



HAL
open science

Prostatodynie ou syndrome urétral : une approche psychosomatique

Alexandra Cabanel

► **To cite this version:**

Alexandra Cabanel. Prostatodynie ou syndrome urétral : une approche psychosomatique. Psychologie et comportements. 2007. dumas-00805649

HAL Id: dumas-00805649

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00805649v1>

Submitted on 28 Mar 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 DE PARIS 6 PIERRE ET MARIE CURIE
SERVICE FORMATION CONTINUE**

DIPLOME D'UNIVERSITE

**« PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE: MEDECINE, PSYCHANALYSE ET
NEUROSCIENCES »**

**Pr. Marc Olivier BITKER
Pr. Jean-François ALLILAIRE
Pr. Jean Benjamin STORA**

**Prostatodynie ou syndrome urétral : une
approche psychosomatique**

Alexandra Cabanel

**Jury du vendredi 28 septembre 2007
Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière**

Il existe aujourd'hui une grande diversité d'approche thérapeutique pour soulager la souffrance des malades. Le lien entre l'aspect psychologique et la souffrance somatique est encore loin d'être reconnu dans la pratique médicale française.

La psychosomatique s'inscrit à l'intersection entre la souffrance somatique et la souffrance psychologique.

Après avoir décrit cette discipline, nous aborderons deux cas pratiques où des patients atteints d'une maladie urologique : la prostatodynie, ont pu être entendus et investigués sous le mode psychosomatique. Nous verrons en quoi la psychosomatique a permis de faire le lien entre traumatismes d'origine, symptômes et souffrance psychique, comment le sens donné à la maladie implique une meilleure écoute entre le patient et le thérapeute.

Le patient peut acquérir alors une plus grande responsabilité vis à vis de sa vie et devenir acteur de sa guérison.

➤ Qu'est-ce que la psychosomatique ?

L'investigation psychosomatique sert à déterminer soit au cours d'un entretien d'une durée de 90 minutes ou de deux entretiens la structure psychique du patient. Plus précisément, il s'agit de déterminer l'organisation mentale résultant des processus de maturation psychosexuelle en prenant en considération les comportements, les émotions et les pensées dans leurs interrelations spécifiques.

Au cours de l'entretien, l'investigateur apprécie la psychodynamique conflictuelle du patient et son économie mentale, à savoir insuffisance mentale de l'appareil psychique avec facilité des désorganisations, irrégularités de fonctionnement mental, débordement momentané des possibilités d'élaboration par excès d'excitations ou répressions de représentations mentales, régressions, désorganisations au cours de dépressions essentielles.

En adoptant l'approche de psychosomatique psychanalytique développée par Pierre Marty, fondateur au début des années soixante de l'Ecole Psychosomatique de Paris, puis poursuivie et augmentée par le Pr J.B Stora, l'investigateur se pose les questions suivantes : « comment le patient est-il organisé et d'abord mentalement (notion de structure) ? Comment a-t-il fonctionné et fonctionne-t-il ordinairement et moins ordinairement dans sa vie intime et relationnelle (notion de particularités habituelles majeures) ? Comment est-il devenu somatiquement malade, quels changements sont intervenus en même temps ou précédemment dans sa vie intime et relationnelle (notions

de caractéristiques actuelle majeures) ? A quelles références de sa vie antérieure (de sa petite enfance et de son enfance surtout) les évolutions des pathologies somatiques passées, récentes ou actuelles peuvent-elles renvoyer ? Une dernière question demeure, qui ne sera souvent considérée qu'après la fin de l'investigation : Pourquoi ce type ou ces types de maladies somatiques chez ce sujet ? ».¹

Une fois l'investigation achevée, il est possible de coder les items de la grille psychosomatique (Marty/Stora) en vue de déterminer la structure mentale du patient et d'établir un diagnostic et une stratégie de suivi psychothérapeutique.

Les items de la grille psychosomatique sont répartis en neuf catégories :

1. La relation d'objet.
2. Etats psychiques et événements de vie personnels.
3. Points de fixations, régressions et mécanismes de défense.
4. Traits de caractère.
5. Activités sublimatoires et oniriques.
6. Comportements et manifestations corporelles dans la relation.
7. Expression des affects.
8. Données : environnement familial, socio professionnel et données personnelles récentes.
9. Evaluation de l'état somatique – code CIM -9-MC.

Les deux cas faisant l'objet de ce mémoire ont été traités selon cette même investigation et la grille psychosomatique. Même s'ils sont en cours de traitement, nous pouvons déjà décrire les liens entre leur structure mentale, leur comportement et l'histoire de vie qu'ils nous ont confiés.

La psychosomatique a donc une place et un rôle important à jouer au sein des services médicaux tant du point de vue de l'écoute psychologique que de l'apport thérapeutique d'une discipline qui procure à la fois au patient et au thérapeute des réponses sur le sens de la maladie. Dans la relation qui s'installe entre le thérapeute et le patient vient s'inscrire le lien thérapeutique, permettant l'intégration de certains épisodes de la vie du patient, de ses comportements, de son fonctionnement mental et de sa maladie dans une unité réparatrice. Cette unité retrouvée permet dans certains cas une amélioration des symptômes spectaculaire.

¹ Marty, P. *La psychosomatique de l'adulte*, 1990, Paris, PUF, (Que sais-je ? n° 1850), 73-74.

Le stage pratique du D.U s'est déroulé au sein du service d'urologie du Pr F. Richard à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière pendant les consultations du jeudi matin du Pr M.O Bitker.

Le Pr Bitker reçoit ses patients dans deux bureaux différents, en alternance, à une cadence soutenue, voyant jusqu'à 50 patients pendant cette seule matinée.

Sont également présents avec lui, un ou une externe en médecine et parfois un(e) interne étrangère en stage dans le service.

Je me joins à ce staff normal pour un hôpital universitaire et m'installe à ses côtés, en face du patient. Cette situation me permet d'avoir une vision de recul sur l'interrelation qui se joue pendant la consultation.

La consultation, lorsqu'il s'agit d'un nouveau patient débute par un questionnaire rituel de la part du Pr Bitker :

« Vous avez...56 ans » par exemple ; « vous êtes mariés ? » ; « vous avez des enfants ? » ; « quel métier exercez-vous ? » ; « en dehors de ce qui vous amène aujourd'hui, qu'avez-vous eu comme autres maladies ? » ; « prenez-vous des médicaments ? » ; « aujourd'hui de quoi vous plaignez-vous ?? ». Pendant toute cette phase de prise de renseignement sur la vie du patient et son historique médical, je reste observatrice de l'entretien, n'intervenant pas.

Cette phase me permet de recueillir mes premières impressions sur le vécu du malade autant dans sa relation avec le tant admiré et craint Pr Bitker que dans sa relation directe avec sa maladie et ses symptômes.

Selon la symptomatologie du patient, ses réponses face aux questions du Pr Bitker devenant de plus en plus personnelles, celui-ci lui propose de poursuivre la consultation par une autre approche plus centrée sur la relation qu'il entretient avec sa maladie et les événements récents ou non qui seraient éventuellement en cause dans l'apparition de ses symptômes : la psychosomatique psychanalytique intégrative.

Le mémoire s'articule autour de deux cas cliniques, où nous retrouvons le même symptôme médical à partir duquel on essayera de mettre à jour la problématique de chacun des patients et leur évolution autant dans la sphère somatique que dans la sphère psychique.

Nous ferons dans une première partie un rappel du rôle et de la fonction organique de la prostate pour décrire plus précisément le syndrome douloureux pelvien chronique ou prostatodynie

La deuxième partie sera consacrée à une retranscription condensée des entretiens que nous avons eu ensemble, en affinant au fur et à mesure l'analyse de leur symptôme vue sous l'angle de la psychosomatique psychanalytique intégrative.

Enfin nous reprendrons la grille d'observation et de diagnostic psychosomatique et essayerons de la remplir au plus juste de nos analyses et hypothèses.

Partie 1

La plupart des gens ne se préoccupe que très peu de la fonction de la prostate et des maladies prostatiques très fréquentes chez les hommes à partir de la cinquantaine. Ce rapide rappel vous permettra de mieux connaître la prostate et les trois maladies prostatiques courantes, soit le cancer de la prostate, l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) et la **prostatite**.

- **Hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)** (augmentation du volume de la prostate de nature non cancéreuse)
- **Cancer de la prostate**
- **Prostatite** (inflammation de la prostate)

Il est essentiel que les hommes de plus de quarante ans connaissent ces maladies, car elles peuvent être traitées. De plus, dans le cas du cancer de la prostate, il est important de poser un diagnostic précoce afin d'instaurer le traitement avant que la maladie ne se propage.

Qu'est-ce que la prostate?

La prostate est une petite glande qui a approximativement la taille et la forme d'une châtaigne. Située juste sous la vessie, la prostate entoure l'urètre, le canal qui conduit l'urine de la vessie à l'orifice du pénis pendant la miction. Les femmes n'ont pas de prostate.

Quel est le rôle de la prostate?

La prostate sécrète un liquide qui est une composante du sperme dans lequel circulent les spermatozoïdes. Au cours de l'activité sexuelle et de l'orgasme, le sperme pénètre dans l'urètre d'où il est expulsé hors du pénis au moment de l'éjaculation.

Quels sont les symptômes des maladies de la prostate?

Les symptômes suivants sont révélateurs d'un trouble de la prostate.

- Mictions (action d'uriner) fréquentes
- Réveils la nuit pour uriner
- Incapacité de retarder la miction
- Sensation de ne pas vider complètement la vessie
- Retard pour amorcer le jet
- Jet faible – nécessité de faire un effort pour amorcer le jet
- Jet intermittent – par à-coups ou saccades
- Incontinence (émission involontaire d'urine)
- Miction douloureuse
- Présence de sang dans l'urine

L'HBP et le cancer de la prostate peuvent provoquer des symptômes similaires; cependant, dans les premiers stades, le cancer de la prostate ne s'accompagne **PAS** de symptômes.

La maladie de la prostate qui nous intéresse le plus dans le cadre de ce mémoire est le syndrome douloureux pelvien chronique ou **Prostatodynie, une des trois formes de prostatite :**

La prostatite est une inflammation de la prostate qui existe sous trois formes :

- **La prostatite bactérienne aiguë**
- **La prostatite bactérienne chronique**
- **La prostatite non bactérienne (ou prostatodynie)**

Généralités :

Les prostatites sont fréquentes et touchent essentiellement l'homme adulte entre 40 et 60 ans. Les prostatites aiguës, d'origine bactérienne, ont une symptomatologie typée et nécessitent un traitement antibiotique adapté, permettant d'éviter les complications devenues rares.

