

ANNEXE I

GRILLE D'OBSERVATION ET DE diagnostic PSYCHOSOMATIQUE / JBS-PSYSOMA- 2004.

Elaborée par J.B. STORA **Juin 2004**
A partir de la classification de Pierre Marty (1987)

FICHE PATIENT

Nom : Prénom :
Date naissance :
Date début traitement :
Date fin traitement :

Histoire de la maladie : informations recueillies dans le dossier médical, cf. Axe 5 de la grille.

Histoire du patient : grille à remplir après investigation. Axes 1, 2, 3 et 4.

Evaluation du fonctionnement psychosomatique : Axe 6, avec détermination du profil de risque.

Cette grille est à remplir au début, en cours et en fin de traitement.

N° Item	LISTE DES ITEMS	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES
AXE 1A : RELATION D'OBJET		
Développement de l'organisation du Préconscient : relation avec la Mère de la grossesse jusqu'à l'âge d'un an, périodes de séparation, mères substitutives, Figure Paternelle, fréquence et âge lors de changements de situation, événements ayant favorisé ou entravé les organisations de la sensori-motricité, du langage, et en général de toutes les liaisons internes et externes.		
150	Anobjectal	Stade de relation non objectal coïncidant plus ou moins avec celui du narcissisme primaire – stade d'indifférenciation ou stade de non-différenciation, car la perception, l'activité et le fonctionnement sont insuffisamment organisés chez le nourrisson, sauf dans une certaine mesure dans les sphères vitales tels le métabolisme, les fonctions nutritives , circulatoires, respiratoires, etc.
151	Préobjectal	
152	Objectal	
153	Narcissisme primaire Narcissisme de mort	La concentration-investissement libidinal majoritaire dans le moi est un témoignage du besoin défensif qui tend à montrer qu'il y a une menace interne constante dont la source est la pulsion de mort.
154	Narcissisme secondaire Narcissisme de vie	Retrait de la libido investissant les objets pour l'investir dans le moi/ perte d'objet (Freud)/ l'objet étant bi-pulsionnellement investi il y a retrait de la libido mais aussi de la pulsion de mort vers l'appareil psychique/ du point de vue pulsionnel cette augmentation de l'investissement narcissique du moi est un accroissement des capacités d'auto-conservation du moi dans une situation de désintrinsication pulsionnelle.
155	Soi grandiose	
156	Idéal du Moi	Imago parentale idéalisée
157	Moi-Idéal	Cf. P. Marty « la psychosomatique de l'adulte » Que sais-je ? PUF. Le moi-idéal représente la démesure ; sa présence peut être fondamentale ou apparaître lors de désorganisations ou de régressions psychiques. On le ressent du dehors comme un sentiment de toute-puissance du sujet vis-à-vis de lui-même comme vis-à-vis du monde extérieur.

