



Narcissisme et psychosomatique

Ghislaine Barth de Rougé

► **To cite this version:**

Ghislaine Barth de Rougé. Narcissisme et psychosomatique. Psychologie et comportements. 2009. <dumas-00804547>

HAL Id: dumas-00804547

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00804547>

Submitted on 12 Apr 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Pierre et Marie Curie, Paris VI
Service formation permanente

Diplôme d'études supérieures d'Université
Psychosomatique intégrative

Pr. Jean François Allilaire
Pr. Marc Olivier Bitker
Pr. Jean Benjamin Stora

NARCISSISME et PSYCHOSOMATIQUE

Ghislaine Barth - de Rougé

Jury du vendredi 9 octobre 2009.
Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière

Je tiens tout d'abord à remercier ici très particulièrement et chaleureusement le Professeur Jean Benjamin Stora pour la grande qualité de son enseignement, sa remarquable dynamique pédagogique, son inépuisable générosité, sa bienveillance toujours renouvelée, sa belle humanité, et son humour réjouissant !

Je tiens également à le remercier pour la formation et le soutien prodigués tout au long de cette année de stage, effectué avec d'autres étudiants, au sein du service « syndrome métabolique » du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, où il a bien voulu se mettre à notre disposition, en nous donnant l'opportunité de pouvoir observer sa technique d'entretien, sa grande qualité d'écoute et son extrême attention au patient, et en nous consacrant largement de son temps pour nous aider à mieux comprendre la problématique de certains de nos patients.

Un profond merci Monsieur Stora, pour cette grande disponibilité mise à notre service, ainsi que pour tous les fruits de vos recherches et de votre riche expérience dont vous m'avez fait profiter avec tant d'enthousiasme, de générosité et de persévérance !

Résumé

Ce mémoire présente trois malades hospitalisés dans l'unité de « syndrome métabolique » du Groupe Pitié Salpêtrière, pour des symptômes d'obésité, hypertension, cholestérol élevé, glycémie...

Ces trois patients, bien qu'ayant chacun leur propre complexité psychique, ont en commun de présenter un développement psycho sexuel peu évolué compte tenu d'importantes carences du premier temps de la vie. Ce sont donc des structures prégénitales, dans lesquelles la défaillance narcissique est prédominante.

Je me limiterai dans ce résumé à parler du cas d'Annette (voir cas en détail p. 36).

Annette, 55 ans, est en état d'obésité (IMC 46), accompagné de cholestérol et dyslipidémie mixte.

La progression de son poids est devenue préoccupante à partir de l'année 1990, date à partir de laquelle Annette subit harcèlement puis licenciement au travail, découvre que son Mari a une maîtresse, puis, perd sa Mère, ce qui la fera sombrer dans un alcoolisme actif (est ce fini ?) et un tabagisme effréné.

Actuellement Annette vit dans une grande solitude, sans amie, sans activité autre que de s'occuper de la maison, entre un Mari qui la maltraite, une fille avec qui les rapports ne sont pas bons et deux petites filles qu'elle ne voit pas assez à son goût.

Annette est sous antidépresseur et anxiolytique, de plus elle voit occasionnellement un Psychothérapeute.

L'entretien avec Annette a permis de mieux analyser la manière dont cette patiente a vécu et vit encore tous ces événements de vie :

En ce qui concerne ses déboires professionnels, il apparaît assez rapidement que harcèlement et licenciement ont causé à l'Idéal du Moi d'Annette – Idéal très fortement ancré- une

importante blessure narcissique, provoquant des excitations qui ne pouvant être élaborées par un psychisme trop fragile, se sont alors transférées à la sphère somatique.

Par ailleurs la mort de la Mère d'Annette a eu un impact essentiel sur la suite de son évolution somatique ; en effet Annette est restée dans la fusion des premiers temps avec sa Mère : « maintenant qu'elle est morte, la vie ne vaut plus la peine d'être vécue » ; elle n'a jamais pu se différencier de sa Mère – son Père ne l'a pas aidée en cela- et elle est donc restée à un niveau de narcissisme primaire ; chez elle, un manque total d'autonomie, une grande intolérance à la frustration, une confusion entre elle et l'autre, des comportements et un discours de toute puissance, une grande faiblesse du Moi montrent clairement que l'objet n'est pas en place.

Depuis la mort de sa Mère, Annette refuse le monde tel qu'il est, et semble être à la recherche d'un état narcissique non perturbé. Dépressions et T.S. vont s'enchaîner pendant cinq années.

Pour survivre à cet état, Annette va rechercher un objet dont elle puisse dépendre, en l'occurrence son Mari, (qui, par clivage, va devenir le mauvais objet) mais aussi, alcool, tabac et médicaments, dont elle est addict et qui vont lui servir de pare-excitant.

On est ici dans une problématique d'un Soi mal constitué, avec un Moi non investi, et un noyau masochique quasiment absent .

Pulsion de vie et pulsion de mort étant désintriquées, la pulsion de mort est à l'œuvre, et il est à craindre qu'une désorganisation progressive suive, le seul point d'arrêt encore capable de barrer cette désorganisation étant la fixation orale.

Je pense qu'Annette est en grand danger, ses seuls soutiens actuels sont les médicaments d'une part et quelques séances de psychothérapie d'autre part.

Il lui est actuellement proposé une gastrectomie sleeve.

SOMMAIRE

Remerciements	2
Résumé	3
Sommaire	5
Psychosomatique Psychanalyse Neurosciences	6
Syndrome métabolique	7
Syndrome métabolique et neurosciences	9
Introduction et Méthodologie	11
Cas Maurice	
- vignette clinique.....	13
- évaluation psychosomatique	16
Cas Gabriela	
- vignette clinique.....	28
- évaluation psychosomatique	31
Cas Annette	
- vignette clinique.....	37
- évaluation psychosomatique	38
Conclusion.....	46
Bibliographie.....	48
Annexe 1 : GRILLE D'OBSERVATION ET DE diagnostic PSYCHOSOMATIQUE JBS-PSYSOMA- 2004.	
Annexe 2 : METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE JBS-PSYSOMA- 2009.	

Annexe 3 : La chaîne évolutive centrale des fixations.

Psychosomatique Psychanalyse Neurosciences

" Sans Freud notre tâche aurait été impossible" écrivait le médecin Pierre Marty.

Psychanalyse et Psychosomatique sont en effet intimement liées dans le sens où la psychosomatique trouve sa source dans la théorie psychanalytique qui lui livre les données fondamentales du fonctionnement mental, à tel point que la psychosomatique s'y réfère entièrement pour approcher, diagnostiquer et soigner le malade somatique.

C'est ce qu'a voulu approfondir P. Marty tout au long de ses différents écrits où tout nous parle de notions psychanalytiques, à ceci près que ces notions sont orientées et adaptées à la maladie somatique.

A la suite du Docteur P. Marty (1918-1993), le Professeur J.B. Stora, tout en reprenant fidèlement la théorie de Marty a ouvert celle-ci au champ de la Neurosciences, ce qui oriente la psychosomatique vers une conception beaucoup plus large et complexe.

Si P. Marty a exploré essentiellement la dimension psychanalytique de patients somatiques, J.B. Stora, lui, intègre à ses travaux les sciences du vivant, et parle de psychosomatique comme intégration de : psychanalyse, médecine et neuro-science. En effet il part de l'idée que les processus de somatisation sont soumis à un ensemble de dysfonctionnements de l'appareil psychique et à un ensemble de processus neuro-hormonaux, eux-mêmes sous contrôle du système nerveux central SNC , ce dernier n'étant pas sous contrôle direct de l'appareil psychique.

Cette nouvelle approche de psychosomatique intégrative est multi causale et par là même, ouverte à un long avenir de recherches et découvertes prometteuses, à travers cette nouvelle discipline qu'est la neuro-psychanalyse.

Syndrome Métabolique

Le stage que j'ai effectué dans le cadre du D.U. de Psychosomatique intégrative, s'est déroulé sous la direction du Pr. J. B. Stora, au sein de l'unité « syndrome métabolique » du service Endocrinologie – métabolique dirigé par le Pr. Eric Bruckert au Groupe Hospitalier Pitié- Salpêtrière.

Le syndrome métabolique ou syndrome X, n'est pas une maladie spécifique, mais se caractérise par un ensemble de perturbations métaboliques qui prédispose fortement au développement et à la progression de l'athérosclérose.

Les patients atteints de syndrome métabolique ne présentent souvent aucun facteur de risque individuel nettement augmenté, mais bien un risque cardiovasculaire fortement accru en raison du fait qu'ils ont simultanément divers facteurs de risque.

Les paramètres caractérisant ce syndrome sont au nombre de cinq mais la présence de trois de ces facteurs chez un même patient suffit à porter le diagnostic de syndrome métabolique.

Les paramètres en question et les mesures à partir desquelles il y a anomalie sont les suivants :

- Un tour de taille supérieur à 102 cms chez l'homme et 88 cms chez la femme.

L'obésité est bien sur un critère à elle seule mais le tour de taille est particulièrement observé car, dans le syndrome métabolique, il y a concentration de graisse à la taille.

- Cholestérol : chez un sujet sain, le taux de mauvais cholestérol ou LDL doit être inférieur à 1,5 g/l

le taux de bon cholestérol ou HDL doit être supérieur à 0,4 g/l chez l'homme et 0,5 g/l chez la femme.

- Triglycéride ou lipide sanguin dont la présence dans l'organisme est causée par l'abus de sucre et d'alcool : son taux ne doit pas dépasser 1,50g/l.
- La glycémie à jeun ne doit pas être supérieure à 1g/l

- L'hypertension artérielle ne doit pas dépasser 13-8.

Chez les patients atteints du syndrome métabolique, le risque d'accident cardio vasculaire est multiplié par deux à quatre par rapport au patient en bonne santé, et les risques de diabète et d'accident vasculaire cérébral sont augmentés également .

Concrètement, il s'agit par exemple d'un sujet de sexe masculin âgé de 60 ans avec obésité viscérale, qui a une pression artérielle légèrement augmentée combinée à : une résistance à l'insuline débutante et une hypertriglycémie avec un cholestérol HDL bas. L'association des facteurs de risque individuellement peu importants aboutit au fait que, globalement, ce patient court un risque cardiovasculaire très élevé.

Comme aucun symptôme ne laisse entrevoir la présence du syndrome, il peut s'écouler plusieurs années avant qu'il soit décelé, causant ainsi des dommages souvent irréversibles.

Les statistiques actuelles concernant ce syndrome métabolique montrent un réel danger de santé publique à l'échelle mondiale.

Selon les pays un adulte sur quatre ou cinq présente un syndrome métabolique, la prévalence étant plus élevée chez les personnes plus âgées : 40% de la population âgée de plus de 50 ans en est atteinte aux Etats-Unis, et près de 30 % de cette même classe d'âge en Europe.

Syndrome métabolique et neuro-sciences.

Avant d'étudier le cas de quelques patients rencontrés à l'hôpital, et dans la mesure où le stress peut être très lié à l'apparition du syndrome métabolique, il me semble nécessaire de rappeler les enseignements que nous donnent les neuro-psychanalystes, tel le Pr. J.B. Stora, concernant les mécanismes prioritaires de réaction au stress dont dispose l'unité psychosomatique.

Chaque être humain, constitué de psyché et soma, reçoit tout au long de sa vie un nombre incalculable d'excitations de tous genres et de différentes intensités.

Ces excitations sont en tout premier lieu élaborées, régulées, par l'appareil psychique de l'individu qui est le premier système de défense de l'unité psychosomatique ; mais, si le psychisme de ce même individu est débordé car fragile, faiblement mentalisé ou, tout simplement, sidéré par l'agression subie, alors, et afin d'assurer sa survie, ses mécanismes somatiques vont immédiatement intervenir.

En fait, trois systèmes sont impliqués dans la réponse de l'organisme au stress, systèmes décrits par J.B. Stora dans son livre : « Le Stress ».