Les prostatites chroniques ont une clinique plus polymorphe, d'évolution chronique, et nécessitent des examens cyto bactériologiques (urines et/ou sécrétions prostatiques) pour différencier les affections de nature infectieuse certaine (prostatites chroniques bactériennes), de celles d'origine inflammatoire (prostatites chroniques non bactériennes)

ou non inflammatoire (prostatodynies). Les prostatites chroniques non bactériennes et les prostatodynies représentent 90 à 95 % des prostatites. Considérées antérieurement comme deux maladies distinctes, elles sont maintenant intégrées dans la nouvelle classification (National Institute of Health, 1995), au sein du même groupe, « syndrome douloureux pelvien chronique » (inflammatoire et non inflammatoire), du fait des similitudes cliniques et thérapeutiques. Les prostatites chroniques sont volontiers récidivantes et de traitement difficile, même en cas d'origine bactérienne dont le traitement repose essentiellement sur une antibiothérapie prolongée. Le traitement des prostatites chroniques non bactériennes et des prostatodynies est avant tout symptomatique.

Etiologie :

L'étiologie de ces deux derniers types demeure obscure et controversée. Son origine est multifactorielle impliquant simultanément des désordres psychologiques, neurologiques, hormonaux et autres. (Treatment of chronic pelvic pain in men and women: Moise G, Expert Rev Neurother. 2007)

Diagnostic :

L'enquête clinique sur les circonstances d'installation d'un syndrome douloureux, les modalités d'évolution, la notion d'écoulements, de sensibilité aux traitements antibiotiques, s'avère difficile. Dans la prostatodynie la douleur est de faible intensité, souvent à type de pesanteur vers le testis et l'urètre bulbaire. Au toucher rectal il y a un hiatus entre la normalité de la palpation de la prostate et la douleur à la palpation des releveurs. On peut rapprocher de la prostatodynie le syndrome urétral de la femme qui associe douleurs pelviennes et troubles mictionnels.

Globalement, dans les prostatites bactériennes :

-la douleur est périnéale alors que dans la prostatodynie elle se situe le long de la verge, au testis, au scrotum

-les troubles de la miction ne sont pas différentiels avec dans les deux cas : pollakiurie, urgences mictionnelles et dysurie

On note dans les prostatites bactériennes des associations à type d'épididymite, de myalgie, d'arthralgie alors que dans la prostatodynie les troubles psycho-sexuels prédominent. Enfin si dans la prostatite l'infection urinaire est récidivante avec un liquide prostatique infecté elle ne l'est pas dans la prostatodynie ou le liquide prostatique est stérile.

Traitement :

Le traitement du syndrome douloureux pelvien chronique est avant tout symptomatique mais reste empirique et mal systématisée.

Dans une enquête menée par l'Association Française d'Urologie en 2007², 810 urologues ont été interrogés sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des prostatites chroniques. Soixante-treize pourcent prescrivait souvent ou toujours des antibiotiques (82% utilisaient des fluoroquinolones et 43% l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole). Même en l'absence de preuve microbiologique d'infection, 41% prescrivait souvent ou toujours des antibiotiques, 89% prescrivait parfois ou souvent des alpha-bloquants, 89% parfois, souvent ou toujours des anti-inflammatoires non stéroïdiens. 81% parfois, souvent ou toujours des antalgiques, 52% parfois ou souvent des anxiolytiques. Soixante-six pourcent sollicitaient parfois ou souvent l'avis d'autres spécialistes.

De nombreux traitements ont été évalués dans la littérature. Parmi eux :

-Les alpha-bloquants: *The urethral syndrome in men or prostatodynia*. Bitker MO, Ann Urol 1988. *Use of terazosin in prostatodynia and validation of a symptom score questionnaire*. Neal DE Jr, Urology 1994

-L'elmiron®: *Pentosan polysulfate therapy for chronic nonbacterial prostatitis (chronic pelvic pain syndrome category IIIA): a prospective multicenter clinical trial*. Nickel JC, Urology 2000

-Les injections intra détroisoriennes de toxine botulique: *Botulinum toxin as a new therapy option for voiding disorders: current state of the art*. Leippold T, Eur Urol 2003

² DELAVIERRE D: *Prostatite chronique et syndrome douloureux pelvien chronique de l'homme. Enquête auprès des urologues français*. Prog Urol, 2007, 17, 69 – 76

-Les extraits de pollen (Prostat/Poltit®): *Effects of pollen extract preparation Prostat/Poltit on lower urinary tract symptoms in patients with chronic nonbacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled study.* Elist J, Urology 2006

-Les inhibiteurs de la 5 alpha réductase (Finastéride®): *Chronic prostatic pain. A new treatment option with finasteride?* Holm M, Scand J Urol Nephrol 1997

-Les corticoïdes: *A prospective, randomized, double-blind trial to evaluate the role of a short reducing course of oral corticosteroid therapy in the treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome.* Bates SM, BJU 2007

Enfin, l'étude de Kaplan (Kaplan SA: *Diagnostic urodynamique d'obstruction du col vésical et résultats de l'incision cervico-prostatique chez des hommes initialement suivis pour prostatite chronique abactérienne.* J Urol, 1994) a montré que le diagnostic de prostatite chronique abactérienne était porté à tort chez de nombreux patients ayant, en réalité, une obstruction sous-vésicale (d'origine sphinctérienne ou prostatique). Le bilan urodynamique permettait alors de rétablir le diagnostic dans la plupart des cas, le traitement chirurgical par incision cervico-prostatique étant le traitement de choix chez ces patients.

Conclusion :

Le syndrome douloureux pelvien chronique pose un double problème : diagnostic et thérapeutique. Sa prise en charge doit être multifactorielle : médicamenteuse et psychologique en raison de son impact sur l'individu et son partenaire. (*Predictors of sexual and relationship functioning in couples with Chronic Prostatitis / Chronic Pelvic Pain Syndrome:* Smith KB, J Sex Med. 2007). L'une des meilleures démarches thérapeutiques consiste en une investigation d'ordre psychosomatique afin d'éclaircir au plus juste l'interrelation entre de récents événements de vie porteurs de changements significatifs dans la vie du patient et les symptômes étiquetés « prostatodynie ».

Partie 2

Cas 1 : Vincent, 30 ans, marié, 2 enfants.

Le 29 Janvier 2007

Je rencontre Vincent la première fois au cours d'une consultation de contrôle avec le Pr Bitker un jeudi matin. De la manière avec laquelle il entre dans le cabinet, je me rends compte qu'il connaît bien le Pr Bitker et son environnement et ne semble pas être gêné par ma présence.

En effet, c'est en lisant plus tard son dossier médical que je compris que Vincent avait été adressé au Pr Bitker par le professeur Bensadoun de Caen où il avait été hospitalisé en Septembre 2006 pour une rétention aigüe d'urine évoluant depuis trois mois et pour laquelle aucune solution n'a été trouvée, à part la mise en place d'un cathéter sus-pubien.

Il avait donc rencontré le Pr Bitker à plusieurs reprises car au jour de la consultation il avait déjà été hospitalisé en Médecine Interne à la Pitié-Salpêtrière où des explorations étaient toujours en cours ainsi qu'en urologie du 28 Novembre au 08 Décembre 2006 où les examens complémentaires effectués tels qu'une endoscopie, un scanner thoracique se révélèrent tous normaux. Vincent était par ailleurs porteur d'une anomalie oculaire étiquetée épisclérite et d'eczéma ou de psoriasis aux membres inférieurs, toujours présents le jour de notre consultation.

Au cours de cette hospitalisation, plusieurs diagnostics sont évoqués dont un Crohn vésical, une mastocytose, une sarcoïdose.

Le résultat des biopsies de vessie réalisées par le Pr Bitker le 04 Décembre 2006 confirmeront l'absence d'argument en faveur d'une mastocytose, d'une maladie de Crohn ou d'une tuberculose évoquée en Médecine Interne. L'ensemble s'intégrait dans le cadre des cystites interstitielles non spécifiques.

Après 48 heures de lavage, il fut procédé à l'ablation de la sonde vésicale en laissant le cathéter sus-pubien clampé. Vincent mis sous alpha-blocants reprendra des mictions spontanées de l'ordre de 500cc à chaque fois avec un résidu post-mictionnel, la veille de sa sortie, à 18cc.

Précédemment, en avril 2002, Vincent avait déjà eu un premier épisode étiqueté « prostatodynie » car il avait présenté une fièvre à 39°, des frissons, une dysurie, des brûlures mictionnelles et des douleurs abdominales. Un ECBU avait été pratiqué dans lequel on retrouvait un E. Coli avec un doute sur une image rénale. Il a été traité pour une probable prostatite à E. Coli par Oflocet®. Plusieurs germes ont été retrouvés sur les spermogrammes avec un enterobacter, un staphylocoque, un proteus et un streptocoque D. Vincent reçu une succession d'antibiothérapie, sans effet. Il fut finalement traité après une injection de ROCEPHINE® courant Septembre 2002. En Octobre ses ECBU et spermogrammes étaient de nouveaux normaux. Il fut par la suite guéri et donc asymptomatique jusqu'en Août 2006.

Revenons au 29 janvier 2007, le jour du premier entretien d'investigation psychosomatique.

Vincent est accompagné de sa femme. Il explique qu'il ne voulait venir seul depuis la Normandie et que de plus il se perdrait dans le métro s'il n'était pas de son épouse. Il ajoute ensuite qu'il est en arrêt maladie depuis la fin du mois d'Août 2006 et compte tenu de ses symptômes, il n'est pas autorisé par la sécurité sociale à se déplacer seul hors de son foyer.

Lorsque le Pr Bitker lui demande comment il va et comment ont évolué ses symptômes, il répond docilement, d'une voix enfantine, au timbre presque féminin, qui immédiatement me fait penser à un petit garçon. Quand Vincent évoque son métier de commercial dans une concession automobile, je souris intérieurement en pensant encore au petit garçon jouant aux petites voitures !!

Cette impression est renforcée lorsque sa femme répond très souvent à sa place. Le Pr Bitker demande aimablement à cette dernière de bien vouloir laisser répondre son mari pour qu'il puisse exprimer seul ce qu'il ressent de ses symptômes.

Il dit seulement avoir eu une grippe avec une fièvre jusqu'à 38°9, et qu'une analyse d'urine a été faite mais qu'elle était négative.

Il confirme alors prendre deux Josir® par jour, qu'il a diminué le Skenan® et continue à prendre le Rifinah®

En ce qui concerne la reprise de son activité mictionnelle, il avoue « devoir pousser pour pisser »³ et qu'il ne ressent pas vraiment d'envie pressante. Sa femme doit lui rappeler à intervalles réguliers d'aller vidanger sa vessie.

Son épisclérite est toujours apparente. Ses lésions cutanées vont et viennent explique-t-il et les épisodes de flushs parfois associés à des vertiges, des étourdissements et des sueurs qu'il avait ressentis lors de son hospitalisation en urologie ont quasiment disparu.

Il se plaint sinon toujours d'une grande fatigue certainement consécutive à une perte de poids importante (-8 kg en quelques mois) et d'une constipation chronique, sans diarrhée, sans glaire, avec parfois de traces de sang sur le papier après les selles.

A l'écoute de ces diverses informations, je suis touchée par l'attitude et la façon d'être « enfantine » de Vincent. Je me demande alors quelle a pu être sa relation à l'objet primaire et envisage l'hypothèse suivante : qu'en n'ayant aussi peu de ressenti avec son corps et en particulier au niveau de la sphère génitale, Vincent a dû peut être souffrir d'« un manque d'environnement et de « holding » maternel suffisamment bon »⁴, tel un bébé, un nourrisson qui n'aurait pas été touché ni rassuré. Aujourd'hui, pour des raisons que je ne connais encore, ce manque a été réanimé et se manifeste dans ses symptômes et son incapacité à ressentir son corps.

