

UNIVERSITE DE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE
FACULTE DE MEDECINE DE LA PITIE-SALPETRIERE
SERVICE FORMATION CONTINUE

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
DE
PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE**
« Médecine, Psychanalyse et Neurosciences »

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

**Essai de psychopathologie psychosomatique
à partir de deux cas de patients
d'une unité de syndrome métabolique**

**Mémoire de psychosomatique
présenté par Stéphane Flamant**

**Jury des vendredis 14 et 21 septembre 2012
Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière**

Remerciements

*Je remercie le Professeur Jean Benjamin Stora
pour m'avoir dès le départ considéré comme son collègue
et pour m'avoir donné les moyens d'apprendre à ses côtés.*

*Je remercie ma femme, Pascale,
et mes enfants, Sue Ann, James, William et Alexander
qui soutiennent mon intérêt
pour la psychanalyse et la psychosomatique.*

Résumé

Le présent essai de psychopathologie psychosomatique cherche à montrer l'utilité, et les difficultés, de mise en œuvre de l'approche, de la méthode et des outils enseignés dans le DU de psychosomatique intégrative, à partir de deux cas cliniques pris en charge par l'unité de syndrome métabolique du service d'endocrinologie-métabolisme du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière.

Le premier cas, celui de Carole C. est une névrose de caractère, et le second, celui de Christian H., est une névrose de comportement. Tous deux présentés et discutés lors des séances du samedi après-midi du DU, sont choisis pour leur intérêt en termes de diagnostic différentiel parmi les soixante-sept entretiens réalisés de novembre 2011 à juin 2012. Si ces deux patients présentent une histoire proche de traumatismes professionnels, ils sont marqués par deux organisations somato-psychiques différentes. Ce sont ces différences et leurs implications sur le plan thérapeutique que je vais mettre en valeur.

Pour Carole, 65 ans, un diagnostic d'incidentalome surrénalien de 4 cm non sécrétant, non malin vient d'être posé a posteriori¹ et il est montré stable sur 5 ans. Lors de notre entretien, elle est venue dans le « mini hôpital de semaine » pour un bilan primaire de syndrome métabolique, syndrome qui sera confirmé, avec un diabète de type 2 et une probable hypothyroïdie.

Au cours de l'entretien mené par le Pr. Stora dans sa chambre fin 2011, Carole nous explique être l'aînée d'une fratrie de 5 enfants d'un couple italien ayant immigré en France avec des parents. Sa mère était orpheline. A la naissance de sa sœur benjamine, sa mère « a été malade » et c'est elle qui a pris en charge un certain nombre de tâches dans la maison. Carole s'est beaucoup investie dans son activité professionnelle où elle avait de grandes responsabilités. Elle a « craqué » et est restée « un an sur le flanc » ; elle souffre alors d'une paralysie de la face droite, a frigore, dont on ne trouve pas l'étiologie et dont elle garde des séquelles. A la suite de cet long arrêt pour maladie, Carole prendra une retraite anticipée, moment où elle développe des paresthésies à la main droite. L'analyse des autres antécédents médicaux de Carole révéleront d'autres liens psychosomatiques.

Les relations avec le mari de Carole semblent relever plus du compagnonnage que d'une relation avec un objet investi libidinalement. La mise en place de l'objet ne serait ainsi pas complète : le Moi est pré-objectal, avec une prédominance de traits oraux et d'agressivité. L'Idéal du Moi est très fort, plus avancé qu'un narcissisme primaire. Le surinvestissement de vie professionnelle par Carole pendant de nombreuses années peut se comprendre comme un phénomène d'étayage. Son phénomène d'épuisement, véritable traumatisme, correspond à une sidération de l'appareil psychique, il conduit à une désintronisation pulsionnelle qui correspond au désinvestissement de l'objet pour le monde objectal. La *dépression essentielle* de la première année d'arrêt est ensuite suivie d'une *vie opératoire*.

Si le traumatisme déclencheur semble clair avec l'épuisement professionnel qui a conduit à la *vie opératoire*, il est toujours plus difficile d'identifier celui originaire qui a armé le mécanisme, puisqu'il est souvent archaïque. Ici, une hypothèse de carence maternelle repose sur l'interrogation du fonctionnement psychique de la mère de Carole à l'époque de sa naissance en tant qu'une femme migrante revit sa propre naissance et jeunesse au moment de sa grossesse et de la naissance de son enfant et en tant que sa mère, elle-même orpheline, a fait une dépression lors d'une grossesse ultérieure révélant sa fragilité. Si cette hypothèse est juste, Carole a probablement inconsciemment pris en charge sa mère à la manière du *drame de l'enfant doué* d'Alice Miller. Ce défaut de soins maternels, à une période où l'hippocampe n'est pas

¹ Quelques mois auparavant, la relecture d'examens a permis d'identifier la présence de l'incidentalome et mesurer son évolution

complètement formé, aurait conduit à un encodage du traumatisme qui s'effectue au niveau du système limbique et des voies corticales, sans passer par l'hippocampe ; c'est sur ces traces mnésiques dysfonctionnellement constituées que l'épuisement professionnel de Carole est devenu un traumatisme déclencheur. Carole subit une désorganisation progressive, désorganisation contre-évolutive, suivant des paliers de fixations-régressions. Si notre diagnostic se confirme, l'évolution défavorable est prévisible dans la mesure où il n'y a plus de point de fixation-régression qui permettrait de retrouver un nouveau palier homéostatique : le pronostic vital est donc engagé sous peu si rien n'est fait sous la forme d'une prise en charge psychothérapique, qui peut être associée à un travail de relaxation.

Christian H., 53 ans, relève, lui, de ce qu'on appelle la clinique du vide. Il est suivi dans le service depuis dix ans pour une hypertriglycéridémie. Il nous dit avoir eu des problèmes gastriques il y a quinze ans. Cadre dans une grande société, il a commencé à avoir des problèmes relationnels avec sa hiérarchie, et il a été progressivement rétrogradé, jusqu'à être jugé inapte au travail il y a deux ans. Adressé en psychiatrie par la médecine du travail, il a été diagnostiqué bipolaire, nous dit-il. Depuis un an, Christian a arrêté ses traitements psychotropes et s'en porte mieux. Christian vit maritalement et a une fille ; il dit avoir tenu bon durant ces quinze ans en pensant à sa fille. Christian a un frère avec lequel il ne s'entend pas. Il n'a aucun projet pour le futur alors qu'il reconnaît s'ennuyer depuis un an. L'hospitalisation confirmera que Christian n'a pas de syndrome métabolique mais uniquement une hypertriglycéridémie. Les antécédents montrent un terrain allerge-asthmatique dans la jeunesse, avec psoriasis, allergies et asthme.