158	Apparence masochique	Du type névrose de destinée avec absence d'intégration des satisfactions passives. Etats de souffrance sans objet, sans désirs et sans modification à l'occasion de la maladie qui ne devient pas objet d'investissement
159	Masochisme mortifère	Désinvestissement de l'objet et pour le monde objectal suite à l'affaiblissement de la libido objectale (cf. Benno Rosenberg) le masochisme mortifère implique un processus sous-jacent de désintrinsication pulsionnelle.
160	Lacunes de l'organisation du Préconscient	Les lacunes fondamentales sont les insuffisances quantitatives et qualitatives des représentations psychiques ainsi que les insuffisances de connotations affectives de ces représentations. Ces insuffisances tiennent soit aux déficiences congénitales ou accidentelles des fonctions sensori-motrice de l'enfant ou de sa mère, soit aux excès ou carences des accompagnements affectifs de la mère.
AXE 1B : ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS		
200	Angoisses diffuses	Angoisses automatiques des épisodes de détresse
201	Angoisses objectales	Signaux d'alarme accompagnées de liaisons représentatives
202	Deuils période pré-pubertaire	Deuils de personne ou pertes d'objets significatifs pré pubertaires non élaborés
203	Deuils récents	Deuils ou pertes d'objets significatifs récents non élaborés
204	Dépressions	Aiguës ou subaiguës fréquentes au sens de la psychanalyse
205	Dépression de l'adolescence	
206	Dépression latente	
207	Post-partum blues	
208	Dépression essentielle	DPE précédant la somatisation, DPE fréquentes se référer à l'histoire du patient et à l'histoire de la maladie
209	Trauma permanent	Pesée traumatique permanente
210	Traumatisme	Notion de traumatismes, d'une situation familiale, ou d'une activité parentale ayant pu gauchir l'évolution classique de la sexualité
211	Traumatisme de la naissance	
212	Névrose traumatique	Incapacité pour la psyché de lier un événement traumatique ; sidération de l'appareil mental ; absence de figurabilité ; rupture affect et représentation ; à relier aussi au PTSD, post-traumatic stress disorder(importance du facteur quantitatif économique dans l'occurrence de l'événement.
213	Traumatisme professionnel	Licenciement, harcèlement, violence au travail, etc.
214	Intellectualisation défensive	
215	Pensée magique	Utilisation importante de la pensée magique ou tradition culturelle ou religieuse pesant sur le fonctionnement psychosomatique
216	Coexistence de plusieurs modes de pensée dans le MOI, en conséquence des différences culturelles.	Mode de pensée différent de la pensée occidentale ; préconscient composé de représentations culturelles influençant émotions, comportements et pensées ; référence à la première génération d'émigrés ou à la deuxième génération chez qui les deux ou « n » cultures coexistent.
217	Irrégularités du fonctionnement mental	Les lacunes secondaires de l'organisation Pcs peuvent donner lieu à des irrégularités graves du fonctionnement mental ; elles sont liées à l'incertitude dans le temps de la remémoration de plages plus ou moins vastes de représentations non refoulées mais facilement sujettes à évitements et à répressions. Les plages de représentations en cause

		semblent liées longitudinalement à des tonalités désagréables correspondant à une ou plusieurs périodes de la vie du sujet.
218	Vie et pensée opératoires	La vie opératoire tient compte de la réduction de la pensée face à l'importance des comportements. Les quelques représentations qui paraissent exister sont comme les rêves pauvres, répétitives, marquées du saut de l'actuel et du factuel.
219	Désintrinsication pulsionnelle	
220	Désorganisation progressive	
AXE1C : POINTS DE FIXATIONS REGRESSIONS ET MECANISMES DE DEFENSE		
Points de fixations somatiques à relier au développement d'un appareil psychique.		
300	Fixation somatique prénatale	Fixations à l'économie néo-natale, hypothèse de fixation à envisager dans le cas de syndrome métabolique, cas d'anorexie, etc.
301	Fixations premières	Symptômes troubles fonction respiratoire, peau, système immunitaire.
302	Fonction cardiaque	Troubles
303	F. alimentaire	Estomac, foie, pancréas, troubles du comportement alimentaire
304	F. excrétion	Rein, colon, contrôle sphinctérien
305	F. motrice	Musculo-squelettique, articulations,
306	Métabolisme	Troubles du métabolisme/ endocrinologie
307	SNC	
308	Axe endogène opioïde	
309	Axe hypothalamique-hormonal	
310	SNSympathique	
311	SNParasympathique	
<p>Points de fixations-régression et Stades de développement de la sexualité</p> <p>Forte adhésion de la pulsion à des objets ou à des voies de satisfaction liés à des phases antérieures du développement. L'existence de points de fixation conduit à la voie à la régression. La fixation désigne l'immobilisation de motions pulsionnelles à un stade infantile du développement : fixations prégénitales.</p> <p>Age d'apparition des symptômes, système de défense et âges critiques du développement, évolution libidinale au cours du développement psychosexuel, détermination des symptômes mentaux classiques, caractériels, insuffisance des défenses mentales à relier aux événements de vie, situations familiales présentes et passées, détermination de l'atmosphère affective passée, et capacité de se remémorer (souvenirs).</p>		
350	1 ^{er} Organisateur psy.	Organisation cénesthésique, relation pré-objectale, processus primaire (Cf. René Spitz).
351	2 ^{ème} Organisateur psy.	Mise en place au 8 ^o mois ; établissement de l'objet ; organisation diacritique ; processus secondaires ; passage de la passivité à l'activité.
352	3 ^{ème} organisateur psy.	Mise en place du mécanisme et de la fonction d'identification ; acquisition du signe de la Négation (Freud, 1925) ; pulsion agressive, motricité et emprise.
353	Position autistique	Syndrome symbiotique
354	Position schizo-paranoïde	
355	Position dépressive	
356	Fixation orale	
357	Fixation sadique orale	
358	Fixation anale	1 ^{er} temps du stade anal
359	Fixation sadique anale	2 ^{ème} temps du stade anal
360	Fixation phallique	
361	Fixation homosexuelle	