Une autre question me vint à l'esprit, à savoir comment a pu se dérouler la grossesse de sa mère, son accouchement et dans quelles conditions Vincent a-t-il été accueilli dans la vie.

Au cours de la consultation, Vincent nous dit qu'à cause de sa maladie et de « tous ces examens qui n'en finissent pas » et qui semblent incapables de lui procurer une réponse satisfaisante à ses souffrances, il se « sent fatigué, perd souvent patience », et est d'humeur irritable. Ces ressentis se manifestent en particulier lorsqu'il doit attendre avec sa femme à la caisse d'un magasin. Il nous précise alors, « c'est dans la queue que ça part », « je m'énerve et je peux avoir des bouffées de chaleur ».

Vincent ne se rend pas compte du jeu de mots qu'il vient de produire, un jeu de mots qui illustre de façon frappante son débordement psychique. Ce débordement

³ Nous avons reporté entre guillemets toutes phrases ou mots prononcés tels quels par le patient.

⁴ Donald W. Winnicott, *Le Bébé et sa mère*, Chapitre IV : Le nouveau-né et sa mère (1964) : Payot, 1992, Paris.

s'exprime en premier lieu au travers de la sphère comportementale puis somatique. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'à l'origine de ce débordement il y a des émotions refoulées.

A la fin de la consultation, Vincent nous informe qu'il a un rendez-vous au mois de mars avec le Docteur G. Leroux en Médecine Interne pour connaître les résultats de la cystoscopie, et ceux d'autres examens en cours. Il ajoute qu'il ne souhaite pas y aller, ne se sentant ni à l'aise ni compris au sein de ce service.

Parce que les nombreux diagnostics évoqués n'ont jamais été définitivement confirmés, le Pr Bitker propose à Vincent et à sa femme, s'ils sont d'accord, que je les reçoive en entretien afin que nous puissions explorer ensemble l'environnement aussi bien personnel que professionnel dans lequel vient s'inscrire cette rafale de symptômes.

À de nombreuses reprises il est évoqué et souligné dans le dossier médical de Vincent « un contact particulier +++ avec le patient », « un dossier médical où au final tout est normal » mais où également un « avis « psy » est demandé ». Malgré ces nombreuses observations, aucune investigation sur le plan autant personnel que psychologique de Vincent ne semblait avoir été entreprise.

Vincent et sa femme sont d'accord pour un entretien d'investigation psychosomatique. Pour ce premier entretien je décide de les recevoir l'un après l'autre. Car il me semblait important de disjoindre les espaces d'écoute et de paroles de chacun. Pour les entretiens ultérieurs je recevais uniquement Vincent parce qu'il est le sujet principal de cette investigation et le patient pour lequel le Pr Bitker a été consulté.

Entretien : le 29 Janvier 2007

Après avoir expliqué à sa femme le cadre de cet entretien, qui est de nous permettre de relier d'éventuels événements ayant pu toucher Vincent dans son intégrité corporelle manifesté par ses symptômes, je l'invite à venir s'installer dans le bureau des infirmières. Nous sommes alors en face à face, séparés par un bureau.

Vincent est un homme jeune, de stature moyennement grande, charpenté, châtain clair au regard bleu perçant, âgé de 30 ans le jour de cette première rencontre. Il est marié et à deux petites filles, Lola âgée de 4 ans et Pauline âgée de 18 mois.

Vincent semble un peu tendu, bien assis au fond de son siège, les bras croisés autour de son manteau esquissant un sourire. Il me confirme son choix d'être là avec moi pour parler de « tout ça ». Il espère trouver dans ce type d'entretien une autre façon de « se soulager » et aussi de comprendre l'origine des symptômes apparus depuis le mois d'Août dernier. Jusqu'ici personne n'a vraiment réussi à trouvé les causes de sa souffrance et il me dit qu'il « commence à être fatigué de tout ce parcours ».

Au début de l'entretien je demande à Vincent de bien vouloir me parler de lui, dans son environnement familial et dans sa vie relationnelle actuels, puis de sa famille d'origine. Je lui demande aussi de me raconter son histoire médicale qui m'a semblé complexe à ce que j'ai pu en entendre durant la consultation de contrôle avec le Pr Bitker.

Il est actuellement en arrêt maladie depuis le 28 Août 2006, date à laquelle il s'est présenté aux urgences de Caen pour des douleurs abdominales sus pubiennes avec dysurie et hématurie.

Il est depuis deux ans vendeur de voiture dans une concession d'une grande marque automobile française avec laquelle il est en désaccord depuis quelques mois pour cause de non respect des droits du travail et un manquement volontaire de la part de la direction qui ne reconnaît pas ses conditions de travail que Vincent juge difficiles (heures supplémentaires non payées, congés imposés, pressions constantes sur le chiffre d'affaire à réaliser...etc.).

Son arrêt maladie est très mal perçu de la part de son employeur, qu'il décrit comme sans pitié.

On pourrait un peu plus loin risquer l'analogie entre les discordances entre Vincent et son employeur et des événements antérieurs traduisant une relation difficile avec son père (non reconnaissance, rejet...). La figure paternelle est très présente dans le récit que dépose Vincent au cours de ce premier entretien. Son père était brancardier au CHU de Caen, et également videur (à opposer avec rétention...) dans une boîte de nuit.

Je demande à Vincent s'il pratique une activité sportive régulière afin d'apprécier ses moyens d'évacuation des tensions, aussi bien endogènes qu'exogènes :

Vincent a pratiqué la boxe semi professionnel pendant neuf ans et demi. Il a eu son premier combat en amateur poids plume à l'âge de 13 ans. Puis il a accédé progressivement au statut de semi professionnel jusqu'à l'arrêt de cette activité à l'âge de 21 ans.

En 2002, il reprit les entraînements pour le combat, arête six mois plus tard puis reprend ponctuellement en 2006.

Lors de notre court entretien sa femme me dira qu'elle rattache le premier épisode de « prostatite » de son mari suite à l'arrêt de sa pratique de la boxe en avril 2002.

Mais cette dernière information ne semble pas en accord avec les propos de Vincent, puisque selon lui, c'est à cause de cet épisode qu'il a décidé d'arrêter la boxe. Le même symptôme réapparaît en 2006 alors qu'il avait repris de façon ponctuelle l'entraînement et fut contraint de s'arrêter définitivement en Août suite à cette rafale de maladies encore présentes le jour de l'entretien.

Face à ce désaccord entre eux deux, j'attends de recueillir d'avantage d'information de la part de Vincent en individuel avant de pouvoir formuler une hypothèse quant à l'arrêt de sa pratique de la boxe.

Vincent est l'aîné d'une fratrie de cinq enfants composée de deux frères et de deux sœurs.

Mathieu, âgé aujourd'hui de 29 ans, Patrice, âgé de 27 ans, Marie-Mélanie, âgée de 23 ans et Charlotte, âgée de 16 ans aujourd'hui.

Quand je lui pose la question de savoir si ses parents sont toujours vivants, il me répond « je suppose que oui ». Cette réponse évasive attire évidemment mon attention et je lui demande de m'en dire un peu plus.

Là sans aucune émotion apparente, il me dit qu'il ne les a pas revu depuis 10 ans...je reste intérieurement autant interrogative que fortement étonnée de la placidité avec laquelle il me donne cette information.

Immédiatement après il me dit que son père était brancardier au CHR de Caen, videur de boîte de nuit la nuit et qu'il ne le voyait que très rarement. Sa mère travaillait chez Moulinex et fut dans les années 90.

Vincent évoque tout de suite après le fait qu'il avait 15 ans quand il surpris son père dans une situation d'adultère.

Je note une rancune tenace à l'égard de son père, autant dans ses propos que dans sa stature corporelle, retenue et tendue à ce moment précis de l'entretien.

Il poursuit en me racontant comment dans la nuit du 27 au 28 Août 1997, alors âgé de 21 ans, il a quitté le domicile familial, n'emmenant avec lui, que le strict minimum de ses affaires personnelles, emballées dans un sac poubelle. Il me précise fermement qu'il a été mis à la porte.

A cette époque Vincent était étudiant en alternance pour devenir préparateur en pharmacie et reversait l'intégralité de son salaire à ses parents. Lorsqu'il voulu mettre fin à ce système pour faire suffisamment d'économies et s'installer avec sa petite amie, ses parents l'ont mis à la porte après un refus et une violente dispute. Il me dira par la suite qu'il « en veut à sa mère de l'avoir laissé partir », et qu'il ne comprend pas pourquoi elle, qu'il considère comme « quelqu'un de juste », ait laissé son père le rejeter ainsi.

Je pouvais à ce moment précis de l'entretien ressentir la grande colère qu'il garde en lui envers son père et qui restait inexprimée.

Je fus surprise à plusieurs reprises de l'exactitude avec laquelle Vincent se rappelle des signifiants dataux de son histoire, de la localisation exacte des faits ainsi que des noms des personnes importantes qui ont marqués sa vie.

Je fais alors l'hypothèse que l'importance de ces signifiants anciens sont à mettre en parallèle avec un besoin quasi « vital » de sécurité. Cette sécurité qu'il n'a probablement pas reçue dans l'espace environnemental et relationnel de sa famille, qu'il transpose à des signifiants temporels. Repères de dates fixes, de noms ou de répétitions qui lui procurent une sécurité intérieure. On peut remarquer qu'il existe beaucoup de rétention dans l'histoire de Vincent. Il retient les dates, les faits avec une précision d'horloger, le nombre de fois où l'on ne répond pas à son attente. Il s'est

montré très vexé par exemple que je ne retienne pas les prénoms et les dates de naissances de ses filles après les entretiens que nous avons eus ensemble.

La rupture avec sa famille a été brutale. Vincent me dit qu'il « était main dans la main » avec son deuxième frère et sa première sœur.

Après un très court instant de pause, il rajoute : « j'ai perdu tout le monde ». Bien que non exprimée, j'entends beaucoup de tristesse dans cette petite phrase. Puis il enchaîne très rapidement :

« Ils sont sept frères et sœurs du côté de mon père et quinze frères et sœurs du côté de ma mère. Et il y avait déjà à l'époque soixante-dix petits-enfants, avec lesquels je suis aujourd'hui sans lien ».

Je souligne cette remarque dans laquelle règne encore beaucoup de rétention, autant de colère d'avoir eu à quitter le foyer familial dans de telles conditions, qu'une tristesse profonde de n'avoir plus de contact et ni de nouvelles avec ses frères et sœurs et toute cette famille qu'il ne côtoie plus.

Vous manquent-ils ?

« Non » me répond-il, « il ne me manque pas vraiment parce que si je suis parti, c'est aussi pour me protéger de mes parents, ils étaient criblés de dettes et je ne voulais pas être responsable de leur connerie. Vous savez, j'ai quand même vu mon père se pendre dans le garage et c'est moi qui l'ai détaché. Je lui ai sauvé la vie !! » Je sens une pointe d'amertume derrière ce discours, qui confirme encore la colère retenue de Vincent contre son père qui l'a mis dehors, sans reconnaissance pour ce qu'il avait fait pour lui...lui avoir sauver la vie.