Christian présente toutes les caractéristiques du *normopathe* décrit par Joyce McDougal, un type de patient qui ne semble pas présenter de douleur névrotique et qui affichait toute l'apparence de la normalité, une pseudo-normalité. Notre diagnostic est ainsi plutôt une névrose de comportement. Comme Carole, il a surinvesti son activité professionnelle qu'il a prise comme objet anaclitique. Comme elle, il a une vie opératoire, il partage une organisation lacunaire du pré-conscient mais à des degrés différents : s'il existe un faisceau central commun des fixations-régressions chez elle, il n'y en a pas d'homogène chez lui : Christian ne possède que des faisceaux latéraux, en particulier le système respiratoire (asthme) et la peau (psoriasis). Ses fixations sont mal assurées entre elles et les régressions ne sont que partielles, à peine défensives. Si une agressivité cachée, signe de problèmes sous-jacents d'oralité masochiste, est encore clairement perceptible chez Carole, c'est l'absence de signaux d'angoisse, un investissement exclusif du présent, une anhédonie proche de l'alexithymie et une prévalence des comportements en lieu et place des affects, un morcellement du fonctionnement qui frappent chez Christian et signent, selon nous, la névrose de comportement. Chez lui le risque psychique est plus élevé que le risque somatique, et c'est donc un patient en grand danger à terme. Si Carole est caractérisée par un fonctionnement irrégulier dans le temps, avec des altérations repérable au niveau d'un Surmoi mal différencié, donc au niveau de la deuxième topique, nous trouvons chez Christian une insuffisance originelle du préconscient, avec une expression habituelle du préconscient dans les comportements, signalant une première topique mal assurée. Un dysfonctionnement sur tel ou tel topos nous est ici très utile pour le diagnostic différentiel. Enfin en termes de mécanisme psychique, il existe un affaiblissement fondamental de l'objet et une transformation de la libido objectale en libido narcissique, chez Christian il s'agit d'un Moi fragile car incomplètement constitué. Ces différences psychopathologiques sont importantes sur le plan clinique pour établir une stratégie thérapeutique, les préconisations de psychothérapie psychosomatique étant ajustées pour prendre en considération, pour l'une, l'état très avancé de la désorganisation progressive et, pour le second, une absence d'ambition élaboratrice. Pour Christian, le travail psychocorporel constituera une étape nécessaire avant de passer à un travail psychothérapique.

Table des matières

1. INTRODUCTION	7
2. PROBLEMATIQUE, QUESTIONS DE RECHERCHE, HYPOTHESES.....	9
3. ETUDES CLINIQUES	19
Analyse du cas de Carole C., 65 ans, névrose de caractère	19
Analyse du cas de Christian H., 53 ans, névrose de comportement.....	33
4. CONCLUSION	44
5. BIBLIOGRAPHIE	47
6. ANNEXES.....	51

Note : dans le texte, les renvois entre crochets correspondent :

- *pour les nombres, par exemple [322], au renvoi à la nomenclature psychosomatique du Pr Jean Benjamin Stora, en annexe,*
- *pour les noms et années de parution, par exemple [Haour 2011], à la bibliographie.*

les années entre parenthèses, placées derrière les noms d'auteur, ont le même rôle de renvoi à la bibliographie.

1. Introduction

Cette année de psychosomatique intégrative intervient dans un long cheminement personnel entamé en 1997. J'ai commencé par *nettoyer ma propre cheminée*² au travers d'une psychanalyse de type lacanienne. En 2008, j'ai pris la décision de me former didactiquement à la Nouvelle Faculté Libre, pour devenir moi-même psychanalyste intégratif. Cet intérêt pour la psyché s'est cristallisé dans mes multiples activités, y compris associatives ; mon engagement comme responsable bénévole dans un mouvement de jeunesse m'a conforté dans mon désir de poursuivre et de développer ma compréhension et mes moyens d'intervention pour accompagner le développement des individus et des groupes.

L'enseignement de psychosomatique intégrative que j'ai suivi cette année a apporté, à la fois, une relecture très riche de la psychanalyse, mais surtout une compréhension des interactions entre les cinq systèmes de l'être humain : système psychique, système nerveux central, système nerveux autonome, génome, système immunitaire. La partie plus médicale, particulièrement le métabolisme, a représenté un investissement personnel important pour la compréhension et le diagnostic psychosomatique des patients ainsi que pour faciliter la communication avec les médecins de l'hôpital.

J'ai eu la chance de pouvoir effectuer mon stage, les lundis matin de novembre 2011 à juin 2012, auprès du Pr. Jean Benjamin Stora dans l'unité de syndrome métabolique du service endocrinologie-métabolisme du Pr. Eric Bruckert, au Groupement hospitalier de la Pitié-Salpêtrière. L'unité spécifiquement dédiée au syndrome métabolique, créée et animée par le Dr. Boris Hansel, en 2006, est un mini hôpital de semaine tourné vers la prise en charge du « syndrome de la bedaine »³. Elle constitue, par la variété de ses patients et la nature de son activité, un terrain fertile de psychoneuroendocrinologie et de psychopathologie psychosomatique. Mon apprentissage s'est déroulé à la fois en observant la pratique du Pr. Stora, durant les deux entretiens de patients que nous faisons ensemble hebdomadairement, et parallèlement en menant seul l'entretien psychosomatique des deux patients suivants ainsi que leur analyse psychopathologique (fiches patients) que je soumettais au Pr. Stora pour supervision et, souvent, révision. Je me suis appuyé sur les outils qu'il a développés, questionnaire et scores de prévalence, gagnant progressivement en assurance dans leur utilisation, pour améliorer la fiabilité du diagnostic psychosomatique.

Un aspect particulièrement intéressant, et que je n'avais pas anticipé, fut la rencontre avec de nombreux patients migrants, de première ou deuxième génération, qui requièrent une posture particulière du thérapeute. Là encore, la clinique du Pr. Stora était apprenante ; j'ai apprécié pouvoir apprendre du changement d'attitude des nombreux patients nord africains lorsque le Pr. Stora se mettait en relation avec eux, via son expérience intime de la langue, de l'histoire, de la culture et de la spiritualité arabes. J'ai poursuivi cet intérêt pour l'ethnopsychiatrie par la lecture de quelques travaux du Pr. Tobie Nathan. Je pense pertinent d'utiliser certains éléments de cette discipline dans l'analyse du cas de Carole, migrante de deuxième génération.