En premier lieu, le système hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien ou HPAC, qui a pour fonction la conservation de l'énergie.

Ce système secrète l'hormone adrénocorticotrope ou ACTH, qui active le cortex surrénalien. La cortico surrénal, à son tour, libère des glucocorticoïdes (dont le cortisol et la cortisone) qui, au delà de leurs effets bénéfiques, favorisent, lorsqu'ils sont en excès, l'hypertension, hypertension que l'on retrouve dans le syndrome métabolique.

De plus, les glucocorticoïdes peuvent également avoir un effet déprimeur sur le système immunitaire, c'est ce qui se passe dans le cas où le patient est soumis à un stress permanent.

En second lieu, le système sympatho-médullo-surrénalien ou SAM, système qui est à l'origine de la mobilisation des défenses.

Sous l'influence des stimulations nerveuses, les nerfs de la médullo-surrénale libèrent dans le sang de l'adrénaline et de la noradrénaline c'est-à-dire des catécholamines ; elles relâchent également de la norépinéphrine et de l'épinéphrine.

Si ces catécholamines sont grandement utiles dans des situations nécessitant la fuite, elles peuvent avoir également des effets nocifs dans le syndrome qui nous occupe ici, puisqu'elles facilitent la mise en circulation d'acides gras libres. De plus elles diminuent l'efficacité des leucocytes, ce qui représente, là aussi, un risque de dépression immunitaire.

Enfin, le système endogène opioïde ou EO, qui libère des bêta-endorphines et enképhalines; ces dernières permettent de réduire la douleur mais modifient dans certains cas l'efficacité du système immunitaire.

Nous voyons donc, dans ce qui précède, que la majeure partie des hormones produites - lors d'un stress - , par l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, ont un effet immunodépresseur.

Nous sommes ici aux confins des mécanismes endocriniens et du fonctionnement de l'appareil psychique ; et c'est à l'étude de cette articulation que les neurosciences s'attachent actuellement.

Le modèle proposé par J.B. Stora est un modèle faisant référence à :

- des facteurs non spécifiques perturbant l'homéostasie de l'individu (trauma...),
- une structuration spécifique de l'appareil psychique déterminant sa capacité de résistance et ses zones de fragilité,
- les interrelations au niveau du SNC, système endocrinien et système immunitaire.

Introduction et Methodologie.

Etudions maintenant plus spécifiquement - à l'aide de cas de patients hospitalisés dans une unité de syndrome métabolique - les processus psychiques qui vont permettre à ces malades de résister aux événements de leur vie, ou, au contraire, les amener à se désorganiser progressivement, se bloquant éventuellement aux points de fixations déterminés par le processus de maturation psycho sexuelle.

Je me propose, pour chaque cas, d'exposer une vignette clinique, puis un essai d'évaluation psychosomatique, réalisée à l'aide d'outils mis au point par J.B. Stora, et rassemblés dans une grille de travail (annexe 1).

Cette grille (version 2007) élaborée par J.B. Stora à partir de la classification établie en 1987 par P. Marty permet, à partir des données recueillies auprès des patients et du dossier médical, d'établir un bilan psychosomatique selon les différents axes d'observation proposés :

- Relation à l'objet,
- Etats psychiques et événements de vie personnels,
- Points de fixation régression et mécanismes de défense,
- Traits de caractère,
- Activités sublimatoires et oniriques,
- Comportements et manifestations corporelles dans la relation,
- Expression des affects,
- Environnement familial et socioprofessionnel, données personnelles récentes,
- Evaluation de l'état somatique.

Au terme de cette analyse, une cotation chiffrée ayant été donnée à chaque axe observé, il est possible d'établir, pour chaque patient, un niveau de risque concernant son état.

Méthodologie :

Les patients hospitalisés au sein de l'unité « syndrome métabolique » sont présents à l'hôpital pendant trois jours, dans le but d'une observation complète – médicale, biologique, psychique, diététique...- et c'est dans ce cadre qu'un entretien de « diagnostic » psychosomatique prend place dans le planning des malades.

La méthode que j'ai employée a toujours été d'aller à la rencontre du patient sans avoir, au préalable, consulté son dossier médical et ses éventuels antécédents médicaux, dans le but d'une meilleure disponibilité et objectivité à la parole du malade.

Les seules informations à ma disposition avant l'entretien sont celles contenues dans la fiche navette, soit : Nom, prénom date de naissance, taille, poids et IMC¹ : indice de masse corporelle.

Ce n'est qu'après l'entretien que je consulte les données du dossier médical, apprenant bien souvent de nouvelles informations non délivrées par le patient pendant l'entretien.

Ce sont donc des entretiens uniques, de patients avec qui j'ai pu m'entretenir à peu près trois quarts d'heure, et que je n'ai jamais revus par la suite.

Devant cet état de fait – manque de données et manque de suivi de l'évolution dans la durée - il m'est vite apparu qu'il serait très difficile, voir impossible de bâtir ce mémoire à partir d'un seul patient ; c'est pourquoi je me propose de présenter plusieurs cas, et d'étudier à partir de ces personnes hospitalisées pour des symptômes à peu près identiques, quelques unes des différentes problématiques que les entretiens m'ont permis de pouvoir commencer à élaborer.

¹ IMC : l'indice de masse corporelle est calculé en divisant le poids du patient par sa taille au carré ; à partir de ce calcul des seuils ont été établis pour évaluer les zones à risque ; ainsi d'après l'OMS, un IMC de 18,5 à 25 représenterait une corpulence normale, en dessous de cet indice le patient est dans la zone de maigreur voir de dénutrition ; au dessus les IMC sont interprétées de la manière suivante : 25 à 30 : surpoids, 30 à 35 : obésité modérée, 35 à 40 : obésité sévère, plus de 40 : obésité massive ou morbide.

En France, 5% de la population se situe en dessous du seuil de corpulence normale , 53% dans la zone normale et 41% au dessus de la corpulence normale.

Ces barèmes d'IMC conviennent aux personnes âgées de 18 ans jusqu'à 65 ans, âge à partir duquel le poids santé peut être légèrement supérieur aux valeurs indiquées ci-dessus. De même il est nécessaire de nuancer ces chiffres dans la mesure où cet outil ne tient pas compte de la masse musculaire et de l'ossature.

MAURICE

Vignette clinique

Maurice, 53 ans, mesure 1,62m et pèse 85,4 kgs. Son IMC est donc de 32,5.

Aîné d'une fratrie de quatre enfants, Maurice a connu une enfance extrêmement chaotique.

Sa propre Mère, Juliette, était née hors mariage d'une femme qui, après la naissance de Juliette a épousé un homme avec qui elle a eu neuf enfants. Encore bébé, Juliette a été déclarée fragile des bronches et fut envoyée en famille d'accueil loin du domicile parental.

Quand Maurice vient au monde, Juliette est déjà dépressive et le restera toute sa vie.

Maurice n'est pas bien traité par cette Mère fragile qui le délaisse, un Père qui laisse faire, ne s'en occupe pas lui non plus, de telle sorte que les services de l'aide à l'enfance décident de le faire placer en famille d'accueil. Maurice ira directement de la famille d'accueil dans un orphelinat, à l'âge de sept ans. Il en sort à 14 ans, et est alors accueilli chez le Père de sa petite copine de l'époque qui accepte de le prendre sous son toit. Maurice ne retournera jamais chez ses parents.

Maurice se marie à 19 ans et divorcera à 25 ans, sans avoir eu d'enfant de ce mariage.

Il se remarie la même année (1980) avec une femme avec qui il vit toujours à l'heure actuelle, ils ont deux enfants : une fille de 24 ans et un fils de 21 ans.

Maurice décrit sa femme comme quelqu'un qui fait preuve de toute puissance, régnant sur toute la maisonnée qu'elle fait marcher à la baguette, donnant ses ordres aux uns et aux autres avec beaucoup d'exigence d'autorité et de raideur. Maurice dit recevoir une dizaine de demandes de bricolage ou services variées à la seconde, et ne plus savoir ou donner de la tête ; il se plaint des cris incessants entre la mère et la fille, chacune d'elle voulant toujours avoir raison sur l'autre ; « leur rapports sont épouvantables » dit il et il assure qu'il a la ferme volonté de ne jamais se mêler de ces disputes. « Je fais l'autruche ».

Le fils, lui, passe sa vie dans sa chambre, collé à son écran d'ordinateur, il a arrêté ses études, ne fait pas de sport, ne voit pas de copain, il est addict à l'Internet et cette situation laisse Maurice dans une parfaite indifférence, il dit sans aucune émotion ni commentaire : « c'est un no-life ».

Il laisse, là aussi, mère et fils « s'engueuler ».

Maurice est complètement soumis à sa femme qui le tyrannise jusqu'à l'obliger à aller chez le médecin pour un oui ou pour un non. Dernièrement, comme il « oubliait » quelques unes des consignes données par sa femme, celle ci l'a persuadé d'aller passer des tests en vue du diagnostic d'Alzheimer ; il a fini par atterrir chez un Psychiatre qui lui a prescrit du Deroxat.

Il me raconte tout cela sur un ton un peu las, mais sans reproche envers sa femme.

Maurice se soumet à ce harcèlement, semblant même s'y complaire.

Il a un regard triste, un peu traqué, une posture plutôt molle, un air abattu et résigné.

Coté professionnel, Maurice travaille sur PAO, il est à mi temps pour raison thérapeutique et regrette beaucoup cette situation car il aime ce travail qu'il pratique depuis très longtemps.

C'est un travail solitaire, Maurice est seul devant son ordinateur et exécute. Il insiste à plusieurs reprises sur le fait qu'il a besoin que les ordres donnés soient clairs et nets sinon il est perdu et se sent mal. Il ressent souvent « du malaise au travail » car son chef « n'est pas facile ».

L'autre mi temps se passe à la maison où , tant que sa femme n'est pas rentrée de son propre travail, il fait des jeux à l'ordinateur ; Maurice ne sort jamais, ne lit pas, ne fait aucun sport. Alors que Maurice a pratiqué, par le passé, vélo et natation, il éprouve actuellement une grande angoisse à l'idée de monter sur un vélo ou d'être dans l'eau.

En ce qui concerne sa fratrie : Maurice est donc l'aîné de quatre enfants, il n'a pas été élevé sous le même toit que ses frères et soeurs et les connaît peu, sauf le frère qui le suit immédiatement.

Ce frère qui le suit décède en 1998 d'un cancer du poumon, la sœur « passe son temps à faire plein d'enfants avec toujours des hommes différents » et le dernier frère est schizophrène et alcoolique.

Ce frère vit avec les parents, « il est très violent et leur mène une vie d'enfer ». Quant à la sœur, absolument pas autonome, elle réclame sans arrêt de l'argent aux parents.

Maurice est extrêmement contrarié de cette situation, c'est le seul moment de l'entretien ou il s'agit un peu, en me disant : « je plains mes parents de cette intrusion permanente de mon frère et de ma sœur, mais en même temps je n'arrive pas à me faire entendre. Je suis furieux que les parents leur file tout le temps du fric, je les engueule et leur dit d'arrêter, mais ils ne veulent rien entendre ! »

Puis il me rapporte, sans aucune émotion, que son Père est mort en septembre dernier, à l'âge de 75 ans, d'un cancer du colon, et qu'il avait débuté un diabète à l'âge de 60 ans.

Le jour de la mort du Père, la Mère de Maurice a fait un AVC. Elle a 80 ans, et a débuté un diabète à 40 ans.

Maurice lui-même, a eu ces dernières années quelques maladies :

- un cancer du poumon, en 1999 (ablation d'un poumon et chimiothérapie) qui démarre un an après le décès de son frère ; cette année là, Maurice décide d'arrêter de fumer ;
- un AVC en 2003 (angioplastie de la partie moyenne de la coronaire droite avec pose de stent)
- une dépression en 2003
- et de l'apnée du sommeil diagnostiquée très récemment.