« Ma famille aujourd'hui c'est ma femme et nos deux filles. Pauline, née le 20 décembre 2002 et Lola, née le 24 Juin 2005 ».

Vincent me précise que Lola s'appelle également Lola Swan (Souanne), et Pauline Louise Martine.

Martine, en souvenir de la mère de sa femme, décédée un mois après leur mariage et Swan, en lien avec ses origines marocaines. Vincent me révèle être d'origine marocaine par sa mère et d'origine française par son père. Le prénom de Swan, bien qu'anglicisé dans son orthographe, rappelle phonétiquement à Vincent ses origines marocaines. C'est un fait dont il ne parle que très peu me dit-il et le cache en partie à la famille de sa femme, beaucoup plus « petite bourgeoisie normande » que lui.

Baptisé et ayant reçu sa confirmation, Vincent reste néanmoins musulman et parle et écrit l'arabe. Il essaie petit à petit de parler avec ses enfants cette langue « maternelle » qu'il a reçue de sa mère mais cela reste une cause de dispute fréquente avec sa femme.

A l'évocation de ce métissage, je lui demande comment se sont rencontrés ses parents :

Il ne sait pas très bien en fait mais se souvient que sa mère était très jeune et avait dû s'enfuir de chez ses parents parce qu'elle s'est « retrouvée enceinte » hors mariage. Fait inconcevable dans les familles musulmanes. J'ai à ce moment là la confirmation de l'intuition que j'avais eue lors de la consultation sur la possibilité d'un éventuel traumatisme intra-utérin qu'aurait vécu Vincent.

Il s'agirait bien là d'un traumatisme au sens de la psychosomatique. En effet, selon P.Marty « les maladies somatiques découlent, dans la règle, des inadéquations de l'individu aux conditions de vie qu'il rencontre. ⁵

Selon les événements qu'il rencontre dans sa vie, il existe chez l'adulte trois domaines essentiels, différemment mobilisables selon les sujets : celui de l'appareil somatique, d'essence archaïque, peu disposé à d'importants écarts de sa systématique ; celui de l'appareil mental, le plus récemment établi, le plus sujet théoriquement à régressions et à réorganisations ; puis celui des comportements, toujours présent lors du développement et plus ou moins rallié, voire soumis à l'ordre mental. Lorsque la disponibilité conjuguée de l'appareil mental et des systèmes de comportements se trouve dépassée, mise en échec par une situation nouvelle, c'est l'appareil somatique qui répond. Le dépassement des possibilités d'adaptation correspond, en psychosomatique, à la notion de traumatisme ».

Vincent arrête la pratique de la boxe lorsque les symptômes apparaissent. La voie somatique a pris le dessus sur la voie évacuatrice comportementale primaire. C'est ce même mécanisme qui est à l'œuvre lorsque la maladie conduit Vincent à arrêter son travail au sein duquel son comportement était la soumission et donc le refoulement de sa colère.

« L'effet désorganisant final du traumatisme sur les appareils mental et somatique définit le traumatisme »⁶.

⁵ Marty, P. *La psychosomatique de l'adulte*, 1990, Paris, PUF, (Que sais-je ? n° 1850), p.48

⁶ Marty, P., *op. cit.*, p.48.

Pour exemples de traumatismes, P. Marty⁷ donne « la perte d'un être cher, la perte d'un système de vie antérieur, la perte d'une liberté ou d'une fonction physiologique ou mentale....mais encore figuration fantasmatique, à l'occasion d'un événement à peine sensible, de l'une des pertes précédentes ».

Dans le cas de Vincent, le premier traumatisme, c'est dans le ventre de sa mère qu'il l'a vécu, en étant dans cet état fusionnel avec elle. Il aura vécu le rejet de sa mère par sa famille, dont il se sent responsable ainsi que son propre rejet par sa mère qui lui dira bien plus tard ne l'avoir pas désiré, qu'il «était un accident ». Il se sent donc doublement responsable du malheur de sa mère. Quand on ajoute à ces traumatismes le rejet par sa famille, on comprendra l'importance du rejet dans son histoire.

L'histoire de sa mère est inscrite en lui. C'est lorsque sa femme tombe enceinte, que les premiers symptômes apparaissent, en résonance avec son histoire pré et post utérine. Vincent revit donc dans son inconscient le traumatisme lié au départ de sa mère de sa famille, et en même temps (comme en boomerang) son propre rejet de la part de ses parents à l'âge de 21 ans. Ses problèmes de peau nous montrent que Vincent ne s'est probablement pas détaché de sa mère, et qu'à l'occasion de ces récentes paternités ce traumatisme enfoui a ressurgit.

En effet, en dermatologie psychosomatique⁸ il est établi que c'est la peau qui s'exprime à l'insu de son propriétaire dans un court-circuit de la parole et de l'émotion.

Dans la maladie psychosomatique, le sujet exprime sa souffrance par une lésion corporelle et non par la parole. La dermatose constitue la marque visible de l'interaction de l'esprit et du corps et de l'enchevêtrement des pulsions organiques et psychiques.

« La lésion cutanée est une sorte d'anamorphose, c'est-à-dire une représentation dissimulatrice du réel et un art pour déjouer la censure de la personne à qui paradoxalement est destiné le message. Elle constitue la soupape d'échappement au refoulement et la façon parfois tragique et mutilante de s'exprimer à travers la cuirasse du surmoi. Mais elle prend souvent le masque d'une image cutanée transformée qui a besoin d'un code pour être lisible et comprise, à la façon d'un miroir déformant ».

⁷ Marty, P. *La psychosomatique de l'adulte*, 1990, Paris, PUF, (Que sais-je ? n° 1850), p.49

⁸ Benazéraf C., *Cours de D.U de Dermatologie Psychosomatique*, Nov.2006, Paris, Hôpital Pitié-Salpêtrière.

Chez Vincent, depuis Avril 2006, on note l'apparition de lésions cutanées des jambes et sur la face antérieure du thorax qui seront étiquetées, après une biopsie et une histologie à la Pitié, de type d'eczéma ou de psoriasis.

Dans l'histoire des sujets atteints de dermatoses dites psychosomatiques comme le psoriasis, l'existence d'une problématique de l'abandon, de la séparation ou de la privation de jouissance est toujours retrouvée.

Selon le Docteur Claude Benazéraf, il peut s'agir « d'un deuil, d'un départ brutal, d'un déménagement, d'une perte d'objet aimé etc. ». Ce qui est très important, comme nous le montre le cas de Vincent, c'est que le traumatisme déclenchant renvoie le plus souvent à un autre traumatisme beaucoup plus ancien, subi dans l'enfance et de même nature symbolique. Ce premier traumatisme n'a pas été vécu émotionnellement car trop violent et trop insupportable. Il y a eu comme un « court-circuit », un vide émotionnel. Le malade s'en souvient à peine, mais ce choc a néanmoins provoqué chez lui une perte de confiance et une grande fragilité. Le second événement rappelle inconsciemment au sujet le premier épisode douloureux et oublié lié à la problématique de l'abandon, et la dermatose apparaît après un temps de latence variable d'un sujet à l'autre.

Pour Vincent, c'est à l'annonce de la première grossesse de sa femme qu'il revit de façon non verbale mais brutale à la surface de sa peau, toutes les angoisses et les émotions liées au traumatisme de la séparation de sa mère avec son environnement familial. Ce passage par la peau traduit d'autant plus son inconscient que Vincent, au moment de ces faits était encore in-utéro donc bien incapable de mettre des mots sur toutes ses émotions et qu'aujourd'hui seuls des maux cutanés parlent à sa place. Car toujours selon le Docteur Benazéraf, cette problématique de l'abandon peut être plus archaïque encore. « Elle devient la séparation de deux peaux qui, pour le bébé, n'en font qu'une dans les premiers mois de sa venue au monde. Dans le « feu » de cette séparation peut s'inscrire une dermatose future, tel une dermatite atopique qui « brûle » et fait mal à la peau. La peau lésée permet à l'enfant de maintenir de façon symbolique son lien disparu avec sa mère. Sur cette « double peau » qui a été brisée par la séparation et où l'enveloppe est déchirée, peuvent apparaître beaucoup plus tard des lésions cutanées, souvenir matérialisé d'une souffrance passée. »

Dans le cas du psoriasis diagnostiqué de Vincent, celui-ci peut évoquer aussi bien un rappel cutané de cette souffrance in-utéro liée au traumatisme du rejet vécu par sa

mère que la peau dans ce cas là peut tout aussi devenir une sorte de carapace pour se protéger du monde extérieur menaçant.

Didier Anzieu, dans son ouvrage « *le Moi-peau* »⁹, emploie la notion de « peau psychique » pour désigner l'ensemble des sensations, perceptions qui environnent le corps et lui permettent de se sentir comme une unité, capable de se défendre contre les agressions de l'extérieur tout en ayant des échanges avec lui. Nous retrouvons ici l'importance du « holding » de Winnicott et de la relation première avec la mère.

Autour de la vraie peau de l'enfant, sa mère et son entourage vont créer une enveloppe, un « contenant » de gestes et de paroles qui vont tisser autour de lui une sorte de protection. Elle va en particulier éviter à l'enfant de recevoir de plein fouet toutes les excitations du monde extérieur, qui atteindraient alors rapidement un taux intolérable. En mettant des paroles sur ce qui arrive à l'enfant, elle permet à celui-ci de créer autour de lui cette enveloppe de symbolisation qui lui permettra de prendre une certaine distance avec ses sensations et toutes les perceptions qui lui viendront du monde extérieur : c'est la fonction « pare-excitation » jouée par la mère.

L'alternance de toucher et de distance, accompagnée de l'environnement de paroles, va aider l'enfant à se créer cette peau symbolique qui représente à la fois une défense contre les agressions et une zone qui lui permettra d'entrer en relation.

Car à partir de ces perceptions de lui-même et du monde extérieur, l'enfant va non seulement découvrir l'unité de son corps abrité d'une peau, mais il va découvrir qu'il est un « Moi », c'est-à-dire une personne qui a une unité dans sa manière d'être, de ressentir et de penser.

Si la formation psychique du « Moi » de l'enfant ne s'est pas faite dans un climat suffisamment sécuritaire et pare-excitant, l'enfant restera dans cette situation où il ne saura pas où est la limite entre lui et le monde extérieur, entre son psychisme et celui des autres.

Du coup, il se trouvera en butte à des expériences sensorielles brutes et brutales, terrorisantes, dont il ne pourra rien faire que tenter de les expulser de son psychisme en refusant de les reconnaître comme étant de lui, mais en expulsant en même temps la partie de son Moi qui est liée à ces expériences, donc ressentie comme mauvaise. Dans ce cas le Moi faible et défaillant n'étant pas capable d'assumer la confrontation avec les autres, (comme par exemple le désaccord non manifesté entre Vincent et son

⁹ Anzieu D., *Le Moi-peau*, Dunod, Paris, 1985.

employeur, ou lorsqu'il a rompu tout contact avec sa famille évitant ainsi toute confrontation : expulsion d'une partie de son Moi encore collé avec sa mère), le caractère visible et laid de la dermatose devient un bénéfice secondaire qui permet d'éloigner l'entourage par un phénomène de rejet. C'est par sa peau que le psoriasique se défend alors contre l'angoisse agissant en qualité de frontière du Moi représenté par la frontière du corps, l'autorisant ainsi à un fonctionnement social et affectif presque normal.