Dans le cadre du syndrome métabolique, je ferai un rappel de la problématique, des questions de recherche qui permettent d'appuyer le raisonnement psychosomatique, et des hypothèses que ce travail pose. Deux cas cliniques, le premier, de Carole, névrose de caractère, et le second, de Christian, névrose de comportement, tous deux présentés et discutés lors des séances du samedi après-midi du Diplôme Universitaire de psychosomatique intégrative, sont assez représentatifs des soixante-sept entretiens de l'unité de syndrome métabolique réalisés de novembre 2011 à

² expression que je reprends du Dr. Sigmund Freud

³ Du nom du site web de l'unité syndromedelabedaine.org

juin 2012, présentant un paysage psychique varié. Ces deux cas ont été choisis pour leur intérêt en termes de diagnostic différentiel. Ils font partie de la douzaine de patients qui ont fait l'objet d'analyses psychopathologiques plus complètes, et ils ont été présentés pour une discussion commune et supervisée, le samedi après-midi, avec mes collègues.

2. Problématique, questions de recherche, hypothèses

Le syndrome métabolique touche un adulte sur six en France et il est pourtant encore mal connu du grand public. Les unités spécialisées qui permettent une prise en charge efficace du patient en regroupant plusieurs spécialistes (endocrinologue, infirmière, diététicien, médecin du sport, kinésithérapeute, psychosomaticien) sont récentes, celle du service du Pr. Bruckert à La Pitié Salpêtrière, datant de 2006 [Riou-Milliot 2006].

Associant un tour de taille élevé et des anomalies de tension artérielle, du sucre et des graisses, le syndrome métabolique multiplie par trois le risque d'accident cardio-vasculaire (accélération de l'athérosclérose) et expose au risque du diabète, plus d'autres complications : apnées du sommeil, maladie du foie, infertilité, troubles de la coagulation, calculs biliaires, ovaires polykystiques, certains cancers... [Hansel 2007]

Selon les consensus, le syndrome métabolique est diagnostiqué s'il existe trois des cinq critères suivants [Collège des Enseignants d'endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (2011)] :

1. Une augmentation du tour de taille (plus de 88 cm pour une femme, plus de 102 cm pour un homme)⁴
2. Une élévation de la pression artérielle (plus de 130/85 mmHg)
3. Une glycémie à jeun supérieure à 1 g/l
4. Une élévation des triglycérides (plus de 1,5 g/l)
5. Une baisse du cholestérol HDL (moins de 0,5 g/l chez l'homme et 0,4 g/l chez la femme)

Pour Stora (2012d), l'obésité et le diabète semblent être les facteurs prédominants, à l'origine de la première consultation ou du suivi dans l'unité. Pour le diabète, la prévalence est 1,5 fois plus élevée chez l'homme.

La physiopathie du syndrome métabolique associe une anomalie de l'immunosecrétion et de l'immunosensibilité (voir figure 1). Normalement secrétée par le pancréas, l'insuline est une hormone hypoglycémisante ; en cas d'insulinorésistance, elle devient inefficace et la glycémie finit par augmenter. Cette augmentation de la glycémie résulte souvent en l'installation, sur quinze à vingt ans, d'un diabète de type 2. Le diabète de type 2 représente 80 à 90 % des diabètes ; sa prévalence extrapolée est de 3,95 % (en 2007) de la population générale (en augmentation de + 5,7 % par an⁵). L'insulinorésistance qui prédomine au début de la maladie permet un traitement oral dans les premières années. Le traitement repose sur un trépied de moyens thérapeutiques : modifications alimentaires, activité physique régulière et intervention médicamenteuse (antidiabétiques oraux, analogues du GLP1 et/ou insuline). L'évolution naturelle de la maladie se fait vers une insulinopénie qui nécessitera à moyen ou long terme le recours à une insulinothérapie [Collège des Enseignants d'Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques 2011].

Les causes de l'insulinorésistance sont les suivantes :

- non modifiables : la génétique
- modifiables :

⁴ les trois premiers facteurs de risque cardiovasculaire sont le tabagisme, taux anormal de cholestérol et l'obésité abdominale, selon l'étude Interheart, The Lancet, septembre 2004, p 953-962, citée par Dr. Boris Hansel (2007), p18

⁵ étude CNAM (2000-20007), citée dans Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (2011), p 258

- la sédentarité
- l'excès pondéral androïde

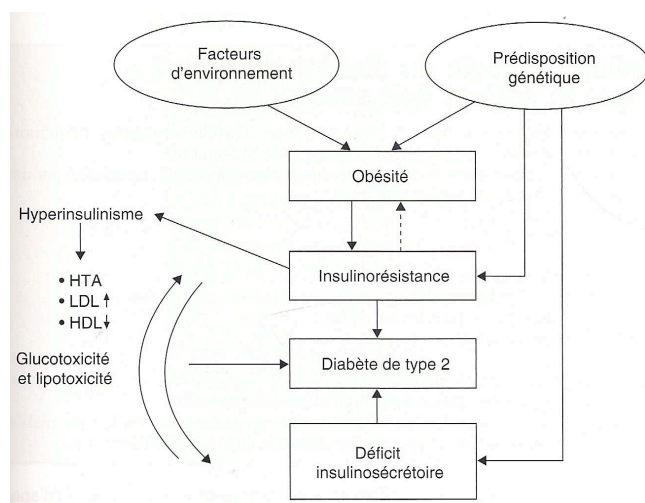


Figure 1 : physiopathologie de la forme commune du diabète de type 2,

D'après le Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques, *Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques*, Elsevier Masson, 2ème édition, 2011, p 259

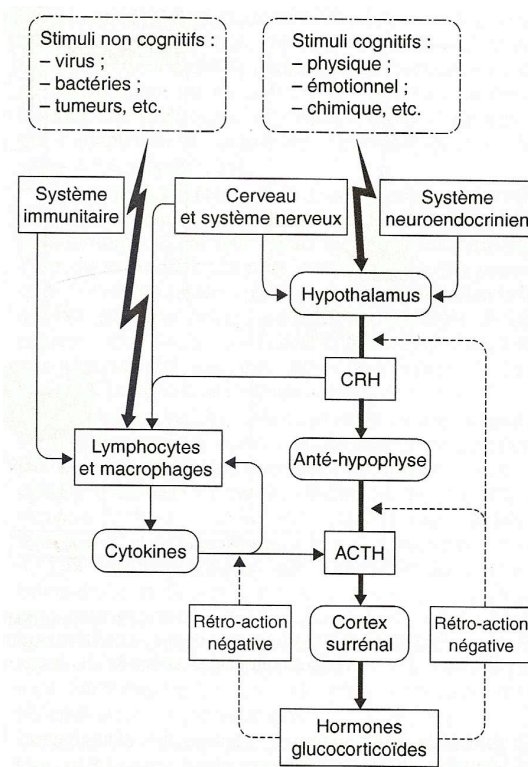


Figure 2 : relations entre stimuli cognitifs et non cognitifs, cerveau et système immunitaire

D'après France Haour, Michèle Crumeyrolle-Arias, *L'axe neuroendocrinien du stress : interface entre systèmes nerveux et immunitaire*, dans Jean-Michel Thurin, Nicole Baumann, *Stress, pathologie et immunité*, Flammarion, 2ème tirage 2010, p 25

Les liaisons en pointillés indiquent une nature immunosuppresseurs

Nous rappellerons quelques points essentiels qui nous semblent pertinents pour les cas cliniques qui seront abordées ultérieurement.