Tout cela ajouté à la présence de cholestérol depuis 1987 et de sucre récemment apparu dans le sang.

EVALUATION PSYCHOSOMATIQUE

Cette évaluation est faite, comme expliqué plus haut, à partir de la grille d'observation établie par J.B. Stora, version 2007.

Cette grille étudie en tout premier lieu la notion de Relation d'Objet, primordiale en psychosomatique ; en effet le fait que l'objet ait été ou non introjecté par le bébé, et la manière dont il l'a été, vont être déterminants dans la structure psychique du patient.

Axe 1 : la relation à l'objet :

Maurice a été accueilli dans les premiers temps de sa vie, par une Mère dépressive, « qui le délaissait ». Il y a donc tout lieu de penser qu'il y a eu carence maternelle dès le départ, ce qui n'a pas permis à l'enfant d'installer un objet total, de l'intérioriser puis de s'en différencier. Cette situation est renforcée par le fait que le placement en famille d'accueil en bas âge a du causer un déracinement qui ne peut que déstabiliser l'objet interne.

Maurice est donc resté au stade pré objectal (151), dans cette position schizo-paranoïde décrite par Mélanie Klein, sans pouvoir atteindre la position dépressive, phase grâce à laquelle le sujet va être en mesure de se séparer de l'objet une fois bien introjecté, et pouvoir ainsi devenir autonome et établir des relations interpersonnelles saines.

Maurice n'est plus dans la fusion du tout premier temps de la vie, mais il est en revanche en totale dépendance (de son chef, de sa femme), séparé mais dépendant. L'objet interne n'a pas été mis en place, ce qui n'empêche pas Maurice de vivre bien sur, mais à condition d'avoir à sa disposition un ou des objets auxquels s'accrocher, et nous pouvons constater que sa femme ainsi que son chef jouent ce rôle là.

Cette recherche de dépendance, d'ailleurs, trouve aussi sa satisfaction dans l'addiction **(615)**, ce que nous verrons par la suite.

Une importante dimension masochique (160) caractérise Maurice qui met une limitation importante à ses pulsions agressives.

Quand le bébé n'a pas pu décharger ses pulsions agressives contre sa Mère dépressive,- par peur de la perdre, ou pire, par peur de la « tuer » -, les dites pulsions n'ont pu être rejetées vers l'extérieur, et l'enfant les retourne alors contre lui-même, développant ainsi une activité masochique.

Ce retournement des pulsions sadiques contre soi se fait au premier temps du stade anal, temps auquel Maurice me semble être fixé.

On voit bien ici, qu'autant dans son travail qu'à la maison, Maurice se laisse faire par les critiques et rebuffades, par les mauvais traitements qu'il encaisse sans développer la moindre agressivité en retour (nous verrons plus loin que, seuls ses parents ont droit à ses revendications). Maltraité par ses parents quand il était petit, Maurice a développé une importante dimension masochique, qui est elle-même satisfaite par sa femme, qui à son tour, le persécute.

La surcharge émotionnelle que provoquent les relations difficiles avec sa femme alimente les excitations pulsionnelles de nature masochiste inhibant les pulsions agressives.

Ces dernières étant du côté de la vie, il n'est pas étonnant de constater que, chez Maurice, quelque chose de soumis, de fataliste, très présent dans son attitude et dans son discours le mène droit à un fonctionnement **dépressif (204)**.

Néanmoins ce noyau masochique, qui permet à Maurice de subir sa vie, représente ici une capacité à supporter un certain niveau de stress quotidien, c'est, pour l'instant, **un masochisme de vie (160)** et non un masochisme de mort, mais cette situation tendue et instable n'est pas sans comporter du danger.

Maurice subit sa vie, jamais il ne remet en cause ce qui lui arrive et cette incapacité à élaborer les événements, le peu de manifestations affectives accompagnant son récit, la pauvreté des représentations psychiques et des souvenirs d'enfance, les imprécisions et erreurs importantes quant aux dates marquantes de sa vie (il assure avoir eu un cancer en 1995, là où le dossier médical parle de 1999), la difficulté à dire sa souffrance, ses tensions, son incapacité à rêver (495), marquent chez Maurice une **importante faiblesse du Système Préconscient (161)**.

Ce fonctionnement préconscient de l'adulte repose, -comme l'explique le Pr. Stora- sur le système de représentations établi dans la petite enfance, « ces insuffisances sont liées le plus souvent à une indisponibilité affective de la Mère vis-à-vis du jeune enfant, soit si celle-ci a

traversé des phases de dépression, soit si ses occupations l'ont éloignée de l'enfant », ce que l'on retrouve dans la petite enfance de Maurice.

Le « tout va bien » qui revient souvent chez Maurice le protège d'un objet mal installé, lui permettant de supporter cette vie toute en comportement « exécutif ».

Cette notion de faiblesse du Préconscient est particulièrement importante en psychosomatique ; en effet, comme nous le recommande P. Marty, le psychosomaticien doit toujours porter une grande attention au fonctionnement de la première topique freudienne dans la mesure où celle-ci est considérée comme « le rouage central de la machine mentale ».

Dans « Métapsychologie » de S. Freud, la première topique décrit un fonctionnement mental organisé autour de la nécessité de maintenir une tension d'excitation constante, homéostatique, au sein de la psyché. (La seconde topique, elle, définissant les instances de la personnalité : Moi, Ça et Surmoi.) La première topique est donc considérée comme un aspect du fonctionnement de la seconde, laquelle s'établit selon les caractéristiques propres à chaque individu.

On peut estimer que la seconde phase du stade anal (nous verrons que Maurice se défend sur un mode anal premier temps) signe la maturation de la première organisation topique, (qui reste fragile chez Maurice).

Axe 1 B : états psychiques et événements de vie personnels.

En ce qui concerne les états psychiques et événements de vie personnels de Maurice, nous voyons que la réduction de sa pensée face à l'importance de ses comportements permet de qualifier sa vie d' « opératoire » (218) ; en effet :

Maurice travaille, rentre chez lui, se met devant la télévision ou l'ordinateur, ne regarde que des films policiers ou d'aventure, aucun reportage ou émission économique politique ou sociale n'attire son attention ; il ne lit jamais de journaux, autrement dit il est tout entier dans le comportement, dans l'action, aucune réflexion ni élaboration des actes qu'il pose ne venant interroger sa propre vie.

Cette manière de vivre, ou **vie opératoire (218)**, a été expliquée par P. Marty dans son livre « L'Ordre Psychosomatique » :

« Ces patients n'ont pas vraiment de désir, leur pensée n'est plus en lien avec des mouvements fantasmatiques appréciables, leurs représentations sont pauvres, leurs comportements liés aux instincts et pulsions : alimentation, sommeil, activité sexuelle, ont une fonction automatique ».

Aucune élaboration ne semble pouvoir se mettre en place chez Maurice qui cherche toujours à l'extérieur de lui-même, jamais en lui-même.

De plus comme nous l'avons vu plus haut, les erreurs de date et ses difficultés à faire des allers retours dans le passé signent chez Maurice **des irrégularités de fonctionnement mental (217)**.

A propos de ces erreurs de date j'ai été frappée de constater que Maurice situe son cancer du poumon en 95 alors que le dossier médical atteste qu'il a débuté en 99.

Ce dossier ayant été consulté après l'entretien, je n'ai pas eu la possibilité de voir avec Maurice si des événements importants avaient eu lieu dans les 5 à 8 années précédant cette date. La seule hypothèse que je puisse faire est celle du trauma causé par le deuil de son frère (le seul de la famille avec qui Maurice avait un lien positif) qui, lui-même, est mort d'un cancer du poumon en 98, sa maladie ayant duré plusieurs années (démarrage en 95 ?).

Quoi qu'il en soit, je constate que depuis 99 et l'apparition de ce cancer du poumon, la santé de Maurice se dégrade : cancer, angioplastie coronaire, pose de stent, apnée du sommeil et, actuellement, aggravation du syndrome métabolique avec apparition de sucre dans le sang, et **dépression (206)**. Sans oublier que Maurice est quasiment en situation de **trauma permanent (209)** tant il ressent comme une pression incessante les ordres de son chef et de sa femme.

Nous sommes donc ici dans une phase de **désintrinsication pulsionnelle (219)** ;

En effet, la désintrinsication pulsionnelle est à l'œuvre quand l'individu se coupe de l'objet ; chez Maurice, on peut supposer que l'intrinsication pulsionnelle ne s'est jamais bien développée compte tenu de sa mauvaise relation à l'objet et, de plus, la perte de son frère,- seul à le relier à la famille d'origine-, a pu accélérer cette évolution.

Maurice semble de plus en plus las du comportement de sa femme et coupé d'elle en quelque sorte, or, comme nous l'enseignait J.B. Stora dans un cours du 8/12/07, chez les patients pré-génitiaux, la stabilité et la cohérence du Moi faible dépendent étroitement de la persistance des relations d'objet. La perte de ces relations ou de leur objet entraîne de graves désordres de l'activité du Moi.

Enfin, le cancer de Maurice ayant donné lieu à une mise en invalidité partielle, cela lui procure un surcroît de stress auquel il a de plus en plus de mal à faire face.

Il me semble que le masochisme de Maurice ne parvient plus à maintenir intriquée la pulsion de mort à la pulsion de vie, et un processus d'autodestruction semble se mettre en place, processus dont fait partie sa compulsivité alimentaire qui risque d'augmenter les conséquences morbides du Syndrome Métabolique.

Maurice est de plus en plus résigné, et aussi de plus en plus anxieux et déprimé, tout ceci risque d'amener une **désorganisation progressive (220)**.

La désorganisation progressive fait éclater le noyau masochique primaire (lieu de l'intrication pulsionnelle) et c'est là que le masochisme mortifère apparaît.

Comme l'explique P. Marty dans son livre : « Les mouvements individuels de vie et de mort » les désorganisations commencent habituellement par une dépression essentielle puis par une désorganisation de l'appareil mental dont témoigne la pensée opératoire.

Maurice me semble entrer dans cette description de P. Marty.

Axe 1 C : points de fixations régressions et mécanismes de défense :

Maurice investit la pulsion orale et la pulsion scopique en mangeant et en pratiquant à outrance télévision et ordinateur. Ces deux nourrissages (par la bouche et par la vue) sont chez lui, de type addictif et entraînent, en ce qui concerne l'alimentation, les troubles métaboliques. Cette fixation représente une immobilisation aux fonctions pulsionnelles orales correspondant à ce stade infantile de développement.

Il y a là une fixation passive orale (356).

Il me semble que Maurice sait néanmoins, par moment, se défendre sur un mode **anal du premier temps (358)** : en effet, il fait preuve - à l'intérieur de la position soumise qu'il observe avec sa femme et son chef - d'un minimum de contrôle et aussi de maîtrise, qui transparaissent quand il me dit : « au bureau, je réclame qu'on m'explique bien la consigne, car je ne veux pas de remontrance par la suite, je veux que mon travail soit bien fait » et « à la maison, je dis souvent à ma femme d'arrêter de me harceler tout le temps car j'ai besoin de faire ce qu'elle me demande, en ordre, sinon je suis perdu »

Au delà de ce mode de défense, Maurice utilise en priorité un mode de défense par **clivage de l'objet (382) et identification projective (383)** :

Maurice est resté dans la position schizo paranoïde décrite par Mélanie Klein, la Mère – et même les deux parents- restant encore aujourd’hui, le mauvais objet.

Maurice critique ses parents, c’est d’ailleurs les seuls moments de l’entretien où son visage s’anime, il leur en veut de s’occuper et prendre en charge son frère schizophrène et sa sœur immature.

