenions à se concentrer sur leur corps alors que le succès du traitement reposait sur un basculement du regard

vers l'émotionnel. Les dommages potentiels des traitements physiques l'emportaient nettement sur leurs bénéfices éventuels. C'est, me semble-t-il, ce qui a joué un rôle important dans l'amélioration des statistiques.

Bien qu'il n'y ait pas eu de troisième étude de suivi, je crois que nos résultats actuels sont encore meilleurs que ceux de 1987. Cela tient, d'après moi, au processus de sélection des patients et au fait que j'avais fait un grand pas dans la compréhension de la psychologie du STM.

Dans le cadre de l'écriture d'un article médical, j'avais collaboré avec Stanley Coen, un collègue psychiatre. Celui-ci m'avait suggéré que les symptômes physiques n'étaient probablement pas une expression physique de l'anxiété – ce qui avait été mon hypothèse de travail pendant des années – mais que ces symptômes étaient dus à ce que les psychiatres appellent un mécanisme de défense, une expression que je considère assez trompeuse. L'objectif d'un mécanisme de défense (dans ce cas, les symptômes physiques) est de détourner l'attention de quelqu'un sur son corps afin qu'il *évite* de reconnaître des émotions inconscientes (refoulées) ou d'y être confronté. Cette nouvelle compréhension du rôle de la répression a été un tournant majeur dans l'aventure dans laquelle je m'étais embarqué quinze ans plus tôt. Non seulement cette idée cadrerait parfaitement avec le diagnostic mais, pour la première fois, j'avais une explication de la raison pour laquelle les gens allaient mieux lorsqu'ils étaient pleinement informés de ce qui leur arrivait et qu'ils l'acceptaient. Je comprenais désormais pourquoi une personne habitant à des centaines de kilomètres de chez moi pouvait guérir après avoir lu l'un de mes ouvrages sur le STM sans que je lui aie parlé ni que je l'aie examiné. Le mystère était résolu. Dès lors qu'un patient acceptait ce qui se passait réellement, cette simple prise de

conscience détruisait la stratégie du cerveau. Même si nous avons toujours su que le STM était un processus piloté par le cerveau, nous ne comprenions pas pourquoi le cerveau agissait ainsi. À présent, il était clair que les symptômes étaient là pour détourner l'attention d'une personne loin de ses émotions cachées. Le simple fait de révéler cette manipulation du cerveau suffisait à y mettre un terme et la douleur disparaissait.

Si ces idées sur le lien corps-esprit représentent l'aboutissement d'une expérience clinique de vingt ans, elles sont le point de départ du sujet de ce livre. Bien qu'elles soient le fruit de mon expérience dans le diagnostic et le traitement de la douleur, je pense qu'elles s'appliquent à de nombreux états pathologiques. En réalité, je crois que tout le monde a des symptômes physiques qui relèvent de ce lien corps-esprit. Rares sont les personnes qui ne connaîtront pas une ou plusieurs de ces manifestations à un moment ou à un autre de leur vie, car elles reflètent, du point de vue de l'évolution, l'organisation moderne de la psyché humaine. Plus important encore, ces manifestations démontrent qu'il n'existe aucune séparation entre le corps et l'esprit, que les deux sont inextricablement entremêlés. On ne peut pas étudier les pathologies humaines sans tenir compte du rôle de la psyché. Mon expérience avec la douleur montre qu'il est absurde de négliger la composante psychique d'une pathologie. Parfois les émotions y participent simplement, mais elles en sont parfois à l'origine. Pour un médecin, ne pas tenir compte de cette dimension serait une erreur aussi énorme que d'ignorer le rôle des micro-organismes dans les maladies.

Qu'ont donc les émotions de si terrible pour conduire le cerveau à infliger à une personne une douleur physique sévère et des symptômes neurologiques alarmants ? La réponse à cette question est

fondamentale si l'on veut comprendre non seulement ces syndromes douloureux, mais aussi tous les troubles psychosomatiques.

Issus des éléments qui composent la mosaïque de la psyché, des conflits font rage en permanence dans l'inconscient. Ils proviennent d'émotions jugées intolérables et qui doivent, de ce fait, être refoulées. Comme ces sensations indésirables font tout leur possible pour être reconnues, le cerveau doit intervenir pour les empêcher de devenir conscientes en les transformant en manifestations physiques douloureuses. Ce livre explore la nature de ces émotions indésirables et explique pourquoi l'esprit choisit de masquer un tourment psychique par une douleur physique.



ACHETER CE LIVRE

## Le meilleur ANTI-DOULEUR c'est votre CERVEAU

256 pages  
Format 14 x 21  
18.90 €

### LES ÉMOTIONS REFOULÉES : PRINCIPALE CAUSE DE LA DOULEUR PHYSIQUE

Si vous avez mal au dos, au cou ou aux épaules, si vous souffrez de migraines, de maux de ventre, d'une tendinite, de fibromyalgie, bref si la douleur empoisonne votre quotidien, alors **ce livre va changer votre vie.**

Première révélation : **votre cerveau crée une douleur physique** pour vous détourner d'une colère refulée après un traumatisme de l'enfance ou un stress : conflits au travail, divorce, pressions familiales, problèmes financiers...

Deuxième révélation : sur la base de son expérience clinique, le Pr John Sarno a développé un **programme antidouleur ultrasimple** à faire chez soi, à son rythme.

La clé? Accepter que le subconscient est responsable, identifier les émotions en jeu et conduire le cerveau à mettre un terme à la douleur. **Sans médicament, sans psychothérapie, sans séance d'ostéo ou de kiné.**

**Avec ce livre, vous saurez pourquoi :**

- le manque d'exercice, les gestes répétitifs, les anomalies détectées sur les IRM ou les scanners n'ont souvent rien à voir avec le mal de dos et les douleurs articulaires et musculaires ;
- les personnes entreprenantes, perfectionnistes ou anxieuses sont plus susceptibles que les autres de souffrir.

**Grâce à ce livre, des dizaines de milliers de personnes ont cessé de souffrir, parfois même dès le livre refermé.**

*John Sarno est professeur de médecine orthopédique et rééducation à l'université de New York. Pour le magazine Forbes, c'est le « meilleur médecin américain ».*

[www.thierrysoucar.com](http://www.thierrysoucar.com)

18,90 € TTC France

ISBN 978-2-36549-141-9



9 782365 491419