Dès 1936, Hans Selye a démontré que la réponse au stress passait par une activation de l'axe hypothamo-hypophyso-surrénalien. Sous stress, via l'axe HHS, des hormones glucocorticoïdes et de l'adrénaline sont produites. L'adrénaline est une hormone hyperglycémiant – qui inhibe l'action de l'insuline et augmente la glycémie. La libération des glucocorticoïdes a des répercussions directes de nature immunosuppresseur sur le système immunitaire: croissance des cellules lymphoïdes, formation d'anticorps, cytotoxicité cellulaire, réaction inflammatoire [Haour 2011]⁶ (cf figure 2). A partir d'études sur le rat, Keller a montré en 1983 que ce ne sont pas forcément les glucocorticoïdes qui sont responsables des effets du stress sur l'immunité mais que les catécholamines sont certainement en cause, d'autres médiateurs ayant été également invoqués qu'il s'agisse des opioïdes endogènes ou de la corticolibérine. Il est vraisemblable, cependant qu'il y ait une combinatoire variable de médiateurs suivant la situation de stress et l'effecteur immunitaire considéré [Dantzer 2011]⁷. De façon plus large, l'axe neuroendocrinien, est considéré comme le carrefour et la voie efférente commune qui permet la communication fonctionnelle entre le cerveau et les autres systèmes d'intégration. Les relations neuronales se développent avec d'autres glandes endocriniennes (figure 3). Pour Stora (2010b), les recherches récentes permettent d'identifier le rôle et l'influence des hormones dans les comportements : l'ocytocine pour l'incitation à la confiance, la reconnaissance sociale, la création de liens et la réduction de l'activité des circuits impliqués dans les stimuli de peur; la

⁶ p 25-33

⁷ p 67

vasopressine favorise le calme et réduit l'anxiété induite par le stress ; la sérotonine joue un rôle

majeur dans la régulation du comportement agressif ; les androgènes dans l'agressivité⁸.

Pour Stora (2012b), les glucocorticoïdes peuvent déprimer le système immunitaire par la diminution de la réponse inflammatoire à toute blessure subie pendant la phase de menace ; mais cet effet des glucocorticoïdes est utile durant la phase de menace, il va sans dire qu'il peut provoquer ou entretenir la maladie par le biais de l'immunosuppression dans des phases de stress permanent⁹.

Sur le plan des mécanismes neuro-hormonaux, les réponses adaptatives sont diverses en fonction des rythmes, en secondes, en minutes et en heures. Nous développerons ici l'exemple de celle de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui est activée dans les secondes qui suivent le traumatisme déclencheur :

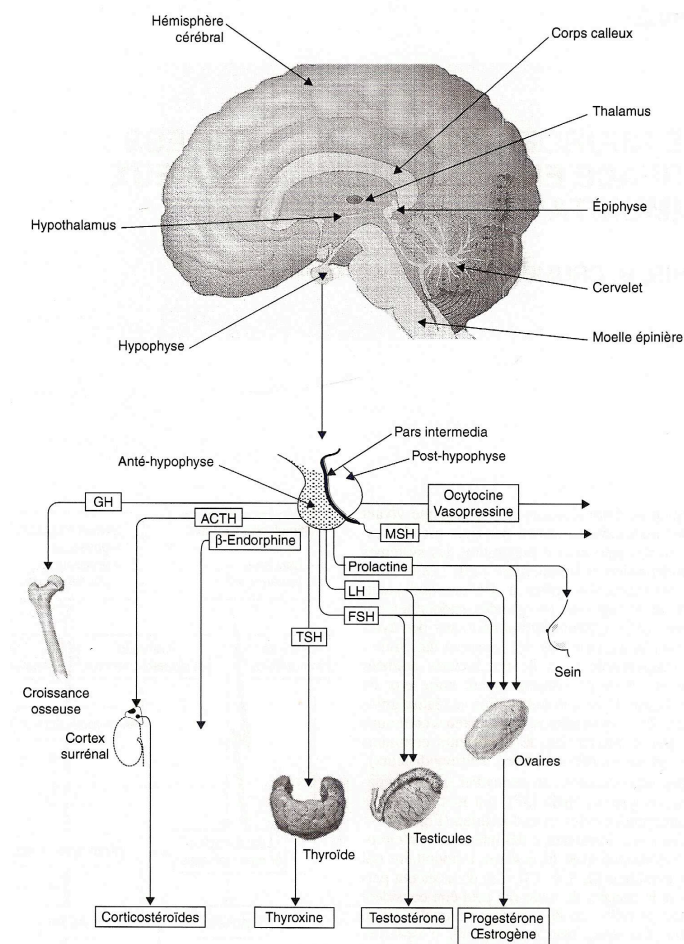
1. l'hypothalamus relâche de l'hormone libératrice de corticotropine,

2. la CRH signale à l'hypophyse de relâcher toutes les 15 secondes de l'adrénocorticotropine, ACTH,

3. l'ACTH, outre beaucoup d'autres sécrétions hormonales, active les cellules corticales des glandes surrénales, libérant dans le sang du cortisol (principal corticostéroïde), et les cellules médullaires de l'adrénaline,

4. les molécules messagères envoient des signaux qui stimulent par trop la croissance cellulaire, les gènes suppresseurs de tumeurs agissent en inhibant la croissance des cellules et le développement des tumeurs. Quand ces gènes sont endommagés, leurs ARNm ne sont plus transmis aux fabriques de protéines, c'est-à-dire que le réticulum endoplasmique et leurs protéines régulatrices ne sont plus disponibles pour signaler aux cellules d'arrêter de se diviser [Haour 2011].