Cela l’amène à vouloir empêcher ses parents d’exercer leur propre liberté à l’égard de leurs enfants, Maurice me dit : « je fais des descentes chez eux, pour leur interdire de financer mon frère et ma sœur, et les obliger à dire à ma sœur d’arrêter de coucher avec tout ce qui bouge »

Maurice est là, dans un système d’identification projective, comme s’il voulait contrôler sa Mère de l’intérieur, son fantasme étant probablement de s’introduire à l’intérieur de la Mère pour la contrôler.

Je remarque que l’aspect financier de l’aide donnée par les parents aux enfants, retient pour une grande part l’attention et l’animosité de Maurice contre ses parents.

Axe 2 A : traits de caractère :

Maurice parle de peur et surtout d’angoisse quand nous évoquons le cyclisme et la natation, démontrant par là un certain **trait de caractère phobique (400)**, mais son trait le plus saillant est sans doute le **trait de caractère oral (405)** : Maurice ne peut pas se passer de la présence de sa femme, qui, pourtant, le tyrannise, ou plus exactement il craint de la perdre et fait tout ce qui lui est possible pour la satisfaire ; il a même renoncé à toute relation sexuelle depuis plusieurs années, à sa demande.

Maurice réagit en mangeant et en développant une addiction à l’ordinateur et à la télévision ; il est continuellement devant son écran au bureau, et il me dit que tout le temps disponible à la maison, hors travaux demandés par sa femme, est consacré à la télévision et l’ordinateur.

Axe 2 B : Activités sublimatoires et oniriques.

Maurice n’a aucune activité artistique, sociale, spirituelle, sportive ou culturelle, il dit ne pas rêver.

Axe 2 C : comportements et manifestations corporelles dans la relation.

Comme nous l'avons déjà vu, les décharges de Maurice se font essentiellement à travers ses comportements addictifs et son activité de bricolage, sur **un mode masochique (457)**.

Pendant tout l'entretien son attitude fut très peu démonstrative, pas de manifestations vago-sympathiques **(453)** : ni rire, ni pleur, ni mimique ne sont venus ponctuer son discours ; seules quelques expressions d'agacement et de rancœur s'exprimeront lorsque Maurice parlera des reproches qu'il fait à ses parents.

En ce qui concerne enfin sa sexualité, la aussi, aucune **décharge sexuelle génitale (464)** n'est possible puisque Maurice a accepté d'y renoncer, depuis plusieurs années maintenant, et jusqu'à nouvel ordre.

Axe 3 : expression des affects

La gamme des expressions émotionnelles de Maurice est extrêmement réduite, mais il n'est toutefois pas possible de parler d'alexithymie, même si Maurice recourt à l'action pour éviter et résoudre les conflits, même si chaque événement est décrit avec maints détails et même si Maurice est incapable d'exprimer verbalement ses sentiments.

Axe 4 : environnement familial, socioprofessionnel, et données personnelles récentes.

L'**environnement familial** de Maurice a toujours été très **perturbé (601)**, petit, Maurice est placé en famille d'accueil tant le milieu familial est jugé nocif pour l'enfant, puis, tout au long de sa vie en orphelinat et par la suite, ses rapports avec ses parents et sa fratrie seront conflictuels avec les uns, quasiment inexistantes avec les autres (à la petite exception près du frère cadet).

Du côté de sa famille « actuelle », la vie à la maison est extrêmement tendue : invectives permanentes de sa femme à son égard, disputes récurrentes entre sa fille et sa femme, comportement autodestructeur de son fils .

L'**environnement socio professionnel** est plutôt plus **stable (602)** même si Maurice y ressent de la pression. Il regrette la **rupture (605)** due à l'invalidité, car il se dit « mieux » au bureau qu'à la maison.

Axe 5 : évaluation de l'état psychosomatique :

Maurice se dégrade, ses atteintes pulmonaires, cardiaques et endocriniennes sont là pour le démontrer et il est à prévoir que cette dégradation va se poursuivre, Maurice exprimant sur un mode psychosomatique son impossibilité à élaborer mentalement sa vie et les événements qui la constituent.

Pour conclure avec l'état psychosomatique de Maurice et établir un diagnostic quant au niveau de risque qu'il encourt, je fais les hypothèses suivantes :

Je pense qu'il y a chez Maurice une insuffisance fondamentale de l'appareil psychique, une grande faiblesse du Moi, par carence narcissique très importante, une absence de Surmoi auquel sa femme, probablement, « sursoit » ;

En effet, la problématique oedipienne ne s'étant pas développée chez Maurice, il y a obligatoirement absence du Surmoi, ce dernier étant l'héritier du complexe d'oedipe.

Maurice a une vie tout à fait opératoire, il n'a plus d'activité sexuelle et ne travaille plus qu'à mi temps, ce qui diminue de manière importante ses possibilités de décharge des pulsions.

La décharge se fait alors dans des comportements qui sont quasiment addictifs, les excitations ne sont pas mentalisées, ce qui ne permet pas à Maurice de résoudre ces débordements par élaboration mentale.

Compte tenu de ces critères je pense que Maurice est en cotation 3, tant en ce qui concerne le fonctionnement psychique que la prévalence des comportements.

Du côté de la capacité d'expression des affects, la cotation serait de 2, correspondant à une répression des affects.

Enfin la capacité de relations à l'environnement est très peu élevée et en présence de cette altération importante la cotation serait de 5.

Ces résultats m'amènent à penser que Maurice est un patient à risque élevé : en effet l'évaluation du fonctionnement psychique étant de 13, le risque somatique de : 4 (antécédents de cancer en 1995, d'infarctus avec pose de stent en 2001 et, actuellement : surpoids, cholestérol, et sucre dans le sang), cela porterait l'évaluation globale du fonctionnement psychosomatique à 17, classant Maurice dans la zone de risque élevé à très élevé.

Compte tenu de l'analyse faite à partir de l'entretien que j'ai eu avec Maurice, je pense que ce patient peut être diagnostiqué comme ayant une **névrose de comportement** ; soit S 131.

(ou 170 selon la nouvelle nosographie de J.B. Stora (02/2009)).(Annexe 2).

En effet, on retrouve chez Maurice les caractéristiques de la névrose de comportement telle que décrite par le Pr. J.B. Stora dans une note du 3 juillet 2007 élaborée à partir des travaux de P. Marty et des siens propres :

Selon P. Marty, « nous sommes – dans cette névrose- en présence d'une absence de la chaîne centrale de fixation avec une carence de la ligne évolutive latérale ». (schéma annexe 3).

Pour P. Marty, les appareils psychique et somatique se construisent en constante interrelation ; le génétique suit automatiquement son devenir, l'aspect psychique, lui, se développe dans l'interrelation Bébé- Mère, le faisceau central de fixation (annexe 2) montre bien cette intrication- à chaque stade - du développement biologique et psychologique.

Pour le Pr. Stora, qui reprend la théorie freudienne, à chaque fois qu'il y a traumatisme, il risque d'y avoir désintrication pulsionnelle, avec une atteinte qui peut devenir mortifère.

Bien entendu, dans tout ce processus, la qualité de l'épaisseur de l'appareil mental et de son organisation sont déterminantes, or en ce qui concerne la névrose de comportement, le fonctionnement de la première topique étant mal assuré (faiblesse du Préconscient), en conséquence, la deuxième topique n'est pas établie.

Dans cette névrose il n'existe pas de conflit intrapsychique , le conflit se jouant avec les objets externes , pas de culpabilité non plus, ni d'activité fantasmatique, mais, à la place de cela, une vie faite de factuel et d'actuel.

Une relation en profondeur avec ce type de névrosé est vraiment difficile, puisqu'il y a pratiquement absence d'élaboration mentale.

Dans ces conditions les décharges pulsionnelles n'ont que les comportements pour s'écouler et toutes les manifestations impulsives, non réfléchies, non élaborées, de l'individu passent donc dans les comportements, expression directe de l'activité de son inconscient.

Autrement dit, dans cette névrose la sensori-motricité est la voie la plus directe des décharges pulsionnelles de l'inconscient; les intérêts des névrosés de comportement sont directement attachés à ces fonctions.

On retrouve ici comme une fixation aux premiers stades du développement psycho sexuel, ce que P. Marty a étudié, en mettant au point le concept d' « identification motrice primaire » qui

visé à donner à la sensori-motricité un rôle de premier plan au cours des premières phases du développement de l'enfant dans la construction de sa relation d'objet.

L'origine de cette névrose- et donc de l'insuffisance de l'organisation de la psyché- se trouve en partie, explique P. Marty, dans une déficience permanente ou passagère, en tous cas précoce, de la fonction maternelle, le système de pare excitation jouant, en l'occurrence, un rôle particulièrement important. (Ici : incapacité de la Mère de Maurice, dépressive, de jouer ce rôle de pare excitation).

Nous pouvons attribuer la décharge motrice au manque d'intériorisation de l'objet ;

J.B. Stora explique- dans une note du 3/07/2007 destinée à ses étudiants que :

« Dans la névrose de comportement nous sommes en présence d'un fonctionnement du sujet qui a des difficultés de liaison à l'objet pour des raisons qu'André Green a développé sous l'appellation de « Mère morte » ; l'équilibre psychosomatique consiste alors en une voie de décharge motrice simple afin d'éviter toute désorganisation post-traumatique. Dans la névrose de comportement l'objet est irrémédiablement externalisé accompagné de difficultés d'investissements pulsionnels ; de nombreux problèmes se poseront au sujet, liés à l'absence d'objet ou bien à un objet externe insuffisant dans sa relation empathique. On doit comprendre que si l'objet externe fait défaut, alors le mouvement identificatoire ne peut remplir son rôle et le quantum d'excitations s'accroît avec comme conséquence une désorganisation somatique.

La névrose de comportement repose sur une définition purement économique d'une lutte contre la désorganisation entreprise par le Moi dans sa recherche constante de liaison à un objet externe pour pouvoir établir des liaisons vitales, car, dans le cas contraire, la composante mortifère va se manifester. On peut comprendre le rôle joué par les réponses motrices à une sensorialité maltraitée par la carence du milieu qui font obstacle au traumatisme en l'empêchant de s'établir ; le comportement est donc un premier système de défense face au traumatisme du premier temps de la vie. »

Seul le cadre externe permet au sujet de trouver un équilibre, en l'absence de celui-ci, il risque des troubles somatiques.

Ces malades ne sont pas toujours faciles à diagnostiquer, car, dans le cadre de l'entretien, le dialogue est plutôt facile, le patient écoute et perçoit bien ce que dit le thérapeute, répond par un discours parfaitement adapté et fluide, qui cache, en fait, sa fragilité et sa dépendance. Il

faut bien voir que ce discours qui enchaîne récits, faits et anecdotes ne sont pas accompagnés de réflexions intérieures, de remarques appréciatives, aucune élaboration n'ayant lieu.

Ni intériorisation, ni réjection ne viennent troubler cette vie opératoire.

En cas de demande de travail thérapeutique, le thérapeute doit assurer, ici, une fonction maternelle et mettre en œuvre les moyens qui vont permettre de rétablir un fonctionnement psychique satisfaisant, afin que les fonctions somatiques soient protégées.

Enfin, nous retrouvons dans le cas de Maurice les influences du système hypothalamo hypophysaire dont il était question en début de ce mémoire.

Il semble que l'on puisse faire un lien entre la faible épaisseur du préconscient, une désorganisation psychique - avec, sans doute, une dépression qui s'amorce-, le « décrochage » de l'objet par trop persécuteur et une défaillance de l'autorégulation de l'axe hypothalamo hypophysaire, qui se traduit au niveau du syndrome métabolique par des taux insuffisants ou trop élevés par rapport aux normes en ce qui concerne le cholestérol et le sucre.

Ainsi nous pouvons nous demander si le CRF (Cortico releasing factor) n'est pas endommagé, en conséquence du stress permanent sous lequel vit Maurice.

C'est alors l'axe hypothalamo hypophysaire et cortico surrénalien qui prennent en charge le débordement des excitations.