362	Fixation génitale	
MECANISMES DE DEFENSE		
380	Déni de la réalité psychique	
381	Clivage du Moi	
382	Clivage de l'Objet	
383	Identification projective	
384	Refoulement	
385	Formation réactionnelle	
386	Isolation	
387	Annulation rétroactive	
388	Introjection	
389	Retournement sur soi	
390	Renversement dans le contraire	
391	Sublimation	
392	Négation par le fantasme	
393	Idéalisation	
394	Identification à l'agresseur	(Mélanie Klein)
AXE 2A: TRAITS DE CARACTERE		
400	Phobique	D'ambiance ou d'envahissement
401	Phobique d'objet	Liaisons représentatives
402	Hystérique archaïque	Conflits de nature psychotique plutôt que névrotique enfouis ; par exemple, aimer est l'équivalent de dévorer ou d'être dévoré. L'exploration analytique de ces fantasmes érotiques primitifs dans la relation transférentielle provoque la disparition des symptômes psychosomatiques ainsi que l'atténuation des inhibitions intellectuelles. Il s'agit ici de manifestations de la sexualité archaïque et du rôle qu'elle joue dans les diverses manifestations de somatisation (Joyce Mc Dougall).
403	Hystérique génital	De nature oedipienne (séduction)
404	Traits pervers	
405	Oral	Traits de caractère égoïste à type captatif ; recherche de l'affection d'un être élu selon le mode de la relation objectale orale ; que le sujet soit homme ou femme, son objet d'amour devra jouer le rôle de mère nourricière. Dans le cas de régression, apparition possible de crises de boulimie pour remplacer l'acte sexuel génital et d'anorexie mentale symbolisant le refus de la sexualité génitale.
406	Anal et Obsessionnel	Rétention et contrôle-maîtrise : ne pas oublier que l'organisation anale fait défaut aux névrosés mal mentalisés selon la définition nosographique de Pierre Marty. Les représentations sont absentes ou rares, superficielles, peu associatives, caractéristiques à rapprocher des névroses de comportement.
407	Phallique-narcissique	
408	Psychotiques	Tableau symptomatique
409	Sado-masochiques	Relations érotisées physiques comme morales
AXE 2B : ACTIVITÉS SUBLIMATOIRES, ET ONIRIQUES		
Nature des investissements surinvestissements, activités diverses : activités sociales, etc. sublimations, etc.		