On peut noter qu'en ce qui concerne les cancers, le rôle de l'axe du stress est très difficile à démontrer chez l'humain en raison du temps quelquefois très important entre le début de la tumeur et ses manifestations cliniques, alors que cette action est clairement démontrée chez



CRH,

Figure 3 : système neuroendocrinien

idée de France Haour, Michèle Crumeyrolle-Arias, *L'axe neuroendocrinien du stress : interface entre systèmes nerveux et immunitaire*, dans Jean-Michel Thurin, Nicole Baumann, *Stress, pathologie et immunité*, Flammarion, 2ème tirage 2010, p 26

⁸ p 87

⁹ p 88

l'animal. Cependant, « l'effet du stress semble jouer un rôle important dans l'évolution des cancers » [Haour 2011]¹⁰.

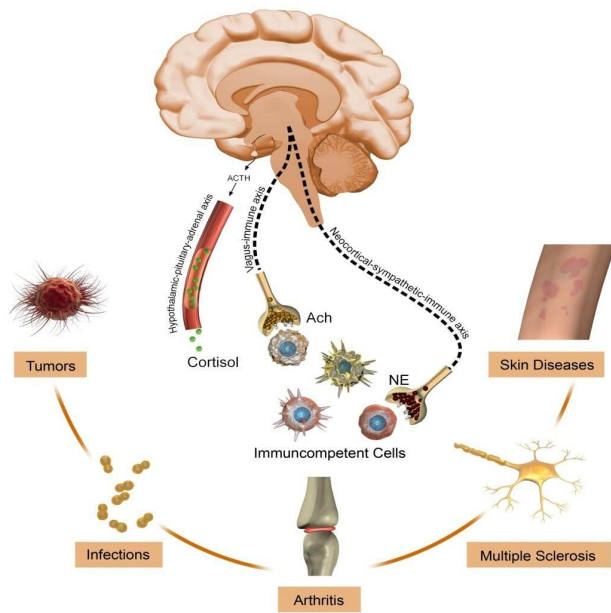


Figure 4 : psychoneuroimmunologie

tirée de The Immune System in Psychoneuroimmunology: Concepts, Measures, and Pathways, présentation au 70^{ème} congrès scientifique de l'American Psychosomatic Society, mars 2012, Athènes

Nous voyons apparaître ici une des nombreuses interactions entre systèmes : « une pathologie d'organe peut très bien ne pas naître dans l'organe affecté, mais être secondaire à une pathologie de la communication entre systèmes » [Dantzer 2011]¹¹. De son côté, la psychoneuroimmunologie éclaire les interactions entre le système nerveux, via les neurotransmetteurs et neuropeptides, le système endocrinien, via les hormones, et le système immunitaire, via les cytokines, qui communiquent entre eux grâce à la présence de récepteurs et de médiateurs communs (cf figure 4). Pourtant, « *tout se passe comme si le système immunitaire était sous la surveillance (via un contrôle négatif) du système endocrinien [...] il est clair que le cerveau reconnaît l'information en provenance du système immunitaire et que la réponse immunitaire peut être conditionnée par des informations cognitives* » [Haour 2011]¹².

Le premier niveau de communication cellulaire est celui du système immunitaire lui-même, les immunocytes utilisant tout un ensemble de molécules de signalisation, identifiées initialement dans le système nerveux ; un deuxième niveau de *communication cellulaire est celui des interactions entre systèmes, les cytokines libérées à la périphérie entraînant la synthèse et la libération des mêmes cytokines par les macrophages et les cellules microgliales du cerveau* ; ce sont ces dernières cytokines produites dans le cerveau qui sont à l'origine de l'état de maladie, nouvel état homéostatique du corps [Dantzer 2011]¹³.

La relation stress-soma peut être aussi positive: *l'optimisme* (conservation d'une perception optimiste de l'avenir, telle que mesurée au travers du Trier Social Stress Task et par le niveau de cortisol durant deux jours consécutifs) *peut réduire le niveau absolu de cortisol* (versus le groupe test) *et réduire la durée de récupération après stress* [Meevisen 2012].

D'autres recherches récentes démontrent des liens spécifiques entre fonctionnement psychique et réponse au stress. Les traits de personnalité jouent un rôle significatif à la fois comme facteurs prédictifs de risque de diabète de type 2 (neurotisme et personnalité de type A) et comme facteurs de protection (extraversion et ouverture aux nouvelles expériences) [Cukic 2012]¹⁴. Une recherche taiwanaise a étudié soixante-quatre adultes en bonne santé soumis à un stress (exposition de cinq minutes à un conflit interpersonnel) et a vérifié que le niveau de cortisol augmentait chez tous les sujets mais que *les personnalités de type D avaient une réponse cortisolibique au stress significativement plus faible, émoussée* [Hsu 2012].

¹⁰ p 31

¹¹ p 70

¹² cette dernière proposition résulte d'étude chez l'animal, p 32

¹³ p 68

¹⁴ étude de cohorte sur 10.326 participants à la National Health and Nutrition Examination Survey, 1982 à 1984

Soumis à un quantum d'excitation produit par un événement traumatisant, Jaack Panksepp a montré qu'il *existait un système de réponse neuronale spécifique à un événement stressant*, quatre sous-systèmes de commandes spécifiques¹⁵ : sous-système exploratoire, sous-système de peur, sous-système de séparation-détresse et sous-système rage-colère. En particulier, le sous-système rage-colère (ou défense-attaque) mobilise les fonctions du corps via le Système Nerveux Autonome, SNA, pour préparer l'être humain à se battre : accroissement du rythme cardiaque, redirection du flux sanguin vers la musculature, inhibition du système digestif et des désirs sexuels, blocage du sphincter anal... Tous ces changements sont orchestrés par des projections neuronales de nucléi de l'amygdale (située dans le lobe temporal) reliées au système hypothalamique - HHS.

Si le stress provoque des réponses adaptées, il peut aussi provoquer des réactions opposées. Il peut accélérer l'apparition de pathologies mentales telles que la dépression. Un stress prolongé peut également léser les neurones de l'hippocampe impliqués dans des fonctions telles que la mémoire, l'acquisition des connaissances, la régulation émotionnelle et d'une façon plus large, l'adaptation de l'individu à une situation nouvelle ou imprévue. Chez tout sujet confronté à un traumatisme, la libération d'hormones de stress et ses effets négatifs sur l'hippocampe, conduisent à une mauvaise mémoire consciente de certains éléments les plus émotionnels de l'événement traumatique (hot spot). La reviviscence du traumatisme sous la forme de flash back va progressivement conduire à recoder ces hot spots en souvenirs conscients, situés dans un contexte et accessibles verbalement. En outre, la remémoration consciente répétée de l'événement traumatique va permettre à la personne d'intégrer cet événement au sein de sa mémoire autobiographique et de lui donner un sens. Par contre, chez tout sujet confronté à un stress post traumatique, l'événement traumatique et/ou ses séquelles sont traités de manière à provoquer un *sentiment de menace actuelle*. La personne est incapable de considérer le traumatisme comme un événement limité dans le temps et met en place des évaluations idiosyncrasiques négatives tant de l'événement que de ses séquelles, ce qui provoque différentes réponses émotionnelles (peur, colère, culpabilité, honte, tristesse). De plus, *comme la victime de traumatisme a acquis cette trace mnésique, par exemple sa peur, via des voies non hippocampiques, vaincre la peur implique qu'elle acquière des représentations nouvelles (via l'hippocampe et les régions frontales) qui inhiberont l'activation des associations amygdaliennes de peur* [Van der Linden (2010)]¹⁶. Ces travaux poursuivent ceux de Pavlov et rejoignent ceux de Freud qui postula que l'association répétée de stimuli neutres et nocifs pouvait entraîner qu'un stimulus neutre soit perçu comme dangereux et produise de l'anxiété. Nous savons aujourd'hui que les antidépresseurs, en produisant des effets neurotrophiques sur les neurones hippocampiques, permettent de *réparer les lésions induites par les corticoïdes* et de restaurer une transmission monoaminergique normale et, plus particulièrement, une normalisation de la neurotransmission liée aux récepteurs 5-HT 1A [Gallarda 2010]¹⁷.