Selon A.R. Damasio les événements de vie et les émotions sont encodés dans le système limbique, là où se trouvent l'hippocampe et l'amygdale.

En effet, comme déjà dit plus haut, le stress est mémorisé au niveau des glandes de l'hippocampe et de l'amygdale, activant l'hypothalamus, ce qui libère les corticoïdes qui, eux-mêmes entraînent des phénomènes inflammatoires, et déprimeurs sur le système immunitaire.

Maurice me dira en fin d'entretien qu'il ne se sent absolument pas concerné par ces trois jours d'examen et que s'il est ici c'est parce que sa femme l'y a obligé.

Je crains que Maurice, compte tenu de cette névrose de comportement, de cet épisode dépressif dans lequel il entre, avec apparition d'angoisses, de son antécédent oncologique, soit en phase de désorganisation progressive et qu'aucune barrière latérale ne vienne plus stopper ce mouvement ;

Selon Pierre Marty, « les affections somatiques qui répondent finalement aux désorganisations progressives se rangent, dans leur ensemble, sous les titres de maladies cardio-vasculaires, maladies auto-immunes et cancers ».

Autant de maladies qui mettent en jeu le pronostic vital.

GABRIELA

Vignette clinique

Gabriela , jeune femme brésilienne née le 2 décembre 1970, est âgée de 38 ans, mesure 1,56m et pèse 75 kgs ce qui porte son IMC à 31.

Gabriela est hospitalisée pour un bilan car, lors d'une visite gynécologique il y a un an, il a été découvert que son taux de glycémie était trop élevé , or, malgré un régime observé depuis, le taux n'a pas baissé et le poids de la patiente, lui, a augmenté.

Gabriela est donc sous surveillance pour hypertriglycémie majeure dans un contexte de surpoids accompagné d'une hypo HDLémie.

TG 2,46. HDL :0,23. LDL : 1,20. (Mère diabétique)

Gabriela , après un moment d'hésitation se laisse aller à l'entretien ; son regard est extrêmement triste avec quelque chose de suppliant et , pendant ce temps d'investigation , beaucoup d'émotions seront réprimées avec des larmes très vite essuyées.

Gabriela est l'aînée d'une fratrie de six enfants, 3 enfants d'un premier mariage, puis 3 d'un second mariage, les deux pères étant actuellement morts.

Gabriela a vécu au Brésil une enfance misérable tant sur le plan matériel qu'affectif, entre une Mère dépressive et addict aux jeux et un Père qu'elle n'a quasiment pas connu.

Gabriela refuse de savoir qui était cet homme ; elle a compris qu'il faisait beaucoup souffrir sa Mère, sans savoir exactement ce que sa Mère a subi, mais elle sent, à des allusions de cette dernière que des choses terriblement dures se sont passées et elle ne veut pas en savoir plus.

Alors que Gabriela avait 2 ans et demi, sa Mère déposa son 3 ème enfant, un garçon qui était alors tout nouveau né, chez une grand Mère, puis s'enfuit du domicile conjugal avec Gabriela et sa sœur.

Un peu plus tard, le Père meurt et la Mère se remarie avec un homme avec qui elle eut 3 filles en 3 ans, la dernière ayant 10 ans de moins que Gabriela.

Gabriela pleure à l'évocation de ce beau père dont elle me dira qu'elle en a subi les attouchements (à partir de 6 ans ?) et redouble de pleurs en racontant que sa Mère n'a jamais

voulu la croire quand elle est venue se plaindre de la situation. Quelques temps plus tard, Gabriela fera à nouveau une tentative, en parlant cette fois à une de ses tantes, qui interviendra auprès de la Mère, toujours sans succès.

Gabriela exonère sa Mère de toute responsabilité, et a, vis-à-vis d'elle, des paroles très protectrices, « tant mon Père l'a faite souffrir », mais, néanmoins, la considère comme totalement irresponsable et se fait un devoir de prendre en main la maisonnée.... Comme si elle se faisait la Mère de sa Mère.

Dès l'âge de 13 ans, elle commence à entreprendre des petits travaux (ménage et menus services) et rapporte de l'argent à la maison (que, bien souvent, sa Mère dilapide aux jeux) et surtout, elle fait tout ce qu'elle peut pour éloigner les petites sœurs de son beau père.

La Mère partira plusieurs années (date ? Gabriela dit : « j'étais déjà grande ») laissant les cinq filles se débrouiller toute seules.

En décembre 2006, alors que Gabriela accepte d'accompagner en France une petite fille qui devait y rejoindre ses parents récemment immigrés, elle passe quelque temps dans cette famille et y rencontre un homme dont elle tombe amoureuse...

Gabriela décide de rester en France, et voilà donc 2 ans et demi qu'elle y vit avec son ami sans jamais être retournée dans son pays.

Faute de moyens financiers suffisants, le couple vit chez les parents français du garçon, qui ont bien accueilli Gabriela.

Gabriela est très déprimée, elle retient sans arrêt des larmes de souffrance, de découragement, je la sens lasse de cette vie, perdue dans ce nouveau pays où elle n'a ni permis de travail, ni logement à elle ; elle ne se sent pas chez elle ; l'adaptation est difficile, malgré un apprentissage de la langue relativement bien avancé.

Gabriela semble aller vraiment mal, elle vit totalement coupée de ses racines, me dit que sa famille lui manque beaucoup, ressasse sans arrêt l'idée que ses trois sœurs ont encore bien besoin d'elle. Elle leur téléphone souvent, et chaque fois qu'une sœur fait part d'un ennui, Gabriela lui explique que : « c'est ça la vie ».

Gabriela se sent inutile, le matin elle fait quelques ménages chez des particuliers, elle m'explique à ce propos qu'elle aime énormément trier, ranger, nettoyer, qu'elle considère que chaque chose à une place et que chaque chose doit être à sa place .

Elle apprécie hautement que tout soit propre et bien rangé. (le dossier médical m'apprendra que Gabriela fait des allergies à la poussière !)

L'après midi, Gabriela reste à la maison range, nettoie, et ensuite, regarde la télévision, exclusivement des chaînes françaises dans le but d'apprendre la langue tout en étant occupée.

A la suite de l'entretien, le dossier médical m'apprend que Gabriela et son ami désirent un enfant et que depuis 7 mois, Gabriela ne prend plus aucune contraception.

Alors que Gabriela m'avait expliqué que sa prise de poids avait été très progressive, le dossier médical m'apprendra que Gabriela, âgée de 20 ans, pesait 55 kgs et qu'à partir de 1995, alors qu'elle atteint 25 ans, elle a pris brutalement beaucoup de kgs pendant 6 mois, puis a continué progressivement cette montée de poids. Gabriela n'a pas évoqué cette prise brutale en 95.

A son arrivée en France elle pesait 72 kgs et, actuellement, 75 kgs.

Gabriela ne rêve pas, la seule chose dont elle se souviens est d'avoir rêvé à plusieurs reprises, qu'elle volait comme un oiseau.

Pour étudier ce cas, j'ai préféré me laisser guider par l'expression des affects de Gabriela, par son récit de l'histoire familial, passée et actuelle, ses comportements dans la relation interpersonnelle, ses traits de caractère, et le type de défenses qu'elle mobilise, enfin, sa relation d'objet ;

Autrement dit, les références que je prends dans la grille établie par Mr.J.B. Stora sont, ici, quasiment inversées par rapport au cas précédent.

EVALUATION PSYCHOSOMATIQUE

Dès que j'entre dans sa chambre, Gabriela m'impressionne par tout ce qu'elle exprime en elle-même de douleur (512) de lassitude, de fatigue (511) à travers un regard triste et une posture très voûtée qui donne la sensation qu'elle porte un grand poids sur les épaules ; tout au long de l'entretien Gabriela exprimera peu ses affects, les larmes seront vite réprimées dès qu'elles apparaîtront, (elle me demande à plusieurs reprises d'excuser ses larmes qu'elle s'empresse d'essuyer) , on est ici, de toute évidence, dans un système de répression assez fort des affects.

Du côté de l'environnement familial de Gabriela, la situation a toujours été très perturbée pendant l'enfance, situation qui fut renforcée récemment par la rupture soudaine, non préparée, d'avec ses racines, du fait de son installation en France (604), et aggravée par la quasi absence d'environnement professionnel, ce dont souffre Gabriela.

Je dirais qu'actuellement le déracinement de Gabriela, le manque d'indépendance et d'intimité qu'elle éprouve - sa vie privée se déroulant sous le même toit que les parents de son ami-, la rupture avec sa famille, ses amies, sa culture, l'obstacle de la langue, renforcent considérablement sa difficulté de relation, la mettant dans une situation d'altération importante quant à sa capacité de relation à l'environnement.

De plus, Gabriela n'a aucune activité artistique, culturelle, sportive, associative... qui viendrait enrichir sa vie ; elle décharge toute son énergie dans les comportements : nettoyage chez des particuliers, nettoyage chez les parents de son ami, enfin télévision qu'elle regarde chaque fin d'après midi et chaque soir (457).

La prévalence des comportements est donc assez forte chez Gabriela.

Pendant l'entretien, beaucoup de pleurs la secouent, autant de manifestations vago-sympatiques (453) qui témoignent d'un surplus d'excitations qui ont du mal à être élaborées.

L'enfant, puis l'adulte, est en mesure de pouvoir décharger l'afflux et le trop plein de tensions, en les élaborant, à condition que la Mère lui ait appris à le faire en mettant des mots

sur ce qui arrive à l'enfant au moment où cela lui arrive. Or une Mère dépressive est dans l'incapacité de faire ce lien , et dans l'incapacité donc, de protéger l'enfant contre une surcharge d'excitations.

La Mère de Gabriela n'a sans doute pas su mettre en place la fonction de pare excitation, fonction qui est celle d'un filtre : éviter l'irruption à l'intérieur du psychisme de l'enfant de stimuli trop violents pour lui, et qu'il ne peut donc, seul, maîtriser. La Mère « good enough » protège son bébé d'une surcharge de stimuli, qu'elle vienne de l'extérieur ou de l'intérieur de lui-même, en lui permettant de les décharger.

Nous voyons qu' en ce qui concerne Gabriela, sa Mère ne saura pas non plus quelques années plus tard la protéger des attouchements pratiqués sur la fillette par son mari. Comme nous le dit J.B. Stora « la façon dont un Moi donné est structuré et organisé est déterminée par la manière dont les stimuli venant de l'extérieur et de l'intérieur auront été maîtrisés ».

Malgré cette défaillance maternelle, Gabriela n'a jamais pu se mettre en colère contre sa Mère, la salir, et ses besoins de rangement viendraient en contre investissement, comme une formation réactionnelle **(385)** défense directement en opposition avec la réalisation du désir.

Gabriela idéalise **(393)** totalement sa Mère dont elle fait une quasi martyre.

Cela passe par un clivage de l'objet **(382)** mécanisme de défense qui permet de garder séparé le bon objet du mauvais objet et qui est, en conséquence, à la base de l'idéalisation, mécanisme par lequel l'objet, en l'occurrence la Mère, est mis sur un piédestal.

Un autre mécanisme de défense utilisé par Gabriela est l'identification à l'agresseur, **(394)** ; Gabriela me dit ressentir de la honte alors qu'elle me parle des attouchements du beau père, reprenant ainsi, à son compte, la honte qui devrait appartenir à l'agresseur et à lui seul.

Gabriela connaît des angoisses diffuses **(200)** et semble être à la limite- où même en début de dépression **(204)**- tant le changement de pays et la solitude que cela induit semblent la mettre dans un état de trauma permanent **(209)**.

Gabriela porte toujours en elle, de manière très douloureuse le trauma **(210)** des attouchements du beau père. La encore, on peut dire que la Mère n'a absolument pas joué un rôle protecteur, et l'a même refusé.