Vincent dans un entretien suivant m'évoquera avec amertume le fait que ses parents et en particulier sa mère ne l'ait pas désiré et qu'il était le fruit d'un « accident » et la cause sous-jacente de bons nombres de complications dans la vie de celle-ci. S'étant senti rejeter par sa mère, Vincent a peut-être aussi préféré inconsciemment utiliser ses symptômes cutanés peu séduisants pour mettre à distance son entourage que d'être une fois de plus rejeté.

Dans le remarquable travail de René Spitz (1965), *De la naissance à la parole, la première année de vie*¹⁰, ce qu'il appelle *l'organisation ou système cénesthésique* nous confirme cette hypothèse et nous permet également de mieux comprendre le symptôme des flushs dont Vincent s'est plaint au moment de son hospitalisation et qui survient encore par épisodes. En effet selon Spitz, il « existerait chez les êtres humains un système de sentir différent, spécifique dans sa dimension somatique qui est principalement viscérale, centrée dans le système nerveux autonome, et qui se manifesterait sous forme de manifestations émotionnelles. Il s'agit « d'un processus de réception » dont la sensibilité est liée à certaines zones sensorielles telle la surface de la peau ».

Il existerait, de plus, certaines zones et certains organes sensoriels que l'on peut considérer comme transitionnels, jouant un rôle d'intermédiaire entre les organes périphériques et viscéraux, entre l'intérieur et l'extérieur. Spitz retient le larynx, le pharynx, la langue, l'intérieur des joues, les lèvres, le menton le nez et les joues ainsi que l'oreille interne.

Le système cénesthésique de Spitz est à mettre en parallèle avec les recherches de Damasio¹¹ qui ont mis au jour le circuit neuronal des émotions.

Selon Damasio, « lors d'un événement traumatique, on observe un certain nombre de modifications physiologiques du corps. Il se produit autant de changements dans les

¹⁰ Spitz R., *De la naissance à la parole, la première année de vie*, Paris, PUF, 1965,

¹¹ Damasio A. R., *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*, Paris, Odile Jacob, 1995.

fonctions des viscères : cœur, poumons, intestins et peau ; que des changements aussi des muscles squelettiques et des glandes endocrines ; enfin le système immunitaire s'accroît, aboutissant au palissement de la peau, ou bien le tonus et les vaisseaux sanguins de la peau se dilatent, aboutissant au rougissement de la peau. »¹²

Dans le cas de Vincent, lorsque la quantité d'excitations mentales provoque un débordement des défenses psychiques, cela se traduit au niveau aussi bien au niveau de son système immunitaire occasionnant ses flushs, qu'au niveau des viscères avec l'apparition de son psoriasis et de ses plaques aux avant bras et aux jambes.

Je fais l'hypothèse que dans le cas de Vincent, c'est au moment des deux grossesses de sa femme, l'un juste après l'annonce de la première grossesse, l'autre quelques mois après la naissance de sa seconde fille que correspondent les deux épisodes somatiques diagnostiqués « prostatodynie » certainement liés à la remontée inconsciente de ses traumatismes archaïques subis dans la toute petite enfance et refoulées depuis lors.

En effet, la femme de Vincent me confirmera lors du seul entretien que nous aurons ensemble pour me faire une idée de son état « psychologique » face à la maladie de son mari, qu'il a fait cette « première crise » à peine quinze jours après qu'elle lui ait annoncé sa grossesse. Selon elle, avoir un premier enfant s'est révélé conflictuel, son mari « n'étant pas chaud » à avoir ce premier enfant.

En réponse, en avril 2002, Vincent fera un premier épisode de prostatite aïgu.

Pendant cet entretien, Vincent ne me parlera finalement que très peu de son histoire médicale, me la relatant sur le mode de l'actuel et du factuel, sans trop d'émotions.

A la fin de l'entretien il me confiera que pour cette première fois il est surpris d'avoir autant parlé de lui et de s'être confié avec autant de facilité à quelqu'un qu'il ne connaît.

J'entends dans cette confiance autant la grande solitude de Vincent dans sa vie quotidienne, relationnelle et familiale qu'un grand soulagement d'avoir eu un espace qui lui soit consacré et dans lequel il a peut-être fait l'expérience d'une écoute bienveillante et pare-excitante dont il avait tant besoin.

¹² Stora J.B, *Quand le corps prend la relève*, Paris, Odile Jacob, 1999.

Au cours de l'entretien suivant, Vincent me rapporte un rêve dans lequel il « était dans la rivière et quelqu'un me tend la main ». Là se symbolise l'écoute et l'aide qu'il reçoit de ma part lors de ces différents entretiens qui certainement le soulagent.

Sa production onirique est assez rare et le seul rêve riche de sens qu'il me raconte s'appuie sur un fait véridique qui s'est passé en 1995. Sa famille se fait agressée au petit jour par des gens du voyage qui s'étaient introduit chez eux par effraction.

Alors que les autres membres de sa famille sont victimes de violences, Vincent réussit à s'échapper par une porte laissée entrouverte.

De cet épisode authentique qu'il me relate, il garde la culpabilité de s'en être sorti avec juste quelques brûlures au pied, et le sentiment d'avoir été égoïste. Il s'en veut en particulier de « n'avoir pas pu protéger sa mère ». Cet épisode confirme une fois de plus son lien de responsabilité vis-à-vis de sa mère et tout le sens d'une auto-punition somatique qu'il s'inflige lorsqu'il retourne contre lui toute la colère de son impuissance.

À l'entretien suivant, il me dira que suite à notre rencontre il a ressenti dans les jours et la semaine suivante « des sensations de chaud et des picotements au niveau des joues et des bras ». Je suis contente d'entendre de Vincent que petit à petit il reprend contact avec ses sensations corporelles, comme si l'énergie si longtemps contenue se mettait à circuler de nouveau.

En visite de contrôle avec le Pr Bitker, il confirmera l'amélioration grandissante de son état général et la satisfaction d'avoir eu l'opportunité de s'exprimer au cours de ces différents entretiens d'investigation psychosomatique.

Si l'on utilise maintenant la grille d'observation psychosomatique (annexe 1) proposée par J.B Stora pour établir un bilan exhaustif de structure psychosomatique, et au vu des symptômes établis, on pourrait le libeller ainsi :

Axe 1A : RELATION D'OBJET

150 : Prédominance de traits narcissiques au moment de sa régression somatique

152 : Mise en place de l'objet

154 : Narcissisme de vie

156 : Idéal du Moi fort, imago parentale idéalisée (soumis à la valeur : travail)

160 : Masochisme de vie

161 : existence de lacunes du préconscient avec insuffisance de connotations affectives des représentations, soit dans la relation des faits ou dans les réminiscences.

Axe 1B : ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS

203 : deuils récents, séparation non élaborés

- 210 : traumatisme de sa situation familiale : père violent, mère rejetante.
- 211 : Traumatisme de la naissance
- 213 : Traumatisme professionnel : en conflit avec sa hiérarchie
- 216 : Coexistence de plusieurs modes de pensée dans le Moi, en conséquence des différences culturelles : père français, mère marocaine.
- 218 : vie et pensée opératoires : réduction de la pensée face à l'importance des comportements.

Axe 1C : POINTS DE FIXATIONS REGRESSIONS ET MECANISMES DE DEFENSES :

- 301 : fixations premières avec symptômes de troubles des fonctions de la peau : psoriasis.
- 303 : fonction alimentaire : troubles du comportement alimentaire avec perte de poids de 18 Kg en 10 mois.
- 304 : Fonction excrétoire : Rein, contrôle sphinctérien.
- 307 : SNC symptômes de flushs
- 350 : 1^{er} organisateur psychique, organisation cénesthésique (cf R. Spitz)
- 354 : position schizo paranoïde : dans la relation à l'objet primaire (bon et mauvais ; aimé et haï)
- 358 : point de fixation au premier temps du stade anal.
- 382 : clivage de l'objet
- 384 : refoulement
- 389 : retournement sur soi

Axe 2A : TRAITES DE CARACTERES

- 405 : oral dans la régression anorexie mentale symbolisant le refus de la sexualité génitale.
- 406 : anal et obsessionnel : rétention et contrôle/maîtrise. Contrôle des signifiants dataux.

Axe 2B : ACTIVITES SUBLIMATOIRES ET ONIRIQUES

- 493 : activité sportive, la boxe.

Axe 2C : COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION

- 457 : décharge dans les comportements
- 458 : acting out, passage fréquents aux comportements
- 464 : sexualité génitale, éjaculation précoce, troubles de l'érection
- 470 : répétitions somatiques, rafale de maladies

AXE 3 : EXPRESSION DES AFFECTS

- 501 : conversion des affects.
- 504 : alexithymie, l'émotion est exprimée par des moyens comportementaux et médiatisée par le système limbique, dimension biologique de l'affect. Limitation de la

vie imaginaire, tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits.
Description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques.

507 : affect du plaisir du déplaisir. Ressent un certain plaisir à dépasser la douleur, et ne plus la sentir. Avoir le dessus sur elle.

511 : fatigue

512 : douleur

AXE 4 : ENVIRONNEMENT SOCIO- PROFESSIONNEL, FAMILIAL, DONNEES PERSONNELLES RECENTES

601 : Env. familial perturbé au cours de l'enfance, de l'adolescence, à l'âge adulte ; rupture d'équilibre au sein de la famille.

603 : env. socio professionnel instable : conflits, harcèlements...

604 : rupture avec la famille, séparation, déménagement

608 : conversion récente

609 : désintrication et intrication des pulsions.

613 : Sexuelles, difficultés sexuelles récentes : impuissance

AXE 5 : EVALUATION DE L'ETAT SOMATIQUE

700 : maladie du système nerveux

709 : Maladie des organes génito-urinaires

711 : maladie de l'œil

714 : maladie de la peau.

EVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE :

Irrégularités du fonctionnement mental, débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répressions des représentations ; prévalence forte des comportements ; répressions des affects ; altération importante des capacités de relations à l'environnement ; organisation psychique ou structure : S131. Risque élevé au niveau de l'évaluation du risque somatique, sujet à risque moyen – possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir des points de fixations tout en surveillant l'instabilité possible.

Cas 2 : Léa B.

Nous recevons Léa B. le vendredi dans la matinée pour une consultation d'investigation psychosomatique à la demande du Pr Bitker. Léa avait consulté la veille le Pr Bitker.

C'est une jeune fille de 18 ans, étudiante en terminale, et célibataire qui arrive alors en consultation d'urologie à la Salpêtrière dans le bureau du Pr Bitker avec derrière elle un parcours médical déjà chargé. Cette visite semble être un dernier recours pour Léa.