Pour Kandel (2002), il y a deux types de mémoire à long terme : une mémoire déclarative (explicite ou sémantique), consciente des personnes, objets et lieux, toutes connaissances générales objectives qui ne sont pas directement liées à nos expériences subjectives, située dans le lobe temporo médian et l'hippocampe, et une mémoire procédurale (ou épisodique ou implicite), lieu des souvenirs du corps et du mouvement, tout à fait inconscients et qui n'apparaissent que dans la réalisation plutôt que dans le rappel conscient (voir figure 5). La mémoire procédurale intègre probablement ce que Damasio appelle le Soi autobiographique et

¹⁵ Panksepp, *Affective Neuroscience : The Foundations of Human and Animal Emotions*, New York, Oxford University Press, 1998, in Stora (2011), p 92

¹⁶ p 67

¹⁷ p 131-132

la conscience-noyau [Stora 2011a]¹⁸. Cette mémoire procédurale recouvre elle-même un ensemble de systèmes du cerveau : la signalisation, ou reconnaissance de stimuli rencontrés récemment, est une fonction des cortex sensoriels ; l'acquisition d'une palette d'états affectifs implique l'amygdale ; la formation de nouvelles habitudes motrices requiert le neostriatum ; l'apprentissage de nouveaux comportements moteurs ou d'activités coordonnées dépend du cervelet. Différentes situations et expériences d'apprentissage requièrent différents sous-ensembles de ces systèmes de mémoire procédurale et d'autres, en combinaison variable avec le système de mémoire explicite et l'hippocampe. Erik Kandel (2002) s'appuie sur les travaux du Groupe d'Etude du Processus de Changement de Boston pour référer l'inconscient psychanalytique à l'inconscient procédural : « la convergence intéressante de la psychanalyse et de la biologie sur la question de la mémoire procédurale nous confronte à la tâche de tester ces idées de façon systématique [...] *Beaucoup des changements qui font progresser le processus thérapeutique durant une analyse ne sont pas dans le domaine de la pensée consciente mais plutôt dans celui de la connaissance inconsciente procédurale (non verbale) et du comportement* ». Il faut revivre un événement pour le rendre conscient, le construire à partir des traces mnésiques de la mémoire procédurale. C'est le Soi qui a la charge de relier ces traces mnésiques ou représentations de choses, en termes psychanalytiques. Damasio (1995) distingue une conscience-noyau ou Soi Central qui dote l'organisme du sentiment de soi ici et maintenant et un Soi Autobiographique qui évolue tout au long de la vie. Durant le développement, une première forme de Soi réunit les traces mnésiques de l'état du milieu interne, des viscères, du système vestibulaire et le cadre musculo-squelettique est réuni dans un Proto-Soi, totalement inconscient [Damasio 1995]. Pour Stora (1999), le Proto Soi et le Soi Central de Damasio sont les structures de base de l'identité individuelle lors de la constitution de la personnalité.¹⁹

Michael Meaney et Moshe Szyf avaient montré que chez le rat, plus la mère lèche son petit et plus nombreux devenaient les récepteurs glucocorticoïdiens, régulateurs du stress, dans l'hippocampe.²⁰ *Cette étude et d'autres démontrent l'importance du holding et du handling du bébé par sa mère, dont Winnicott²¹ soulignait l'importance pour le bon développement du sujet et l'importance de l'hippocampe et des structures du système limbique pour la communication entre les aires corticales et tronc cérébral.* L'hippocampe n'est pas pleinement fonctionnel avant cinq à six ans, ce qui fait que personne ne peut se rappeler de façon explicite un événement survenu dans les dix-huit à vingt-quatre premiers mois de la vie. Eichenbaum défend l'idée que l'hippocampe a la fonction d'associer des événements non contigus dans l'espace et le temps.²² Sur le plan psychanalytique, l'inconscient de cette période n'est pas un refoulement mais des traces mnésiques incomplètement encodées. Lorsqu'on sait l'importance des premiers dix-huit mois pour le développement de l'enfant tels que décrit par Spitz par exemple, les défauts d'encodages vont venir compliquer l'accès aux traumatismes archaïques par une approche psychanalytique classique.

En étudiant les cerceaux de personnes suicidées, comparés à ceux de suicidés non maltraités ou ceux de décédés autrement (contrôle), McGowan et son équipe ont déterminé que chez les personnes qui s'étaient suicidées et avaient été maltraitées ou négligées dans l'enfance, l'expression du gène GR, au niveau du promoteur du récepteur neuronal des glucocorticoïdes NR3C1, était moins importante que chez les sujets du groupe témoin. Ils ont trouvé une quantité plus faible de récepteurs glucocorticoïdiens ARNm (et de ses transcripts) et une méthylation plus élevée du promoteur NR3C1. Chez les suicidés, les méthylations étaient plus importantes

¹⁸ p 64-65

¹⁹ p 33

²⁰ Cité par Palkhivala (2012)