Gabriela a du mal à parler de son passé, a souvent des difficultés pour retrouver des dates , s'embrouille entre les deux pères de la fratrie et n'a aucun souvenir d'enfance précis à raconter, ce qui montre d' une part une certaine irrégularité du fonctionnement mental **(217)**

mais aussi des lacunes du système préconscient **(161)** : Malgré tout cela, on peut dire que chez Gabriela, la pulsion de vie est toujours à l'œuvre, c'est elle qui, durant toute l'enfance et la jeunesse l'a poussée à vouloir sauver ses sœurs, c'est elle qui, encore aujourd'hui, la pousse à vouloir se donner de vivre une vie amoureuse, d'apprendre la langue française et aussi, bien sûr, ce que je découvrirai après l'entretien, de désirer un bébé...

Il semble qu'il y ait, à ce niveau, et de par cette volonté de continuer à investir la réalité, une intrication pulsionnelle qui reste en place.

En ce qui concerne les points de fixation et régressions, je pense que Gabriela est fortement fixée à l'oral, ce qui l'empêche de descendre plus bas dans la régression. La prise de poids empêche la désorganisation et, grâce à une petite fixation anale, elle peut se maintenir dans le mouvement.

Ce trait de caractère obsessionnel (406) se retrouve dans ses activités d'ordre et de nettoyage qui viennent en réaction contra-phobique et lui servent ainsi de pare-excitation.

La problématique de Gabriela se situe au niveau du Moi ; la relation d'objet n'est pas assez solide **(151)** pour que Gabriela puisse agresser sa Mère et, en conséquence, elle défend cette dernière.

L'importance qu'elle semble donner à ses sœurs auxquelles elle « s'accroche » depuis qu'elles sont petites jusqu'à maintenant, a probablement aidé Gabriela à trouver un équilibre en l'absence d'intégration de l'objet premier ;

Gabriela accuse quelques traits narcissiques : cette volonté de sauver ses sœurs de la misère et du malfaisant beau père, de s'en occuper elle-même en lieu et place de la mère irresponsable : « je me disais tout le temps : je vais sortir mes sœurs de là », d'être la seule à pouvoir bien les conseiller...est du domaine d'une certaine toute puissance narcissique- en effet non seulement elle aide ses sœurs mais elle fait mieux que sa Mère !- toute puissance que l'on retrouve dans son rêve, où elle vole, tel un oiseau, rêve typiquement narcissique, révélateur de soi grandiose, désir d'état élationnel.

Cette toute puissance va de pair avec un Idéal du Moi très développé, qui, lui-même est à l'origine de son système de « devoir- contrainte » vis-à-vis de ses sœurs.

L'économie libidinale de Gabriela semble avoir été fixée en phase orale, en effet il y a peu de jouissance anale chez cette femme, ou uniquement réactionnelle (ni rejet de la Mère, ni colère) ni aucun investissement génital : ni sublimation, ni investissement créatif.

Il y a également une dimension masochique chez Gabriela qui s'exprime directement dans cette phrase : « c'est ça la vie » dès qu'elle commente un événement douloureux ; elle

répétera plusieurs fois cette phrase au cours de l'entretien, comme une espèce d'acceptation fataliste de la souffrance.

La douleur est probablement du côté de la vie et entretient ce masochisme qui reste un masochisme de vie, **(160)** ne donnant pas lieu à une situation de désintringation pulsionnelle. Gabriela est en quête d'amour, son regard suppliant dit son manque ; l'objet premier ne lui ayant pas été donné , Gabriela est à la recherche du regard de l'autre, le sien n'ayant sans doute pas pu se refléter positivement dans le regard de sa mère, et ainsi, narcissiser le bébé qu'elle était.

En effet, le bébé qui se retrouve dans l'impossibilité de se voir dans le regard de la Mère, ce qui est bien souvent le cas avec une Mère dépressive, se trouve également dans l'impossibilité de se constituer, la Mère n'étant capable de communiquer à l'enfant que des signaux de stress ; nous savons que l'enfant grandit par identification à l'objet, comment s'identifier à un objet défaillant et fortement carencé ?

Actuellement, Gabriela semble trouver ce soutien qu'elle recherche auprès de son Ami : l'amour qu'il lui donne va sans doute la renarcissiser pour un temps.

En revanche, il est à craindre que son désir de grossesse soit, pour l'instant, difficilement réalisable.

Le dossier médical indique que Gabriela a arrêté toute contraception depuis 7 mois, sans résultat. Un problème de dysfonctionnement hormonal est donc à craindre, problème qui me semblerait pouvoir être relié à la difficulté d'identification de Gabriela à sa Mère, à sa propre immaturité psychique en rapport avec l'histoire de sa Mère, et, bien sûr, à l'implication des attouchements subis .

En effet compte tenu de l'histoire de Gabriela on peut assez facilement émettre l'hypothèse d'une perturbation hormonale lors du développement de la sexualité, accompagnée d'une profonde perturbation de l'identité sexuelle psychique féminine, ce qui compromettrait de manière importante, la grossesse désirée.

Comme nous l'explique J.B. Stora : 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 ;

Compte tenu de cette évaluation psychosomatique et pour en donner une appréciation plus précise, je pense pouvoir attribuer les cotations suivantes aux différents axes de la grille :

Concernant les mécanismes psychiques de Gabriela : 2

La prévalence des comportements : 3

La capacité d'expression des affects : 2

La capacité de relation à l'environnement : 5

Le risque somatique : faible à moyen,

Le tout amenant Gabriela à une zone de risque élevé.

Compte tenu de cette analyse, faite à partir de l'entretien que j'ai eu avec Gabriela, et son dossier médical, je pense que Gabriela ressort d'une névrose de caractère soit 142 selon la nosographie 02/ 2009 de J.B. Stora, névrose qui est plus organisée que la névrose de comportement dont nous parlions pour Maurice, dans le sens où le sujet a d'avantage de défenses.

Si, comme l'affirme A. Green, les problèmes de narcissisme se trouvent au premier plan dans les névroses de caractère, ce sont en fait les défenses de caractère et leur importance, qui déterminent la névrose en question.

Dans ce type de névrose, le conflit se traduit par des traits de caractère, des modes de comportement et toute une organisation pathologique de la personnalité, et non par des symptômes nettement repérables.

Si les formations réactionnelles prédominent – comme l'explique J. Laplanche- « la caractère peut apparaître lui-même comme une formation essentiellement défensive, destinée à protéger l'individu contre la menace pulsionnelle et contre l'apparition de symptômes ».

Ces névroses sont un peu mieux organisées que les névroses de comportement ;

Mais, bien qu'organisées autour d'une chaîne centrale de fixations , elles présentent souvent des systèmes de fixation-regression mal assurés , en rapport avec un potentiel vital inégal et variable.

P. Marty. explique que la névrose de caractère occupe une place intermédiaire entre la névrose mentale et la névrose de comportement ; elle se distingue de la névrose mentale par la relative fragilité des fixations ; elle ne repose pas, malgré les apparences, sur une organisation

solide de la seconde phase anale. Dans cette névrose, la première topique, sujette en elle-même aux désorganisations, fonctionne de manière irrégulière dans le temps.

Les névrosés de caractère sont beaucoup moins sensibles aux désorganisations que les névrosés de comportement.

Et P. Marty ajoute, dans « les mouvements individuels de vie et de mort » :

« Les désorganisations progressives qui surviennent facilement et sont attendues dans les névroses de comportement sont particulièrement redoutables car imprévues dans les névroses de caractère. »

Et enfin :

« Les névroses de caractère peu organisées dans leurs défenses mentales et les névroses de comportement constituent les proies désignées des maladies somatiques ».

ANNETTE

Vignette clinique

En entrant dans la chambre d'Annette je trouve une femme a la mine triste, le regard terne ; elle pleurera plusieurs fois pendant l'entretien, elle semble accablée, sans tonus ;

Née en 07/1954, Annette a 55 ans, pèse 122 kgs, et mesure 1,65m.

Avec un IMC de 46, Annette est donc en état d'obésité, cette obésité étant accompagnée de cholestérol, et dyslipidémie mixte depuis 1998.

Le poids d'Annette était de 59 kgs à 18 ans, il est monté jusqu'à 79 kgs en fin de grossesse, pour redescendre à 62 kgs à 20 ans. A partir de cet âge, la prise fut progressive, à part une prise rapide de 35 kgs entre 89 et 92, période où la malade, comptable dans une entreprise, se dit jalousee et harcelée par la femme du patron qui obtiendra son licenciement. Pendant toute cette période, Annette est sous anti dépressif. C'est également pendant cette période qu'elle découvre que son mari a une maîtresse.

A partir de 98, année de la mort de sa Mère, elle sombrera dans un alcoolisme actif (1 litre de whisky/ jour entre autres boissons, m'apprendra le dossier médical) et un tabagisme effréné.

A cette époque, Annette sera plusieurs fois hospitalisée pour fracture du bras, du poignet, de la face.

Ajouté à tout cela : asthme, appendicite, triple scoliose, arthrose, tendinites, 5 TS entre 90 et 98, et, à partir de 2008, hyperthyroïdie de Basdow, font du dossier médical d'Annette une longue liste de souffrances .

Les antécédants familiaux sont faits de diabète chez le Père, cancer du pancréas chez la Mère et problèmes thyroïdiens chez une des sœurs.

Annette est actuellement sous Efflexor, Lexomyl, Stilnox et Théralène, et voit tous les 15 jours un psychothérapeute.

En ce qui concerne son enfance, Annette est la dernière d'une fratrie de cinq filles, elle ne dira pas grand-chose de ses parents sauf que son Père l'a toujours considérée comme une petite fille et que sa Mère était la plus extraordinaire Maman qu'on puisse avoir : « elle était tout pour moi, vivre sans elle n'a plus de sens ».

Enceinte à 18 ans, Annette doit se marier ;

Elle se plaint d'être et d'avoir été maltraitée par un mari qui la trompe et la bat, par un patron qui l'a harcelée et licenciée, par la vie qui lui a enlevé sa Mère.

Annette ne rêve pas, elle cauchemarde, elle ne saura pas me raconter un de ses cauchemars.

EVALUATION PSYCHOSOMATIQUE

Annette est restée dans la fusion des premiers temps. Elle n'a pu se séparer de sa Mère et a toujours entretenu avec elle, une relation de totale symbiose, continuant, à l'âge adulte, à éprouver beaucoup de douleur à la moindre séparation « quand elle partait en vacances, je pleurais des journées entières »... « ne pas la voir était insupportable », « maintenant qu'elle est morte rien ne me retient, je n'ai plus rien à perdre ».

Cet état de non différenciation a eu et a toujours de lourdes conséquences sur la personnalité d'Annette, qui n'est pas autonome, dans le sens où il y a peu de limite entre elle et le monde extérieur, ce qui engendre :

- une grande intolérance à la moindre frustration
- une incapacité à différencier le Moi de l'Autre, l'intérieur de l'extérieur, tout semble confondu, aucune distance à l'autre comme si Annette se sentait toujours intrusée dans la relation. P. Marty disait de l'individu oral : « il reçoit et il donne, il est lui et il est les autres, les autres sont aussi lui »
- des sentiments tels que : la recherche de l'estime de soi, la perfection et la toute puissance. (le cri de la faim chez le nourrisson, suivi de la satisfaction, constitue la base de sentiment de toute puissance et serait un stade archaïque du sens de la réalité).

Ce n'est qu'après la phase dépressive du 9^{ème} mois (M. Klein) que l'objet est en place ; à ce stade , l'enfant a la capacité de supporter l'absence de sa Mère car, ayant introjecté l'objet en lui, la séparation devient vivable.

Annette n'a pas atteint cette phase sur le plan de maturation psychosexuelle, elle peut vivre , bien sûr, mais pour cela, il lui faut des objets externes.