490	Activités artistiques	
491	Activités sociales	
492	Activités spirituelles	
493	Activités sportives	
494	Activités culturelles	
495	Capacité de rêver	
AXE 2C : COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION		
450	Hypertonie musculaire	Débordement de l'appareil mental par les émotions
451	Posture	Tonicité de la posture, elle rend compte d'emblée de la tension interne du sujet
452	Hypertonie musculaire et agressivité	(Pierre Marty) à la mesure des conflits habituels réactivés lors de la consultation et non encore exprimés (agressivité directement musculaire de type primaire court-circuitant l'élaboration mentale, l'hypertonie musculaire va souvent de pair avec une anxiété diffuse qui reconnaîtra plus tard son objet. Elle s'accompagne de tremblements de mains surtout, et s'oppose à une aisance relationnelle.
453	Manifestations vago-sympathiques	Ces manifestations témoignent du surplus d'excitations ; Rires, pleurs, ou mimique de fantasme révélant la tentative d'une élaboration mentale.
454	Comportements de déni de réalité	Mode de défense reflété dans le comportement des patients qui refusent de reconnaître la réalité d'une perception traumatique, par exemple diabète à un âge précoce, etc.
455	Hypocondrie 1 (archaïque)	Etat hypocondriaque où la relation transférentielle est impossible ; court-circuit du travail psychique avec engagement dans une somatisation. Evolution possible vers un délire paranoïaque, une mélancolie ou une affection somatique grave.
456	Hypocondrie 2	Transformation en un processus névrotique où sexualité infantile, culpabilité oedipienne, angoisse de castration reprennent leur place.
457	Sado-masochique	Décharge dans les comportements
458	Acting out	Passage fréquents aux comportements
459	Sommeil	Cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme, etc.
460	Epuisement libidinal	Conduites d'épuisement
461	Dépersonnalisation	Manifestations de dépersonnalisation
462	Homosexualité latente	
463	Homosexualité	Pratique sexuelle
464	Sexualité génitale	Ejaculation précoce, impuissance, troubles de l'érection, frigidité, etc.
465	Addictions	Alcool, cigarettes, autres substances, etc.
466	Conversions fréquentes	Hystériques, ou apparentements hystériques (cf. Pierre Marty).
467	Identité	Problèmes fondamentaux transgénérationnels, culturels, et avatars du développement de la personnalité.
468	Economie relationnelle précoce	Changement notable de l'économie relationnelle dans les deux premières années de vie
469	Economie relationnelle prépubertaire	Changements notables
470	Répétitions somatiques	Rafales de maladies
471	Perversions organisées	Manifestations comportementales
472	Polyopérés	Antérieurement à la désorganisation ou à la maladie actuelle
473	Suicide	Tentatives antérieures à la désorganisation ou à la maladie actuelle
475	Tonus libidinal	Evaluer les fluctuations et les baisses du tonus libidinal en rapport avec la maladie, le vieillissement, etc. quelle que soit la limitation des investissements

476	Psychothérapies	Suivi de psychothérapie par le patient : date, durée, raison de l'indication rapportée par le patient
AXE 3 : EXPRESSION DES AFFECTS		
<p>La maîtrise des affects est relative à la capacité du Moi face à ceux-ci, et l'échec de maîtrise d'affects insupportables (débordement, sidération, etc.) participe non seulement à la production de symptômes névrotiques, mais encore à des situations décrites ci-dessus telles que : décharge dans les comportements, passages à l'acte, addictions, somatisations. « Chaque événement, chaque impression psychique est pourvu d'un certain quota d'affect dont le Moi se débarrasse ou par le moyen d'une réaction motrice ou par une activité psychique associative » Freud, 1893.</p> <p>Dans la théorie de Freud, l'affect est une des deux composantes de la Pulsion, l'autre étant la représentation.</p>		
500	Expression émotionnelle	Expression des émotions sans répression, manifestation spontanée et authentique- large gamme d'expression richesse émotionnelle
501	Conversion somatique des affects	Hystérie de conversion, l'affect est transformé en innervation somatique, et la représentation est refoulée ;
502	Déplacement	Déplacement de l'affect : sur une autre représentation dans la névrose obsessionnelle.
503	Transformation	Transformation de l'affect : névrose d'angoisse, mélancolie,
504	Alexithymie	Sifnéos fait une nette différence entre émotion et sentiment ; l'émotion est exprimée par des moyens comportementaux et médiatisée par le système limbique, dimension biologique de l'affect. Les sentiments sont l'aspect psychologique de l'affect, ce sont les pensées et les fantaisies subjectives qui sont associées à l'affect. L'activité néocorticale est nécessaire pour qu'il existe des sentiments. Quatre éléments définissent l'alexithymie : 1. incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments, 2. limitation de la vie imaginaire, 3. tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits, 4. description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques.
505	Affect de plaisir	
506	Affect de déplaisir	
507	Affect du plaisir du déplaisir	
510	Affect de vitalité	<p>Selon l'approche de D. Stern, plaisir et déplaisir ne sont plus rattachables à la tension et à la décharge, mais plutôt aux conditions rythmiques de celle-ci et aux variations d'intensité de chacun de ces processus.</p> <p>« J'appelle affect de vitalité, dit Stern, la qualité de ce qui est ressenti lors de toutes ces sortes de changements »... «la danse moderne et la musique sont des exemples par excellence de l'expressivité des affects de vitalité ». Pour Stern, l'affect fait partie de la représentation, et il a par lui-même une fonction de représentation, ce qui rejoint les travaux d'André Green sur la <i>représentance</i> de l'affect.</p>
511	Fatigue	Pierre Marty définit la fatigue comme une sensation ou un sentiment du sujet, accompagné d'une dépense énergétique excessive. La tension interne n'est pas absorbée par le travail d'élaboration psychique, aucune évocation du passé ou de l'avenir. Lorsque la voie mentale est bloquée, on peut constater pendant un certain temps des céphalalgies, ensuite on voit éclore des troubles somatiques. C'est la motricité et la sensorialité qui sont en général les premières fonctions atteintes, parce qu'avant le développement de l'activité psychique, la sensorialité et la motricité ont constitué l'essentiel des relations du petit enfant avec sa mère, puis avec les autres objets extérieurs. (présence d'une hyperactivité comportementale dont les aspects narcissiques et masochiques doivent être appréciés).
512	Douleur	L'investigateur doit, en présence de la douleur, se poser toujours la