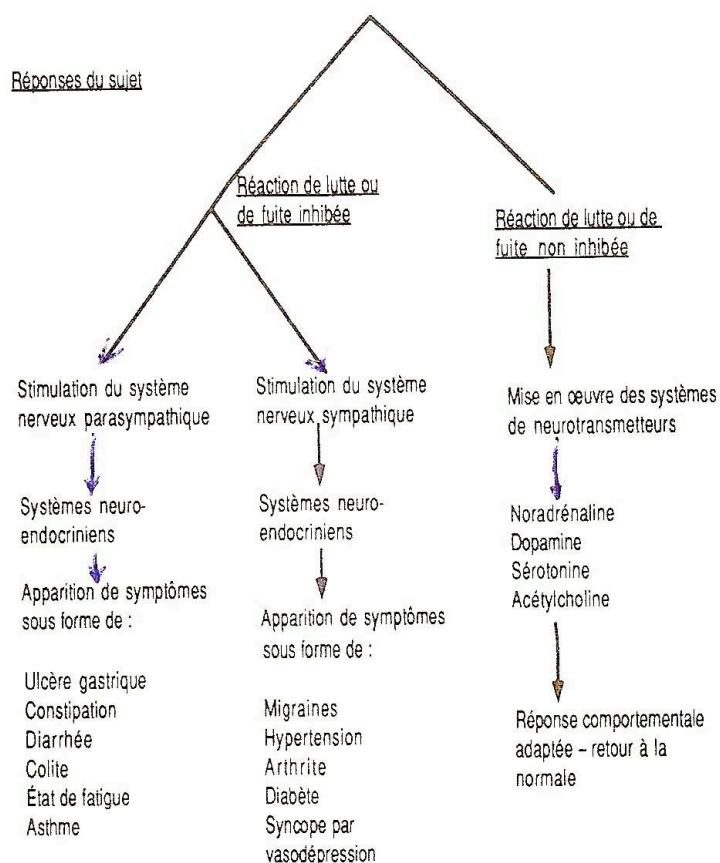
²¹ Winnicott Donald, *L'intégration du Moi au cours du développement de l'enfant*, in *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, 1970, chapitre 1, cité par Anzieu (1995), p 58

²² H. Eichenbaum, *Amnesia, the hippocampus and peisodic memory*, (editorial) *Hippocampus*, 1998 ; 8 :197 cité in Kandel, (2002)

dans la partie du gène GR chargée de réguler son activité. La méthylation avait en quelque sorte « désactivé » le gène [McGowan 2009]. Ces travaux chez l'humain viennent confirmer des travaux précédents chez le rat et une étude épidémiologique rétrospective de 1999 évoquant *l'impact d'un premier traumatisme sur la sensibilisation et la pathologie secondaire chez l'adulte* [Breslau 2010], et démontrent que l'hypothèse des *fixations-régressions de la psychanalyse* est vérifiée. *Le traumatisme qui enclenche une somatisation réactive une situation traumatique originelle, archaïque*, « le traumatisme passé mémorisé sous la forme de représentations mentales ou non dans l'hippocampe, les ganglions de la base et le tronc cérébral ainsi que dans le système limbique » [Stora 2012b].

Pour Stora (2010b), les sources de stress ne peuvent pas expliquer, à elles seules, le déclenchement de maladies ; d'autres facteurs doivent être pris en considération – à savoir, les caractéristiques de la situation stressante, les qualités psychologiques et biologiques des individus (leur *resilientia*), et bien entendu, les complétant, les caractéristiques des systèmes

Sources : Stresseurs de différentes natures dans l'environnement du sujet



Source : Tableau élaboré par J.-B. Stora à partir du tableau 5 (p. 55) de F. Alexander (La médecine psychosomatique) et de contributions plus récentes sur la mise en œuvre des systèmes de neurotransmetteurs (cf. bibliographie). Il s'agit d'une construction intellectuelle très simplifiée fondée sur les hypothèses scientifiques.

synthétise les actions que les sécrétions continues de catécholamines et de corticoïdes par l'axe HHS peuvent provoquer :

sociaux agissant comme barrière protectrices des individus, modèle biopsychosocial complétant le modèle de Cooper²³. Le stress chronique ne conduit pas à l'épuisement de l'activation des molécules telles que l'adrénaline et le cortisol, mais la sécrétion continue de ces molécules dans le corps entraîne un effondrement généralisé de l'unité psychosomatique humaine [Stora 2011e].

Pour Stora (2010b), la réponse au stress est spécifique et dépend de l'hérédité, de l'âge, des antécédents pathologiques, de l'histoire familiale personnelle et surtout de la structuration mentale, plus particulièrement de la capacité à contrôler mentalement les situations vécues (voir figure 5 ci-contre : exemples de réponses viscérales aux états émotionnels)²⁴. Pour y répondre, l'approche de la psychosomatique intégrative doit être moniste : l'être humain est psychosomatique.

Dans le cas d'un stress permanent, comme c'est le cas de nos deux patients, Stora (2011e)

²³ p31-32
²⁴ p 76-77

- maladie coronarienne et hypertensive : action défavorable sur le tissu conjonctif, hypercoagulabilité, action sur les tubes contournés des reins et la constriction des vaisseaux sanguins avec production de maladies hypertensives, hypertension, accélération du rythme cardiaque, diminution de la capacité du système myocarde à utiliser l’oxygène, hypercholestérolémie, hyperglycémie, augmentation des acides gras et (à hautes doses) lésions articulaires de type rhumatismal
- maladie digestive : aérophagie, ulcères, troubles biliaires, diarrhées, troubles alimentaires, recto colique hémorragique, maladie de Crohn,...
- maladie cutanée : psoriasis, allergies cutanées, urticaire, eczéma de contact, acné, séborrhée, perturbations du cycle pileux, chute de cheveux, accélération du vieillissement cutané et pileux,...
- maladie auto-immune et cancer : (via l’effet immunosuppresseur de l’axe HHS) les gènes des cellules sont endommagés et se transforment en oncogènes, par l’action des molécules messagères en provenance des processus centraux de contrôle situés dans le système hypothalamo-limbique, via les systèmes autonome et endocrinien, modulés par le système psychique ; les oncogènes actifs modifient alors la structure des protéines que la cellule produit, de telle sorte que la croissance devient incontrôlée ; au processus de création d’oncogènes, il faut rajouter le dysfonctionnement des gènes suppresseurs de tumeurs.

Pour Stora (2012d), l’étude sur 151 cas de personnes hospitalisées pour syndrome métabolique dans le GHU Pitié-Salpêtrière montre qu’il y a un lien entre le risque psychosomatique évaluant le fonctionnement et les dysfonctionnements de l’appareil psychique face à la maladie. L’étude évalue l’impact différentiel entre structure psychique et niveau de risque, le niveau de risque étant élevé pour seulement 15% des névroses bien mentalisées, et augmentant progressivement au fur et à mesure de la baisse de la mentalisation : niveau de risque élevé pour 60% des névroses à mentalisation incertaine (névrose de caractère par exemple) et niveau de risque élevé pour 90% des névroses mal mentalisées (névrose de comportement par exemple).