Elle est adressée au Pr Bitker par le docteur Nsabimbona, assistant du Pr Boiteux du service d'urologie du CHU de Clermont-Ferrand.

Léa avait été hospitalisée dans leur service du 17 au 28 Septembre 2006 à la suite d'un second épisode de rétention d'urine.

Elle entra dans leur service via les urgences le 17 Septembre parce qu'au matin, elle s'était réveillée avec une importante envie d'uriner sans qu'aucune miction n'eut été possible. Un sondage évacuateur fut réalisé et un globe vésical à 1 litre retrouvé. Elle fut par la suite adressée en lithotripsie mais finalement aucun calcul n'était visible.

Pendant son séjour en urologie une échographie abdominale et un scanner abdomino-pelvien et des voies urinaires furent réalisés et s'avèrent sans particularité, avec notamment aucun d'obstacle des voies urinaires. La sonde à demeure fut alors retirée mais le sevrage semblait impossible et Léa dut avoir recours à des auto-sondages. Elle contracta alors une infection urinaire nosocomiale.

Se plaignant par ailleurs de lombalgies, un avis rhumatologique fut demandé et il eut alors un doute sur une hypoesthésie en selle.

C'est dans ce contexte qu'elle fut adressée dans le service de Neurologie après la réalisation d'une IRM médullaire et encéphalique qui s'avéra sans particularité.

De même l'examen clinique et le bilan biologique s'avérant sans particularité, il fut conclut dans le rapport du service (établit par l'interne) qu' « il s'agit d'une rétention aigue d'urines sans étiologie organique diagnostiquée, survenant dans un contexte de stress psychologique particulier. L'évolution de cette symptomatologie psychogène est en général spontanément favorable. » En attendant Léa poursuivit les auto-sondages et fut orientée finalement vers le Pr. Bitker.

Vendredi 15 Décembre 2006 :

Léa en est à son deuxième entretien avec le Pr Bitker. Celui-ci nous demande d'y assister, la psychologue du service et moi-même, afin que nous puissions la recevoir seule par la suite si elle accepte et proposer au Pr notre avis sur la dimension psychodynamique des symptômes de sa patiente.

Entretien avec le Pr Bitker :

Pendant son entretien avec le Pr Bitker, Léa est accompagnée de sa mère.

Léa est une jeune fille de 18 ans, jolie brunette aux yeux verts de chat qu'elle souligne habillage d'un trait de crayon noir qui appuie son regard, souvent dur mais que l'on peut surprendre s'adoucir par instant. Léa attache beaucoup d'importance à son apparence pour mettre en valeur sa féminité.

Face au Pr Bitker, elle se présente comme à l'aise et détendue dans son expression verbale. Pourtant j'observe une certaine anxiété derrière cette apparence, que trahie la raideur de sa posture. Elle est calée au fond de son fauteuil et regarde fixement dans les yeux le Pr quand celui-ci lui pose une question.

Sa mère n'intervient que rarement, juste pour donner des détails factuels sur l'hospitalisation et les consultations d'urologie qu'a eues sa fille depuis septembre 2006. Entre elles, il y a comme un climat ambivalent, fait d'entente et de défensive. En effet Léa est très attentive et réactive face aux réponses de sa mère aux questions posées par le Pr Bitker. Elle ne laisse rien passer qui lui semble erroné et lorsqu'elle est en désaccord. Elle nous relate son parcours médical depuis sa rétention d'urine avec beaucoup de platitude et de détachement. Elle insiste juste sur le fait que ce séjour n'a servi à rien puisqu'aucun diagnostic n'a été fait sur ses symptômes. Elle nous avoue que pendant ces deux semaines d'hospitalisation à Clermont-Ferrand « elle a pété un plomb, surtout en neurologie ».

Elle pose également beaucoup de questions aux Pr Bitker sur ses symptômes, et l'évolution de sa maladie.

« Est-ce que je vais devoir prendre ce traitement à vie ?? ». Elle dit ne pas vouloir être médicamentée sur du long terme.

« Quels sont les effets secondaires des traitements ? »...

Elle se plaint à de nombreuses reprises que rien n'a pu jusqu'ici la soulager et que les deux hospitalisations qu'elle a subies ne lui ont été d'aucuns secours. Elle a le sentiment

que personne ne prend au sérieux sa maladie et la douleur qui l'accompagne, tant physiquement que psychologiquement.

Ses symptômes, très douloureux, la gênent aujourd'hui beaucoup dans sa vie personnelle. Ils l'empêchent de suivre correctement sa scolarité et perturbent sa vie affective et sexuelle. Elle n'a dit à personne de son entourage relationnel de ce qu'elle souffrait et évoque la honte face aux autres d'avouer pratiquer des auto-sondages.

Après sa consultation avec le professeur Bitker, Léa accepte de nous rencontrer pour que nous puissions ensemble approfondir son parcours médical et sa vie personnelle sous un angle jusque là inexploré : la dimension psychologique et la dimension psychosomatique de ses symptômes.

Léa nous apprend que ses symptômes sont apparus pendant un week-end qu'elle passait chez son père. Au printemps précédant, Léa s'était séparée de son petit ami avec lequel il vit une relation amoureuse depuis trois ans. Elle était depuis retournée vivre chez sa mère. Ses parents sont divorcés depuis dix ans (Léa avait 8 ans), séparés à la suite de l'annonce de l'homosexualité de son père et de sa décision de vivre avec l'homme qu'il avait rencontré déjà un an auparavant.

Léa avait décidé pendant l'été, et en accord avec ses parents, de quitter le foyer de sa mère pour s'installer en colocation avec un ami diabétique. Mais cette expérience n'a duré qu'une quinzaine de jours. L'ami en question s'est révélé plus intéressé par Léa qu'il ne l'avait dit jusque alors et avait essayé 'gentiment' d'abuser d'elle. Elle nous dira qu'en plus de ces faits, il était « sale », ne participait jamais aux tâches ménagères dans leur appartement et que très vite elle ne souhaitait pas être sa « bonne à tout faire ».

Après cette mauvaise expérience, elle était donc revenir vivre chez sa mère, à contre cœur car elle nous précise ne pas avoir de bonnes relations avec elle.

Léa a un frère aîné, âgé de 21 ans, étudiant en licence d'histoire, « le chouchou » de sa mère nous dit-elle. Elle ajoute : « il a tout de mieux ». Elle nous dit ne pas être jalouse de son frère mais plutôt en colère contre sa mère qui se comporte différemment avec l'un et l'autre. Elle précise ressentir « plus de l'envie que de la jalousie ».

Quand on sait que l'envie est un sentiment plus archaïque que la jalousie, on peut se demander quel niveau de régression a atteint Léa pour somatiser dans son corps féminin le plus intime, cette colère/rage qu'elle garde contre sa mère qui l'envahit et qu'elle retourne contre elle par le biais de sa rétention d'urine et de ses symptômes urétraux.

Malgré cette relation qu'elle nous décrit comme difficile avec sa mère, à la question : « comment vous vous vivez en tant que femme », Léa nous répond « j'ai toujours voulu faire plus que mon âge, voulu grandir plus vite, je voulais être une femme. J'admire les femmes ». (*Axe 2A : 403, Hystérique génital de nature œdipienne (séduction)*). Au premier abord cela peut paraître contradictoire mais nous pouvons faire l'hypothèse de l'envie sous-jacente de Léa d'aller à la découverte d'elle-même en mettant en avant son corps sexuel et d'y trouver un moyen de confirmer son identité sexuelle et donc sexuée auprès des hommes qui sont très importants dans son histoire. (*Axe 2A : 409 ; Sado-masochiques, relations érotisées physique comme morale*)

Ce fait nous est confirmé lorsqu'elle nous parle de sa dernière relation amoureuse qui a duré plus de trois ans avec un homme de huit ans son aîné et qui s'est terminée au printemps précédant sur sa décision. Sur la fin de la relation, elle se sentait étouffée par sa jalousie grandissante, car tel un pygmalion cet homme l'empêchait de sortir à sa convenance, surveillait ses fréquentations, et allait même jusqu'à régenter sa façon de s'habiller. Léa ne se sentait plus respectée.

Et le respect est un sentiment dont Léa nous dit avoir le plus besoin et pour cela elle nous précise « je veux qu'on me voit avec un cœur de pierre, je veux qu'on me voit forte et solide. Si je suis trop fragile, je vais perdre le pouvoir. J'aime montrer ma force ».

Nous entendons bien dans cette simple phrase le résumé de la problématique œdipienne de Léa dans laquelle elle se positionne en rivalité avec son frère et les hommes pour essayer de leur « prendre » ce qu'elle n'a pas et qu'elle nomme « le pouvoir ». Et en même temps en rejet de sa féminité (« trop fragile »), l'ayant peut-être identifiée comme une faiblesse chez sa mère qui aurait laissé son père la quitter. De plus pour un autre homme, qui comme tous les hommes doit détenir « ce pouvoir » tant attractif du point de vue la petite fille en cours de construction sexuelle. (*Axe 1A : Objectal, prédominance du comportement œdipien*). *Voulait-elle tester et contrôler son phallus imaginaire avec celui d'un homme de huit ans son aîné. Jalousie ou envie ?? Qui des deux envie-t-elle le plus : son frère ou sa mère ? Combat entre elle et sa mère pour gagner le phallus.* Françoise Dolto dans « *Psychanalyse et Pédiatrie* », quand elle décrit le complexe d'Œdipe chez la fille insiste sur « les dangers de la castration qui précèdent le complexe d'Œdipe et même l'empêche de s'installer »¹³.

¹³ Dolto. F., *Psychanalyse et Pédiatrie*, Editions du Seuil, Paris, 1971, p 112.

Et le premier de ces dangers qui pourrait nous aider à mieux comprendre la problématique de Léa est « *le complexe de virilité* ».

Selon F.Dolto, dans le cas où la zone érogène vaginale n'a jamais été investie de libido, « on observe, outre la frigidité vaginale, un comportement captateur qui peut se diriger *sur la mère seule, sur les deux parents, ou sur le père seul*, mais *sans* essai de rivalité avec la mère au moyen d'armes féminines. De plus il y a régression aux zones érogènes archaïques, sur lesquelles se joue sur le mode symbolique le refus de la sexualité génitale (constipations, spasmes, troubles gastro-intestinaux, indigestions, vomissements) »¹⁴. Et pourquoi pas rétention d'urine aigüe ?? Car derrière la souffrance dite des auto-sondages, y-a-t-il satisfaction inconsciente de Léa au niveau cette zone érogène ? Ce serait un moyen grâce auquel elle se « masturbe » symboliquement cette zone génitale donnant ainsi un alibi à son Moi pour accéder aux intérêts libidinaux génitaux si douloureux pour son narcissisme.