		question du rôle joué par celle-ci dans l'équilibre psychosomatique du patient. Quel que soit son mécanisme initiateur somatique, neurologique ou psychologique, la douleur constitue dans tous les cas une expérience subjective. Le phénomène douleur est toujours une expérience subjective donc un phénomène neuropsychologique. La douleur occupe une place particulière parmi les perceptions, du fait de la composante affective qui lui confère sa tonalité désagréable, pénible parfois insupportable. Cette composante fait partie de l'expérience douloureuse et peut se prolonger vers des états émotionnels plus différenciés (anxiété et dépression). La composante affective est déterminée non seulement par le stimulus nociceptif lui-même, mais également par le contexte dans lequel le stimulus est appliqué. La signification de la maladie , l'incertitude sur son évolution sont autant de facteurs qui vont venir moduler la composante affective de la douleur en clinique.
AXE 4 : DONNEES : ENVIRONNEMENT FAMILIAL, SOCIO-PROFESSIONNEL, ET DONNEES PERSONNELLES RECENTES		
Données de l'environnement familial et socioprofessionnel ; données symptomatiques immédiates, données anamnestiques récentes, données concernant le fonctionnement mental d'adaptation (coping) ; état de la famille ancien et actuel, scolarité, évolution professionnelle, évolution de la sexualité, intérêts divers, etc.		
600	Env. familial stable	Durée des périodes de stabilité
601	Env. familial perturbé	Au cours de l'enfance, de l'adolescence, à l'âge adulte ; rupture d'équilibre au sein de la famille.
602	Env. socio-professionnel stable	Durée des périodes de stabilité
603	Env. Socio-professionnel instable	Conflits, harcèlement professionnel, etc..
604	Rupture avec famille	Séparation, divorce, déménagement,
605	Rupture avec travail	Licenciement, recherche d'emploi, etc.
607	Autre	Adaptation à un nouvel environnement professionnel Déroulement de la carrière : différentes étapes, début, milieu, et fin de carrière ; départ à la retraite
608	Conversion récente	Hystérique ou non
609	Désintrication et intrication des pulsions	Reprise intrication pulsionnelle à apprécier
610	Affects	Changements significatifs de l'expression des affects
611	Médico-légal	Problème récent pesant sur le fonctionnement psychosomatique
612	Psychothérapie	Parent d'un enfant traité en psychothérapie concomitante
613	Sexuelles	Difficultés sexuelles récentes : impuissance et frigidité
614	Suicide	Tentative récente de ..
615	Toxicomanie récente	iatrogéniques incluses
616	Atteints aux activités corporelles	Limitations récentes accidentelles ou non des activités corporelles
617	Economie relationnelle I	Changement notable
618	Economie relationnelle II	Changement de moins d'un an
619	Plaisir sexuel	Frustration de plaisir sexuel (type névrose actuelle)
620	Hypocondrie	Réorganisation relative – au moins provisoire – sur un mode hypocondriaque
621	Bénéfices secondaires	A la maladie actuelle
622	Autre	
AXE 5 : EVALUATION DE L'ETAT SOMATIQUE – CODE CIM-9-MC		