Cette notion de relation d'objet est au cœur de la relation avec les patients, dans la mesure où elle est déterminante dans l'évaluation de la solidité de leur structure psychique , qui, elle-même, permet d'appréhender les possibilités d'adaptation du patient.

R. Spitz, dans son livre : « De la Naissance à la Parole » apporte beaucoup d'éclairages sur cet objet, sa manière de se développer dans la psyché, et les processus perturbant l'introjection de l'objet maternel dans la psyché de l'enfant.

Les points que je retiens pour ce mémoire sont essentiellement :

- Dans un premier temps, que Spitz nomme cénesthésique, et qui est dominé par le principe de plaisir, tout n'est que « réception » chez le bébé , réceptions sensorielles qui créent beaucoup d'excitations, excitations que la Mère essaie de modérer en y mettant des paroles , en répondant à l'enfant.

Ici, dès le début de la vie on voit que tout l'humain est en jeu : la réception concerne l'ensemble des cortex sensoriels, le système nerveux autonome, les viscères, la peau, tout l'organe bucco pharyngé, bref... l'organisation biologique, neurologique et toute l'organisation psychique induite par la Mère ou son substitut.

Si la consolidation de cette étape ne se fait pas, le développement de l'appareil psychique s'arrête à un point qui deviendra un point de fixation- régression.

- Puis, vient la phase que Spitz nomme diacritique, qui signe l'organisation de la perception (phase plus active que la phase de réception).

Progressivement dans la relation à la Mère, et à travers la satisfaction ou non de ses besoins, le bébé va développer des affects de plaisir et de déplaisir.

C'est la phase où le bébé va commencer à intégrer l'objet -en bon ou en mauvais, selon la réponse satisfaisante ou non, pour lui, que la Mère apporte- objets qui, petit à petit vont fusionner pour se rassembler en une seule image de la Mère.

Toutes ces étapes et événements, affectivement chargés, s'enregistrent, s'encodent, constituant des traces mnésiques qui vont devenir plus tard des représentations mentales.

Ces traces mnémoniques permettront à l'avenir de « reconnaître » l'apparition d'événements ou d'émotions s'y rapportant.

Nous voyons qu'Annette en est restée au tout début de la relation dans un état d'indifférenciation, qui correspond à peu près à celui du narcissisme primaire.

Le Père n'a pas joué son rôle de séparateur et, a toujours considéré Annette – dernière des cinq filles- comme la « petite » ; la réduisant à cet état de petite fille, il ne lui a pas permis d'advenir à un état de femme. Annette n'a jamais pu se détacher de sa Mère et aller vers son Père.

Cette relation anobjectale, engendre un Moi faible, carencé.

Annette est à la recherche du paradis perdu « c'était si formidable quand elle était encore en vie » ! elle illustre les explications de Bela Grunberger sur l'état élationnel qui constitue une homéostasie parfaite : les besoins du fœtus étant automatiquement satisfaits, il est dans un équilibre parfait de bien être, ou ce que décrit A. Green sous l'appellation de narcissisme négatif, état qui va vers l'inexistence, le vide, le blanc...

C'est cet état narcissique non perturbé que semble rechercher Annette ; elle refuse le monde tel qu'il est, voudrait revenir au passé, se montre incapable de surmonter cette frustration du départ de sa Mère, ni les frustrations en général d'ailleurs.

On est ici dans une problématique du Soi ; le Soi, premier noyau constitutif de l'appareil psychique se met en place grâce à l'intégration narcissique organique ; une fois mis en place, il peut alors investir le Moi et en devient le noyau. Puis le Moi, à son tour, constitué, peut investir l'objet extérieur. C'est l'objet qui va permettre au Moi de se séparer et le noyau masochique, va se mettre en place, permettant de supporter l'absence, l'attente (l'inverse du « tout, tout de suite ») et organisant ainsi la résistance à la frustration.

Ici, aucune résistance à la frustration : il ressort du discours d'Annette que chaque renoncement qui lui est imposé est comme une injustice qui lui est faite.

De même que tout est donné gratuitement au fœtus tout devrait lui être donné, apporté, dans un système où tout lui est dû en réalité, la frustration est donc insupportable.

Pour combler ce manque et pouvoir survivre à la perte, Annette va rechercher un objet extérieur dont elle va pouvoir dépendre, en l'occurrence son conjoint.

Mais comme Annette n'a jamais pu se différencier de sa Mère, une fois la Mère morte, c'est comme si Annette entrait dans la phase scizo paranoïde. Elle clive l'objet, son mari devient le mauvais objet qui la sadise. De même Annette recherche dans l'alcool et le tabagisme des objets de substitution à la Mère, ou, plus exactement, elle cherche à ressentir à travers ces adjuvants les excitations sensorielles de la relation à la Mère dont elle ne peut se passer.

Cette Mère n'a pas su jouer le rôle de pare excitations, et Annette trouve cette protection manquante dans l'alcool qui a le pouvoir de faire baisser sensiblement les tensions, mettant l'individu dans un état « second » et jouant ainsi un rôle momentané de pare excitant.

La relation d'objet chez Annette peut donc se définir comme anobjectale **(150)**.

De plus Annette montre de sérieuses lacunes de l'organisation du préconscient **(161)** dans la mesure où ses représentations psychiques sont pauvres, réduites à une représentation factuelle de son histoire, sans beaucoup de nuance,

Annette investit dans le factuel et le comportement.

En ce qui concerne les états psychiques d'Annette, et ses événements de vie personnels, il paraît évident qu'Annette n'a pas élaboré le deuil de sa Mère **(203)**, et pourra t'elle un jour le faire ?

Joyce mac Dougall avance, qu'un temps prolongé de relation fusionnelle avec la Mère empêche « l'enfant de s'approprier psychiquement son corps, ses émotions, et sa capacité de penser et relier pensées et sentiments ».

Annette est toujours à la recherche de sa Mère comme d'un besoin de comblement narcissique que l'objet actuel ne peut satisfaire, elle-même n'ayant jamais pu par investissement libidinal du Moi, trouver en elle-même un objet d'amour et construire ainsi son intégrité narcissique.

De même Annette n'arrive pas à surmonter l'arrêt de sa vie professionnelle. Elle me dit s'être beaucoup donnée à ce travail « ne comptant pas ses heures ».

Elle y gravit plusieurs échelons avant que les problèmes ne commencent.

Ce désir de réussite, entretenu par un Moi Idéal fort, s'est cassé net et l'échec, transformé en blessure narcissique s'est sans doute transféré assez rapidement à la sphère somatique par débordement des excitations et incapacité d'élaboration .

D'ailleurs, après cet échec, Annette ne retravaillera jamais plus ; ce qui m'évoque la phrase de P. Marty : « représentant un « tout » d'invulnérabilité ou un « rien » sans possibilité de négociation, le Moi Idéal peut devenir mortifère ».

Alors les dépressions **(204)** s'enchaînent, et malgré les anti déprimeurs et anxiolytiques, Annette reste extrêmement triste, sans allant, pessimiste ; elle ressasse dans la plainte ses tentatives de suicide à répétition, son trauma professionnel **(213)**, et il semble qu'elle vive actuellement sous une pesée traumatique permanente **(209)** due à l'absence non acceptée du départ de la Mère et à la persécution ressentie fortement, en provenance du conjoint qui

« prend des décisions sans jamais m'en parler » « a vendu la maison sans mon accord » « a eu des maîtresses dans le passé »....

La pulsion de mort est à l'œuvre, les cinq T.S. (473) viennent d'ailleurs l'attester, les pulsions de vie et de mort se sont désintriquées (219).

Nous avons vu plus haut qu' Annette a une apparence masochique, se disant victime de tout et tous, sans vraiment réagir à ce sujet ; ce n'est pas ce masochisme qui la rend malade, mais bien plutôt la pulsion de mort qui devient active quand le masochisme n'arrive plus à l'intriquer à la pulsion de vie. Annette semble en être à ce stade où la pulsion de mort va vers son but : détruire l'être cellulaire en l'amenant vers un état de stabilité inorganique ; c'est cette pulsion qui, détournée vers l'extérieur par la libido, doit normalement permettre à l'individu de développer des activités sociales, politiques, sublimatoires..., ce qui est tout à fait inexistant chez Annette comme nous le verrons plus loin.

Nous sommes ici au niveau du Soi, avec un narcissisme de mort agissant.....

Cette désintriication pulsionnelle va entraîner une désorganisation progressive (220) chez Annette que je sens en réel danger.

P. Marty, dans « les mouvements individuels de vie et de mort » décrit ces désorganisations comme démarrant par une dépression essentielle qui rend compte de l'absence de tonus des instincts de vie, puis par une désorganisation de l'appareil mental, dont témoigne la pensée opératoire.

Le mouvement se poursuit par la désorganisation des systèmes de caractère et de comportement ...surviennent enfin les désorganisations des fonctions somatiques, de plus en plus fondamentales sur le plan vital ».

Dans la dépression essentielle il y a une disparition de l'objet, les déprimés essentiels meurent de n'avoir plus d'objet du tout. Annette, certes a eu un objet, mais n'ayant pas pu s'en séparer, s'individualiser, cela signifie que cet objet n'a pu être introjecté , la renvoyant ainsi à une situation de dépression essentielle.

Selon P. Marty, dans la dépression essentielle, nous avons à faire à l'abaissement du tonus des instincts de vie et selon Rosenberg nous sommes en présence d'un affaiblissement de la libido objectale, deux processus qui ouvrent la voie à la somatisation.

Ou, comme l'explique J.B. Stora : « lorsque le processus de somatisation commence son œuvre, cela signifie que l'objet affaibli ne constitue plus une défense de l'unité psychosomatique et que nous nous trouvons au niveau du noyau stratégique (noyau masochique érogène primaire reliant libido narcissique et pulsion de mort) dans le cas où le trauma atteint la constitution de ce noyau, une désorganisation progressive se fait jour ».

Un point d'arrêt vient barrer cette désorganisation, point de fixation orale **(356)** qui subsiste chez Annette. ; son poids, sa graisse la protègent en quelque sorte ; le tabagisme reste actif, les troubles alimentaires perdurent, ainsi que la dépendance aux médicaments qui vient renforcer cette fixation à un stade du besoin du nourrissage.

Alors qu'Annette semble avoir des traits de caractère anal **(406)**, son métier de comptable le laisserait d'ailleurs penser, il y a eu régression à la suite de la période de harcèlement et licenciement, renvoyant Annette à une incapacité de faire face autrement qu'en se remettant sous la dépendance orale à la nourriture et à l'alcool. (prise de 35 kgs dans les quelques mois qui ont suivi). Ses mécanismes de défense correspondent bien à cette situation régressive orale, elle utilise le clivage d'objet **(382)** qui la maintient dans une angoisse de persécution permanente et l'idéalisation de l'objet Mère **(393)** « tu es parfaite et je fais partie de toi », qui l'empêche de se situer dans la réalité.

Le Pr. Stora, dans un document sur le narcissisme écrit « à propos de l'idéalisation de l'objet, Freud disait que la surestimation des imagos parentales, qui d'ailleurs reflète l'idéalisation dont l'enfant est lui-même l'objet de la part de ses parents, crée un circuit narcissique impérissable. Le destin des idéaux est d'accomplir le renoncement pulsionnel le plus radical, y compris le renoncement des satisfactions narcissiques ». Ce qui reporte à l'affirmation de Freud « être à nouveau, comme dans l'enfance et spécialement en ce qui concerne les tendances sexuelles, son propre idéal, voilà ce bonheur que veut atteindre l'homme ».

L'oralité **(405)** du caractère d'Annette ressort également lorsqu'elle me parle de ses petits enfants ; elle ne les voit pas assez à son goût car ne s'entend pas bien avec sa fille,- Mère des deux enfants-, mais recherche leur contact, leur affection et s'agace que sa fille empêche les rencontres ; je la sens dans un rapport très captatif vis-à-vis de ces deux petites qui lui apportent sûrement un amour dont elle aime se nourrir. Elle en parle d'ailleurs avec une mine gourmande. C'est le seul moment de l'entretien où son visage s'éclaire un peu et où la vie semble lui apporter quelque chose de bon : « ce sont mes seuls rayons de soleil ».