Le complexe de virilité décrit par F. Dolto correspond à de nombreux traits de caractères repérés chez Léa. En particulier ceux qu'elle décrit dans l'analyse du complexe lorsque la fille est fixée affectivement à son père seul. « La fille présente une affectivité infantile ambivalente avec un caractère bon enfant et garçonnier, mais un violent Sur-Moi qui interdit chez elle les moindres tentatives d'identification à sa mère et de séduction féminine à l'égard du père, et c'est avec une aimance ego-possessive qu'elle brigue le phallus pour elle-même, et tente alors de s'identifier aux garçons. À la puberté elle fuit les femmes, se rapproche des hommes pour tenter de s'identifier à eux...une telle névrose de caractère est toujours en rapport avec une névrose familiale »¹⁵. Dans l'histoire de Léa la névrose familiale semble être double, avec une mère qui lui a peut-être fait entrevoir la vie maternelle comme une suite de douleurs (Léa précisant qu'elle était incertaine d'avoir été désirée), l'amour comme un piège, la vie conjugale comme une suite d'obligations sans joie compensatrice, et un père, tant aimé mais qui finalement se révélera être homosexuel et donc confirme implicitement tous les dires de sa femme à leur fille alors âgée de 6/7 ans. Ceci ne lui permet pas de trouver chez ses parents une confiance et une protection suffisante pour dépasser cette angoisse de castration phallique dans laquelle « elle se voit « contrainte » à accepter ou plutôt à subir son sexe comme une brimade.

¹⁴ Dolto. F., *op. cit*, p.114.

¹⁵ Dolto. F., *op. cit*, p.117.

Cela laissera dans son affectivité une blessure toujours ouverte, que ravivera la moindre infériorité réelle dans la vie ». ¹⁶

Ce qui chez Léa semble bien être le cas car elle souffre régulièrement de rétention d'urine passagère depuis le moment de son passage à une féminité réglée et à chaque début de cycle depuis lors. La féminité est-elle vécue par Léa comme une infériorité ?? Ses épisodes de rétention d'urines s'aggravaient en face de son ex-compagnon qui lui imposait sa supériorité.

Léa nous apprend qu'elle est suivie en psychothérapie par un médecin psychiatre, un homme, depuis un an environ, à la demande insistante de sa mère. Elle dit qu'elle n'en voit que peu l'intérêt.

On peut douter de l'efficacité de cette prise en charge thérapeutique car comment pourrait-elle avoir confiance en un homme qui, comme les autres, détient ce qu'elle convoite, le tout à la demande de sa mère avec laquelle elle entretient un conflit permanent et qui l'a tellement déçue par le passé ? Léa aurait peut-être plus de chance d'avancer dans son développement psycho-sexuel en étant accompagnée par une femme psychothérapeute/psychosomaticienne suffisamment bonne (cf. Winnicott) et faisant fonction de pare-excitation. Cela lui permettrait probablement autant de restaurer son accès à sa féminité dans un lien de confiance et de non concurrence que de l'accompagner sur le chemin de la rencontre avec les hommes. Elle trouverait plus facilement une façon être rassurer face à ce « pouvoir » supplémentaire qu'elle leur attribue et qui n'existe pas dans le réel. Car « cette identification à la mère ou à une femme *normale*, est indispensable à l'avènement de l'érogénéité vaginale qui permettra seule l'amorce de la situation œdipienne. » ¹⁷

A la fin de l'entretien, nous remercions Léa de sa confiance et la revoyons un peu plus tard dans le bureau du Pr Bitker, en présence de sa mère.

S'appuyant notre avis quant à l'origine probablement psychogène des troubles de Léa, le Pr Bitker décide de la prendre en hospitalisation après les fêtes de fin d'année pour pouvoir explorer tous les possibles thérapeutiques. Cela dans l'espoir de la faire sortir de ce cercle douloureux d'auto-sondage et de rétention d'urine.

¹⁶ Dolto, F., *op. cit*, p.118.

¹⁷ Dolto, F., *op. cit*, p.112.

Le 02 Janvier, je revois Léa en tête à tête, le lendemain de son entrée à l'hôpital et la trouve un peu plus en contact, non seulement dans notre relation mais également avec ses émotions, beaucoup plus libres.

Encore touchée par notre premier entretien, un mois auparavant, je suis rentrée dans sa chambre et après quelques instants de silence d'écoute et d'empathie pour son histoire, Léa se mit à pleurer. Elle me disant que « c'était dur pour elle d'être là, seule, loin de sa famille, et que le Pr Bitker était dur » avec elle.

Elle se détend peu à peu et me parle de ses projets d'avenir qu'elle envisage pour après le bac. Elle souhaite faire des études d'esthétique et intégrer plus tard une entreprise de cosmétique de luxe.

Quand je lui pose la question de savoir si elle rêve, elle me répond ne pas s'en souvenir.

Le reste de notre entretien se passe principalement sur le mode de l'actuel et du factuel.

Elle me parle d'un nouveau garçon qu'elle vient de rencontrer, qui se montre très patient et attentionné avec elle. Ce dont elle « n'a pas vraiment l'habitude ». Elle dit rester pour l'instant « en position d'observatrice ».

Au cours de la semaine, devant l'échec des thérapeutiques habituelles pour soigner une rétention d'urine aigüe, doublée de symptômes urétraux, le Pr. Bitker fait l'hypothèse qu'en lui imposant la pratique de lavements, elle fera une vidange de sa vessie au moment de la vidange rectale. Il suppose que cela devrait lui permettre de reprendre petit à petit contact avec son corps et une fonction mictionnelle plus naturelle.

J'attire l'attention du Pr Bitker sur un éventuel bénéfice secondaire à cette pratique qui pourrait être le renforcement chez Léa de la fixation du plaisir aux zones érogènes archaïques, tout en pariant sur le transfert massif positif qu'elle a fait sur lui. Ce transfert serait établi sur une confiance instinctive qui, je l'espère, est suffisamment réparatrice pour que Léa accepte cette manifestation « virile » et sans qu'elle la vive comme trop intrusive.

Léa accepte à contre cœur cette démarche et s'y résigne. En poursuivant cette prescription avec régularité tout au long de son séjour, Léa reprend des mictions de plus en plus normales. Elle sortira au bout de 7 jours d'hospitalisation avec une reprise complète et naturelle de sa fonction mictionnelle.

L'hypothèse faite par le Pr Bitker était donc juste médicalement, tout en s'appuyant en grande partie sur la relation de confiance instaurée entre eux. Il a su montrer à Léa qu'il s'investissait dans sa maladie et reconnaissait sa souffrance. Il a néanmoins toujours su rester directif avec elle, et garder ainsi son « pouvoir » sur elle. En complément des

moments d'écoute et de partage que nous avons eu ensemble, sa relation avec le Pr Bitker, bien que nouvelle mais forte, fut probablement vécue par Léa comme une amorce réparatrice d'une relation aux hommes plus saine. L'intégration de la dimension psychosomatique avec une écoute authentique dans le service de Pr. Bitker a peut-être aussi contribué à accentuer le contenant réparateur nécessaire pour une guérison (transfert à la fois sur le masculin/père et le féminin/mère). J'espérais que cela lui permette d'entamer une poussée dynamique vers une reprise de son évolution psychosexuelle.

Quand je la revoyais quelques mois plus tard lors d'une visite de contrôle, elle m'apparut beaucoup plus épanouie, ayant réussi son baccalauréat et ayant trouvé pour l'année scolaire prochaine l'établissement qui correspondait à ses attentes professionnelles. Elle se sentait de plus en plus investie dans cette nouvelle relation dont elle m'avait parlée quelques mois auparavant et souhaitait qu'elle se poursuive. Les relations avec ses parents s'aplanissaient et elle me dît vraiment vouloir « faire des efforts l'année prochaine dans cette nouvelle école » pour pouvoir rendre par son comportement et son engagement le temps et l'argent que ses parents lui consacraient. Elle ne souffrait plus de rétention d'urine, ni passagère, ni aigüe.

Conclusion :

Tout au long de ce mémoire nous avons essayé de mettre l'accent sur l'interrelation qu'entretiennent le corps et la psyché dans la sphère somatique de ces deux patients. Bien qu'absolument différents dans leur histoire, dans leur manière d'aborder leur maladie et dans leur structuration psychique, ils souffrent tous les deux des mêmes symptômes. La psychosomatique parce qu'elle prend en compte les patients dans leur globalité et accueille favorablement une interactivité multidisciplinaire des thérapeutiques, est une des voies à privilégier pour permettre autant aux équipes médicales concernées, aux thérapeutes psychosomaticiens qu'aux patients de mieux appréhender la maladie et d'agir ensemble sur la voie de la guérison. Par les liens entre les disciplines, entre les thérapeutes et le patient, entre ses histoires, qu'elles soient médicale, familiale, comportementale, ou affective, et au travers du sens retrouvé, on crée un environnement favorable pour connecter de façon plus saine des parties de son psychique jusque là sans liens ou en conflit. L'individu perçu dans cette globalité peut réconcilier ces ensembles qui le constituent.

EVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

Note	1. Fonctionnement et dysfonctionnement psychique Critères de gravité et de fonctionnement psychosomatique	
	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. Vie et pensée opératoire 4. Désorganisations au cours de dépressions essentielles.	A établir à partir des axes : 1A, 1B, 1C, 2A et 2B. <u>Axe 1A :</u> Relation d'objet : Narcissisme : Soi grandiose, Idéal du Moi, Moi Idéal : Masochisme : Préconscient : épaisseur, fluidité, disponibilité dans le temps Apprécier les capacités associatives, et <u>la capacité de rêver</u> <u>Axe 1B :</u> Angoisses : Deuils : Dépressions : Traumatisme : Influence de la culture sur le fonctionnement psychique <u>Axe 1C :</u> Fixations somatiques Fixations psychiques Mécanismes de défense <u>Axe 2A : traits de caractère</u> phobique hystérique pervers à dominante orale à dominante anale à dominante phallique relations sado-masochiques <u>Axe 2B : Activités sublimatoires</u>
	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	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

	de faire la synthèse des informations établies en 1, 2, 3, et 4 ci-dessus.	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.	4. Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée 3. Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible. 2. Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation 1. Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.

Evaluation globale du risque psychosomatique							
Psychisme fonctionnement	1	2	3	4	*	*	*
comportements	1	2	3	4	*	*	*
Affects	1	2	3	3	*	*	*
environnement	1	2	3	4	5	6	7
Risque somatique	1	2	3	4	*	*	*
Evaluation globale	5	10	15	15	20	21	22

De 0 à 5 absence de risque

De 5 à 10 risque faible à modéré

De 10 à 15 **risque modéré à élevé**

15 et plus risque élevé à très élevé

Annexe 1 : 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

Après l'investigation du patient commencer par remplir les axes de la grille selon l'observation.