	<p>La pathologie somatique doit être explorée à partir de la première enfance jusqu'à la période de l'investigation (à compléter avec dossier médical), décrire les diverses affections et atteintes somatiques, parenté ou non avec la maladie actuelle, établir les processus de leur apparition de leur évolution, des complications éventuelles, des aggravations, avancer des hypothèses sur la relation avec des événements de vie (traumatismes, deuils, etc.), dégager les temps de latence entre événements de vie et apparitions des pathologies somatiques.</p> <p>Place occupée par la maladie : très importante, dénégarion, déni, acceptation apparente, etc.</p> <p>Rôle joué par la maladie dans le fonctionnement psychique : combler un vide objectal, manifestations hypocondriaques, remplacer un objet disparu (deuil), etc.</p> <p>La maladie somatique a-t-elle modifié le fonctionnement psychique ? de quelle façon ? mécanismes d'adaptation à l'œuvre ?</p>	
700	Maladies du système nerveux	
701	Maladies de l'appareil circulatoire	
702	Maladies de l'appareil respiratoire	
703	Néoplasmes	
704	Maladies endocriniennes	
705	Maladies de la nutrition	
708	Maladies métaboliques	
709	Maladies des organes génito-urinaires	
710	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	
711	Maladies de l'œil	
712	Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge	
713	Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif	
714	Maladies de la peau	
715	Anomalies congénitales, malformations et aberrations chromosomiques	
716	Maladies de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	
717	Infections par le virus de l'immunodéficience humaine	
718	Maladies infectieuses	
719	Surdosages	
720	Troubles induits par un médicament (codes additionnels)	

EVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE		
Note	Critères de gravité et de fonctionnement psychosomatique	
	1. Fonctionnement et dysfonctionnement psychique : noter ici en fonction des 4 modes proposés.	A établir à partir des axes : 1A,1B, 1C, 2A et 2B. 1.Capacité de remémoration du passé, Capacité d’aller-retour présent –passé, Capacité d’élaboration ; 2. Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d’élaboration mentale par excès d’excitations ou répression des représentations 3. Insuffisance fondamentale de l’appareil psychique avec facilités de désorganisation, 4. Désorganisations au cours de dépressions essentielles.
	2. Prévalence des comportements	A établir à partir des résultats d’observation de l’axe 2C : 4. Forte, 3. Moyenne, 2. Faible, 1. comportement contrôlé et intégré.
	3. Capacité d’expression des affects	A établir à partir des résultats d’observation de l’axe 3. 1.Richesse des affects bien intégrée, 2. Répression des affects, 3. Alexithymie.
	4. Capacité de relations à l’environnement Environnement familial et environnement professionnel.	A partir des résultats d’observation de l’axe 4. Evaluer la capacité globale de relation à l’environnement à partir des informations anamnestiques concernant l’histoire familiale passée et actuelle, de même pour l’environnement professionnel. Plusieurs notations possibles : 1. Niveau très satisfaisant, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d’intensité moyenne, 5. Altération importante, 6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire, 7. incapacité durable de fonctionnement autonome.
	I . Organisation psychique ou structure : Utiliser les rubriques nosographiques de l’annexe 1. Il s’agit ci de faire la synthèse des informations établies en en 1, 2, 3, et 4 ci-dessus.	Indiquer ici le diagnostic psychosomatique à partir des rubriques de l’annexe 1, par exemple S121. Est déterminée par l’organisations des deux systèmes topiques développés par S. Freud, et repris par Pierre Marty selon un agencement original, l’intégration du deuxième temps du stade anal ouvrant la voie à l’organisation oedipienne: 1. une organisation du Moi selon la deuxième topique , à savoir névroses mentales classiques et névroses bien mentalisées, implique une organisation satisfaisante du Préconscient de la première topique en même temps qu’elle exclut une prévalence des comportements ; 2. l’absence du Surmoi post-oedipien signale la faiblesse du Moi ainsi que les risques d’insuffisance de fonctionnement psychique (faiblesse du Pcs) accompagnés de la prévalence des comportements (névroses révélant des insuffisances psychiques et névroses de comportement).
	II. Evaluation du risque somatique : 4 niveaux, risque élevé, moyen, faible et risque nul.	A partir des résultats d’observation et de diagnostic de l’axe 5 et des pronostics communiqués par les médecins du patient.