Les activités d'Annette sont peu nombreuses et répétitives : depuis son déménagement

« forcé par son Mari » en 2001, elle ne connaît plus personne dans le nouveau quartier où elle habite et vit très seule.

Si Annette n'a aucune activité artistique (490) ni sociale (491), ni sportive, qui pourrait l'aider à sortir de ce marasme (son activité est essentiellement tournée vers l'entretien de la maison et l'écoute de la télévision) elle lit, malgré tout, de temps à autre, des livres d'histoire « j'aime lire à propos du passé », (rattachement à la Mère ?) ce qui pourrait peut être, être une ouverture vers une activité plus culturelle.

En ce qui concerne ses comportements dans la relation, Annette a souvent pleuré pendant l'entretien, laissant aller son émotion sans la retenir, mais n'y donnant pas suite par une quelconque élaboration mentale.

Par ailleurs, Annette a une véritable addiction (465) au tabac, après avoir été alcoolique (est ce vraiment terminé ?). On retrouve, là aussi, dans ce type de comportement, la fixation orale d'Annette, son besoin de pare excitant, sa recherche indéfinie d'objet d'amour, sa recherche de dépendance et de suppléance narcissique.

S. Freud a parlé de la dépendance toxicomaniaque comme d'un « repli narcissique », Evelyne Kestemberg a cité la drogue mais aussi l'alcool, comme étant des objets trans-narcissiques.

Sandor Rado, lui, explique à propos de la toxicomanie, que « l'euphorie après une prise de drogue est produite par le Moi qui retrouve sa toute puissance et sa dimension narcissique...l'euphorie est de courte durée et la dépression revient... »

Enfin Charles Nicolas parle chez les toxicomanes d'insuffisance d'objet interne, (ou, comme on le voit chez Annette, d'objet non installé car pas différencié), en expliquant : « c'est l'échec de l'introjection qui détermine la répétition ; il y a dans le discours des toxicomanes des confusions entre la représentation de soi et celle de l'objet ».

Depuis dix ans Annette n'a pas fait de TS, les antidépresseurs, anxiolytiques et séances de psychothérapie lui permettant de ne plus tomber dans des désespoirs profonds et de contrer ainsi la pulsion de mort à l'œuvre.

Annette exprime des affects de tristesse, de fatigue (511), de douleur psychique (512), aucun affect de plaisir (sauf à l'évocation de ses petites filles) ne vient ponctuer son discours.

Ces affects de douleur me semblent comme entretenus : « de toutes les façons, je n'ai pas le choix » dit souvent Annette, et liés à un masochisme bien présent.

Enfin en ce qui concerne les données environnementales d'Annette, il a déjà été souligné l'environnement familial perturbé (601), indifférence voir maltraitance du Mari, mésentente avec la fille.

Par le passé un environnement professionnel instable (603) harcèlement et licenciement tellement difficile à surmonter qu'Annette ne reprendra jamais de travail par la suite.

Compte tenu de ce contexte, Annette est en danger. En effet si l'on se penche sur l'évaluation globale du fonctionnement psychosomatique – tel que défini par la grille de J.B. Stora- la fragilité de l'appareil psychique d'Annette et ses facilités de désorganisation classeraient cette patiente en 3.

La prévalence des comportements étant moyenne, en 3 également.

En ce qui concerne la capacité d'expression des affects, Annette n'est de toute évidence pas alexithymique, ni en situation de réprimer ses affects. Néanmoins seuls les affects de tristesse et douleur semblent pouvoir s'exprimer et je pense classer cette patiente en 2.

Enfin l'altération importante dans la capacité de relation à l'environnement d'Annette, la classe en 5.

Le risque somatique est, lui aussi, assez élevé, d'autant plus qu'au-delà de la fragilité psychique d'Annette qui l'empêche de répondre efficacement au stress, des réactions adaptatives liées à ce stress ont tout lieu d'être déclenchées par la médullosurrénale, l'hypothalamus et l'hypophyse : sécrétion de catécholamine, adrénaline et noradrénaline, corticostéroïdes, qui, elles mêmes entraînent des conséquences au niveau hypertensif et cardiaque.

Annette est dans une phase de risque psychosomatique élevé, elle n'a pas les ressources internes ni externes pour lutter, la pulsion de mort- contre laquelle antidépresseur et anxiolytiques résistent tant bien que mal- est à l'œuvre.

Il est proposé à Annette une gastrectomie sleeve. On peut espérer que cette gastrectomie puisse la renarcissiser un peu et lui redonner ainsi un certain élan vital.

Une psychothérapie plus active me semble indispensable pour accompagner Annette dans ce mouvement car, s'il semble que les troubles du comportement alimentaire d'Annette la protègent momentanément contre de plus importants troubles somatiques, cela n'aura sans doute qu'un temps.

Selon la nosographie de J.B. Stora, Annette présente d'importants troubles narcissiques, soit la catégorie : 172.

Conclusion

Dans l'unité de Syndrome Métabolique, nous sommes en présence de patients majoritairement obèses, et parfois dans des proportions très importantes.

Nous l'avons constaté il existe, chez ces malades, une constante orale, qu'il s'agisse d'une fixation ou d'une régression à ce stade, ou encore de caractères oraux.

Cette particularité détermine leur structure prégénitale, structure que nous retrouvons chez Maurice, Gabriela et Annette, avec, pour chacun, de graves carences en ce qui concerne la relation à l'objet, carences qui ont comme conséquence d'importants problèmes narcissiques.

A partir de ces carences très archaïques, les enfants qu'ils étaient se sont trouvés dans une grande difficulté pour franchir toutes les étapes d'un développement psycho sexuel normal c'est-à-dire pour se construire harmonieusement.

Adultes fragilisés dans leur psychisme et très vite débordés par les excitations, ils se montrent incapables de réguler leurs états de stress, n'arrivant pas à élaborer les événements qui jalonnent leur vie et en particulier les événements traumatiques.

Alors, devant cet état de fait, et selon l'expression de J.B. Stora. c'est « leur corps qui prend la relève »

En ce qui concerne l'apport de la psychosomatique, nous voyons à travers ces trois cas, toute l'importance et la richesse de l'analyse psychique qu'il est possible d'entreprendre à partir d'un entretien avec un malade, ainsi que les nombreuses hypothèses et pistes qui peuvent en découler, permettant ainsi de cerner au mieux le malade et sa maladie, affiner le diagnostic, prévoir les suites probables à donner compte tenu des forces ou faiblesses de l'appareil psychique.

J.B. Stora nous le disait ainsi « il appartient au psychosomaticien d'apprécier la régression psychique de son patient, les points de fixation de la libido à partir de l'histoire du sujet et, en évaluant l'épaisseur du préconscient, de déterminer les capacités de reprise mentale et donc somatique de celui-ci afin de pouvoir contribuer par des soins thérapeutiques adaptés, à l'amélioration des patients ».

Dans les trois cas présents, la stratégie thérapeutique devrait être double : dans l'immédiat, un traitement médical avec parallèlement un soutien thérapeutique, puis, un traitement thérapeutique plus en profondeur pour aider au rétablissement de l'intégrité narcissique des patients, ce qui devrait amener une reprise de la mentalisation, afin de permettre de rétablir autant que possible l'homéostasie.

« Nous ne sommes pas des vaches !! » a déclaré le Pr. O. Bitker en démarrant le premier enseignement de ce D.U. : cette formule introductive quelque peu surprenante voulait mobiliser notre attention sur le fait que nous ne sommes pas , à l'instar de la vache, de simples entités biologiques que l'on soignerait à partir de données scientifiques, objectives, quantifiables, auxquelles correspondrait un diagnostic qui, lui-même, donnerait lieu à un certain nombre de traitements.

Nous sommes biologiques, et donc faits de réalités objectives, mais nous sommes aussi psyché, faits de réalités subjectives, réalités qui, pour nombre de soignants encore aujourd'hui, ne sont pas prises en compte car non quantifiables sur un plan scientifique.

Le Pr. J.B. Stora s'est proposé d'y remédier, avec, outre ses importantes recherches sur le sujet, la mise au point de cet outil d'évaluation psychosomatique qu'est cette grille, grille- en constante évolution- qui m'a permis, à travers les différents cas étudiés dans ce mémoire, de mesurer l'importance des comportements du patient, de ses mécanismes défensifs, de sa relation à l'objet premier et à l'environnement...et, in fine, de la répercussion de toutes ces données sur son état somatique et l'évolution de ce dernier.

A la suite de ce travail, il m'apparaît comme une évidence que les nombreux enseignements et recherches menés dans le domaine du psychisme et des neuro sciences, devraient être, à l'avenir, le plus étroitement possible intégrés aux connaissances médicales actuelles, afin que médecins et psychosomaticiens puissent, ensemble, aller toujours plus avant dans la compréhension du patient et de sa maladie, assurant ainsi une bien meilleure adaptation des traitements aux véritables besoins du malade.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOUN P.L. : Le Masochisme. Poche psychanalyse, Ed. Economica 2007.

BALINT : Le défaut fondamental. Payot –poches 2006.

BERGERET : Psychologie Pathologique .Masson 1972.

BERGERET : La personnalité normale et pathologique. Dunod 1996.

BERGERET : Narcissisme et états limite. Dunod 2003.

CICCONE A et LHOPITAL M : Naissance à la vie psychique. Dunod 2001.

DAMASIO A.R. : L'erreur de Descartes, la raison des émotions. O. Jacob 2008.

DOLTO F. : Psychanalyse et Pédiatrie . Seuil 1971.

DOLTO F. : L'image inconsciente du corps. Seuil 1984.

FREUD A : Le moi et les mécanismes de défense. PUF 1949.

FREUD S. : Le problème économique du masochisme, in,
Névrose, psychose et Perversion. PUF 1973.

FREUD S. : L'interprétation des rêves. PUF 1967.

FREUD S. : Totem et Tabou. Payot 1979.

GREEN A. : Narcissisme de vie , Narcissisme de mort. Ed. de minuit, 2007.

KLEIN M. : La psychanalyse des enfants. PUF 1969.

KLEIN M. : Envie et gratitude. Gallimard 2001.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. : Vocabulaire de la psychanalyse. Quadrige/PUF 2002.

MARTY P. : La psychosomatique de l'adulte. PUF, Que sais-je ? 1963.

MARTY P. : Les mouvements individuels de vie et de mort . Payot 1976.

MARTY P., de M'UZAN, M., DAVID C.,
L'investigation Psychosomatique. Quadrige PUF 1963.

Mc DOUGALL J. : Le Théâtre du Corps. Folio essais. 1989.

FOURCADE J.M. : Les Patients –Limite. Desclée de Brower 1997.

KOHUT H. : Le Soi. PUF 1974.

ROSENBERG B. : Masochisme mortifère et masochisme de la vie. PUF 2033.

SEGAL H. : Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein. PUF 1969.

SPITZ R.A. : De la naissance à la parole. PUF 1968.

STORA J. B. : La Neuro-Psychanalyse. PUF Que sais-je ? 2006.

STORA J.B. : Le Stress. PUF, Que sais-je ? 2005.

STORA J.B. : Quand le Corps prend la relève. O. Jacob 1999.

WINNICOTT D.W. : Le bébé et sa Mère. Payot 1992.

WINNICOTT D.W. : De la Pédiatrie à la Psychanalyse. Payot 1969.

WINNICOTT D.W. : La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques.
Gallimard 2000.

WINNICOT D.W. : L'enfant et sa famille. Payot 1957.

Le Narcissisme, l'amour de Soi, ed. Tchou 1980.

Narcissisme et états limite, sous la direction de J. Bergeret, Dunod 2003.