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 d'indifférenciation	Stade de relation non objectal coïncidant plus ou moins avec celui du narcissisme primaire – <u>stade d'indifférenciation ou stade de non-différenciation</u> , 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. L'individu-enfant se prend lui-même comme Objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs- stade de la toute puissance des pensées. Première ébauche du Moi et son investissement par la libido. Prédominance de traits narcissiques.
151	Pré-objectal	M. Klein: position schizo-paranoïde dans la relation à l'objet (bon et mauvais, aimé et haï). Rapprocher de R. Spitz âge de trois mois Prédominance de traits de la prégenitalité.
152	Objectal	Intégration de la position dépressive du 9 ^o mois ; mise en place de l'objet . Prédominance du comportement oedipien génital
153	Narcissisme primaire Narcissisme de mort	
154	Narcissisme secondaire Narcissisme de vie	.
155	Soi grandiose	
156	Idéal du Moi	Imago parentale idéalisée
157	Moi-Idéal	.
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 désintringation pulsionnelle.
160	Masochisme de vie	
161	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

		<p>accompagnements affectifs de la mère.</p> <p>Nous devons ici apprécier l'épaisseur du préconscient, la fluidité des représentations et la disponibilité dans le temps des représentations mentales.</p> <p>Capacité de rêver (ancien 495 de l'axe sublimation).</p>
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	
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. (cf. glossaire en fin de document).
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 d'asthme, de syndrome métabolique, de cas d'anorexie, etc.
301	Fixations premières	Symptômes troubles fonction respiratoire, peau, système immunitaire. Cf. relation d'objet allergique de Pierre Marty.
302	Fonction cardiaque	Troubles
303	F. alimentaire	Estomac, foie, pancréas, troubles du comportement alimentaire
304	F. excréation	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	
Points de fixations-régression et Stades de développement de la sexualité		
<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 passive orale	
357	Fixation sadique orale	
358	Fixation anale 1^{er} temps	
359	Fixation sadique anale 2^{ème} temps	
360	Fixation phallique	
361	Fixation homosexuelle	
362	Fixation génitale	

MECANISMES DE DEFENSE		
380	Déni de la réalité psychique	Nous devons parler de pluralité de dénis de la réalité ; pour Freud dans une première définition il s'agit d'un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est évoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses. Il s'agit en vérité d'un mécanisme de défense à l'égard de la réalité extérieure. La notion de clivage du moi vient éclairer celle du déni. Dans « L'homme aux loups » Freud développe le concept de clivage de la personnalité en divers courants indépendants. On peut dire que le déni de castration est le prototype des autres dénis de réalité. Le clivage du moi est à distinguer du processus de refoulement car il s'agit de la coexistence de deux types de défense du moi et non pas d'un conflit entre le moi et le ça ; une des défenses du moi porte sur la réalité extérieure, il s'agit d'un déni d'une perception.
381	Clivage du Moi	
382	Clivage de l'Objet	Des 1946 Mélanie Klein décrits un mécanisme de défense très archaïque utilisé dans la position schizo paranoïde. Un tel mécanisme se retrouve au cours de l'enfance, à l'âge adulte dans les pathologies psychotiques ou les états limites et dans les troubles psychosomatiques. Dans la position schizo-paranoïde le clivage porte sur un objet partiel alors que dans la position dépressive ce même mécanisme pour apporter sur un objet total. Un des premiers objets partiels que rencontre le nourrisson est le sein maternel, un clivage peut alors s'opérer : le sein en tant que source de satisfaction est un bon objet alors qu'en tant que source de frustrations, il est un mauvais objet. Cela va donner lieu à toute une série de processus projectifs et introjectifs qui vont permettre à l'enfant de s'approprier le monde et plus tard de le penser. Le bon objet sera gardé à l'intérieur, le mauvais est expulsé à l'extérieur, le clivage va permettre l'organisation de l'univers sensoriel et émotionnel du jeune enfant. Pour Mélanie Klein, le clivage va servir de base au refoulement, un clivage initial excessif risque de rendre difficile toute communication entre l'inconscient et le conscient, et donc de déboucher sur un mécanisme de refoulement ultérieur d'une rigidité névrotique. Un clivage excessif peut amener une désintégration du moi, le clivage est aussi à la base de mécanismes tels que l'idéalisation ou l'angoisse de persécution. Pour Mélanie Klein le clivage de l'objet ne peut avoir lieu sans qu'un clivage du moi ne l'accompagne ; le moi pourrait être effrayé par son agressivité (au sens d'angoisse à l'égard de l'objet) et par conséquent va maintenir séparer les parties de lui-même considérée comme bonnes de celles considérées comme mauvaises. La partie mauvaise fait généralement l'objet d'une projection ce qui permettra au moi d'éviter de connaître son agressivité ou son angoisse. Ce n'est que lorsque le moi devient plus fort c'est-à-dire capable de supporter ses émotions négatives, qu'il pourra les reconnaître comme faisant partie de lui-même diminuant ainsi progressivement le recours à la projection et pouvant accéder à une meilleure intégration et différenciation entre lui et l'objet. Une telle évolution mènera le moi à la position dépressive.
383	Identification projective	Terme introduit par Mélanie Klein en 1932, il s'agit de décrire les fantasmes d'attaque contre l'intérieur du corps maternel. L'identification projective est une modalité de la projection, c'est-à-dire rejet à l'extérieur de ce que le sujet refuse en lui, projection du mauvais. Ce mécanisme en relation étroite avec la position schizo-paranoïde consiste en une projection fantasmatique à l'intérieur du corps maternel de parties clivées

		de la propre personne du sujet, de façon à contrôler la mère de l'intérieur. Ce fantasme est la source d'angoisses comme celle d'être emprisonné et persécuté à l'intérieur du corps de la mère. Un autre danger pour le moi est de se trouver affaibli dans la mesure où il risque de perdre dans l'identification projective de bonnes parties de lui-même. En résumé il s'agit d'un mécanisme se traduisant par des fantasmes où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet et pour lui nuire, le posséder et le contrôler.
384	Refoulement	Il s'agit d'un processus psychique qui peut être considéré comme un processus universel, en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme. C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion. Cf. les travaux de Sigmund Freud.
385	Formation réactionnelle	Il s'agit d'une défense directement en opposition avec la réalisation du désir ; c'est une attitude de sens opposé aux désirs refoulés et constitués en réaction contre celui-ci par exemple la pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes. À propos de la névrose obsessionnelle Sigmund Freud dégage un mécanisme psychique particulier consistant à lutter directement contre la représentation pénible en la remplaçant par un symptôme primaire de défense consistant en des traits de personnalité: scrupulosité, pudeur,-- qui sont en contradiction avec l'activité sexuelle infantile à laquelle s'était d'abord livré le sujet pendant une première période dite « d'immoralité infantile ». Le processus de formation réactionnelle joue un rôle important dans l'édification des caractères ; la constitution du surmoi est en partie attribuée aux mécanismes de formation réactionnelle.
386	Isolation	Mécanismes de défense qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions sont rompues avec le reste de l'existence du sujet. Par exemple : une pause dans le cours de la pensée, utilisation de formules, de rituels et d'une façon générale toutes les mesures permettant d'interrompre le cours des pensées et des actes.
387	Annulation rétroactive	Il s'agit d'un mécanisme à l'oeuvre dans les rituels obsessionnels : « à une action qui met en exécution une certaine injonction succède immédiatement une autre qui arrête ou annule la première, même si elle ne va pas jusqu'à mettre à exécution son contraire » (Sigmund Freud-le moi et les mécanismes de défense 1936). On doit comprendre que ce mécanisme psychologique permet au sujet de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus. Le sujet utilise pour ce faire une pensée ou un comportement ayant une signification opposée.
388	Introjection	Le terme d'introjection a été forgé par Sandor Ferenczi en 1909 ; le sujet fait passer sur un mode fantasmatique, du dehors au dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel sans pour autant impliquer nécessairement une référence à la limite corporelle puisqu'il s'agit, par exemple, d'introjection dans le moi de l'idéal du moi ; l'introjection est dans un rapport étroit avec l'identification.
389	Retournement sur soi	Le retournement sur soi et le renversement dans le contraire font partie de ce que Freud appelle les destins des pulsions à côté du refoulement et de la sublimation. Alors que dans le renversement dans le contraire le processus concerne le but de la pulsion, avec le retournement sur la personne propre ou sur soi le processus concerne l'objet de la pulsion. Freud illustre par deux exemples ces deux processus : celui du sado-

		masochisme et celui du voyeurisme-exhibitionnisme. Le renversement du sadisme dans le masochisme implique à la fois le passage de l'activité à la passivité et une inversion des rôles entre celui qui inflige et celui qui subit les souffrances. Les deux processus peuvent évidemment fonctionner dans le sens opposé : transformation de la passivité en activité, retournement à partir de la personne propre sur autrui.
390	Renversement dans le contraire	Cf. retournement sur soi.
391	Sublimation	
392	Négation par le fantasme	Die Verneinung, Freud 1925 donne une explication métapsychologique précise : 1. La dénégation est un moyen de prendre connaissance du refoulé ; 2. Ce qui est supprimé, c'est seulement une des conséquences du processus du refoulement, à savoir que le contenu représentatif ne parvient pas à la conscience. Il en résulte une sorte d'admission intellectuelle du refoulé tandis que persiste l'essentiel du refoulement ; 3. Au moyen du symbole de la dénégation, la pensée se libère des limitations du refoulement ». Il s'agit donc d'un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent.
393	Idéalisation	« ... L'idéalisation est un processus qui concerne l'objet et par lequel celui-ci est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changée . L'idéalisation est possible aussi bien dans le domaine de la libido du moi que dans celui de la libido d'objet ». (Freud, pour introduire le narcissisme). L'idéalisation notamment celle des parents fait nécessairement partie de la constitution au sein du sujet des instances idéales : moi idéal, idéal du moi. Il peut s'agir de l'idéalisation d'un objet aimé : « nous voyons que l'objet est traité comme le moi propre et que donc dans la passion amoureuse une quantité importante de libido narcissique déborde sur l'objet » (Freud, psychologie des foules et analyse du moi).
394	Identification à l'agresseur	ce mécanisme a été décrit par Anna Freud en 1936 ; le sujet, confronté à un danger extérieur représenté par une critique émanant d'une autorité, s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. Anna Freud voit à l'oeuvre l'identification à l'agresseur dans des situations variées : agressions physiques, critique, etc. le comportement observé est le résultat d'un renversement de rôles-l'agressé se fait agresseur. Ce mécanisme joue un rôle important dans la constitution du surmoi. Pour René Spitz, ce mécanisme est prépondérant dans l'acquisition du « non », verbal et gestuel, vers le 15e mois.

AXE 2A: TRAITS DE CARACTERE		
400	Phobique	D'ambiance ou d'envahissement
401	Phobique d'objet	Liaisons représentatives
402	Hystérie 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	Hystérie génitale	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 : ACTIVITES 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	Activités oniriques	
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-	Ces manifestations témoignent du surplus d'excitations ; Rires, pleurs, ou

	sympathiques	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 (archaïque) 1	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, webaddicts, videoaddicts, 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, cf. histoire de la maladie
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

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.

Dans la théorie de Freud, l'affect est une des deux composantes de la Pulsion, l'autre étant la représentation.

500	Expression émotionnelle (large gamme des...)	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	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. « 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.
511	Fatigue	
512	Douleur	

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

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.

Place occupée par la maladie : très importante, dénégation, déni, acceptation apparente, etc.

Rôle joué par la maladie dans le fonctionnement psychique : combler un vide objectal, manifestations hypocondriaques, remplacer un objet disparu (deuil), etc.

La maladie somatique a-t-elle modifié le fonctionnement psychique ? de quelle façon ? mécanismes d'adaptation à l'œuvre ?

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)	