	III. Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique : Noter les patients en fonction du risque, 1, 2 , 3, 4.	<ol style="list-style-type: none">1. Sujet à risque élevé –instabilité globale de l’unité psychosomatique désorganisée2. Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l’instabilité possible.3. Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation4. Sujet stable atteint par un débordement passager de l’appareil psychique.

STRUCTURES PSYCHIQUES

Structure fondamentale, partie inamovible à l'âge adulte de l'organisation psychosomatique individuelle

références à la classification Pierre Marty de 1987.

S111. Névrose mentale symptomatologiquement organisée, au fonctionnement soutenu.

..... **Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue.** Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément.

S121. Névrose bien mentalisée : Certitude, névrose classique au sens freudien

S122. Névrose à mentalisation incertaine : Doute

S123. Névrose mal mentalisée : Défauts avérés. La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : Epaisseur de l'ensemble des formations représentatives ; fluidité des liaisons entre les représentations ; permanence habituelle du fonctionnement.

S131. Névrose de comportement : Insuffisance originelle du préconscient ; expression habituelle de l'inconscient et du ça dans les comportements.

S141. Psychose : Symptomatiquement organisée, au fonctionnement soutenu

S151. Psychose, autres formes : Polymorphe.

S161. Psychose de comportement

S181. Organisation allergique essentielle, catégorie nosographique psychosomatique (P. Marty)

S100. Autres

Schémas des somatisations par régression, et par désorganisation progressive.

REGRESSION ET SOMATISATIONS

1. excitations excessives
2. désorganisation mentale légère + dépression subaiguës ou aiguës
3. régressions psychique (accroissement des angoisses, apparitions de symptômes divers + symptômes caractériels ou de comportement ;
4. 1^{ère} désorganisation somatique peu notable
5. apparition de l'affection somatique ;
6. fin du mouvement de désorganisation

Les processus de désorganisation progressive affectent plus spécialement les sujets fragiles à risque psychosomatique que l'on rencontre plus dans les névroses mal mentalisées et dans les névroses de comportement accompagnés de désorganisation du préconscient et d'indisponibilité des représentations par évitements massifs ou répressions.

DESORGANISATIONS PROGRESSIVES ET SOMATISATIONS

1. accumulation d'excitations, pas de possibilité pas de possibilité d'élaboration mentale, réduction des possibilités d'écoulement dans les comportements ;
2. désorganisation mentale en fonction de l'épaisseur du préconscient ;
3. dépression essentielle ou reprise d'une dépression de l'enfance, ou reprise plus marquée d'une dépression latente vie opératoire ;
4. apparition d'angoisses diffuses=état de détresse psychosomatique
absence de régression psychique=réduction de la vie mentale à des représentations de choses ;
5. désorganisations somatiques/rafales de maladies diverses atypiques par rapport aux mêmes maladies de type régressif/des maladies à crises habituelles peuvent annoncer du fait de la désorganisation le premier symptôme d'une **Ds.P**;
6. apparition d'une maladie grave évolutive (temps de latence à évaluer).

Les affections somatiques des désorganisations progressives sont des maladies cardio-vasculaires, des maladies auto-immunes, des cancers, qui mettent en jeu le pronostic vital.