D’autres recherches montrent que l’image psychique du corps est plus importante que les paramètres biologiques pour la variation du cortisol par lequel nous mesurons l’activation de l’axe HHS. Basée sur quarante-sept femmes en bonne santé, pré-ménopausées, en surpoids ou obèses, l’étude montre une relation significative entre la perception du poids par chacune des femmes et le cortisol comme bio marqueur d’un stress psychologique chronique (activation de l’axe HHS), le poids réel de chaque femme, tel qu’apprécié par l’indice de masse corporelle n’ayant, lui, pas de relation significative avec l’état psychologique de chacun des sujets ; autrement dit, *en dépit du poids réel d’un sujet, c’est l’image du corps intériorisée chez ce sujet qui a une relation avec le bio marqueur du stress* [Tomiyama 2012]. Une autre étude sur les comportements alimentaires confirme que c’est bien ce qui est perçu et ressenti par le sujet qui a un impact sur le soma, et deuxièmement, le fait que si pour l’homme ce qui compte, c’est l’exercice plutôt que l’alimentation à l’inverse de la femme, cela peut expliquer la différence de prévalence entre genres pour les troubles alimentaires : cinquante-quatre étudiants, dont trente-trois femmes, ont participé à une étude destinée à caractériser les effets des dispositions d’esprit, en comparaison des actuels comportements, en ce qui concerne les relations entre exercice physique et alimentation d’un côté et le stress tel que mesuré par le cortisol, de l’autre ; *une disposition alimentaire positive est un facteur de protection contre le stress chez la femme et une disposition vers l’exercice physique un facteur de protection chez l’homme* [Rene 2012]. Pour le Pr. Christophe Dejours (2003) : « nous vivons simultanément dans deux corps, respectivement le corps biologique et le corps érotique...Le corps érotique relèverait de l’acquis

et serait progressivement construit à partir du corps biologique qui, quant à lui, ressort à l'inné...»²⁵. Pankow (1993a et 1993b) utilise une technique de *structuration dynamique de l'image du corps* pour traiter des troubles schizophréniques de dissociation, qu'elle définit comme déstructuration de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur. C'est cette absence de lien entre le dedans et le dehors qui caractérise la schizophrénie ; il n'y a pas de chaînes d'association permettant de retrouver le lien entre les débris de tels mondes détruits²⁶. La technique de structuration de l'image du corps employée pour cette maladie psychosomatique (ici asthmatique) ne diffère pas de celle employée pour les psychoses [Pankow 1993a]²⁷.

De nombreuses questions restent ouvertes :

- Qu'est-ce qui a poussé et continue à pousser une personne en syndrome métabolique à trop se nourrir et ne pas faire suffisamment d'exercices, ou quelle est la causalité psychologique et ses liens avec la psychopathologie ? Quel est le lien entre expérience précoce et prédisposition à la maladie et quel est le lien entre préconscient, inconscient et cortex frontal ?
- L'observance du traitement, toujours importante en médecine, est ici encore plus critique pour deux raisons :
 - la maladie peut être soit asymptomatique soit déclarée (prédiabète), mais en tous cas souvent silencieuse pour le patient au moment du diagnostic initial, donc sa motivation est moindre que dans le cas d'une maladie avérée,
 - deux des trépieds du traitement du syndrome métabolique requièrent des changements de comportement du patient (conduite alimentaire et activité physique) ; or, selon la structure (ou le type d'astructuration) de leur système psychique, tous les patients ne seront pas capables, sans aide, de changer leur comportement face à des pulsions inconscientes. Autrement dit : comment la psychothérapie et la psychopharmacologie pourraient-ils devenir adjuvants l'un de l'autre, ce qui implique de démontrer l'impact de la psychothérapie sur les modifications structurales dans le cerveau ?

Pour l'analyse des cas cliniques, les hypothèses retenues sont celles qui sont avancées par le Pr. Stora et que je résumerai ainsi :

- Contrairement à ce que proposait Hans Selye, le « père » du stress, la réponse au stress est spécifique, autrement dit la décompensation somatique ne frappe pas l'organisme à l'aveugle mais serait orientée sur une cible choisie en fonction de motions inconscientes
- Le modèle de *double commande* postule que le quantum d'excitations est pris en charge simultanément par le système ou appareil psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le système génétique ou génome, ces cinq systèmes étant en interrelations les uns avec les autres [Stora 2012b] ; quand le système psychique ne peut traiter le quantum d'excitations, ce sont les autres systèmes qui prennent le relai.
- La croissance d'une tumeur pour qu'elle devienne diagnosticable est de sept à huit ans,

²⁵ p 11

²⁶ Jean Laplanche in Pankow (1993a), préface

²⁷ cf cas Isabelle, 22 ans, asthmatique, p 248-267

- Les effets entre les systèmes neuronal (que ce soit le SNC ou le SNA), endocrinien, immunologique, et génétique représentent des interactions, parfois antagonistes, dont le fonctionnement relève de la théorie des systèmes complexes avec des *patterns* [Gleick 1991]²⁸ autour d'un *attracteur* selon le modèle du Pr. Stora (1999)²⁹.
- La psychanalyse permet de donner du sens à des interactions entre événements archaïques et pathologies actuelles
- La psychothérapie analytique et la psychopharmacologie sont complémentaires et peuvent toutes deux de modifier le système neuronal.

²⁸ Gleick (1991)

²⁹ modèle mathématique : traumatisme, quantité d'excitations et évolution à long terme des comportements de l'énergie, p 281-289

3. Etudes cliniques

Analyse du cas de Carole C., 65 ans, névrose de caractère

A. Compte rendu de l'entretien psychosomatique de fin 2011 avec Carole

Avec le Pr. Stora, nous rencontrons, dans sa chambre, Carole, 64 ans, hospitalisée pour un bilan en unité de syndrome métabolique du service d'endocrinologie-métabolisme du Pr. Bruckert. Le planning de notre rendez-vous a été décalé et cela ne semble pas du tout la gêner. Carole est assise dans son fauteuil et se lève assez vivement pour nous serrer la main. Carole se présente comme une personne d'abord ouvert, son regard est vif et curieux. Sa paralysie de la face droite ne la défigure pas et la dissymétrie qui en résulte lui donne un air espiègle quand elle parle.

A la première question du Pr. Stora sur la façon dont elle a été référée au service, Carole nous explique qu'elle est venue sur les recommandations du médecin qui a pratiqué une coloscopie et qui a confirmé la présence d'une masse surrénalienne (> 4,5 cm), masse visible mais non détectée cinq ans plus tôt et n'ayant pas évolué depuis. Carole nous précise immédiatement que les médecins lui ont dit que la masse n'était pas cancéreuse.

Carole rajoute qu'elle a des micro-pertes de connaissance et se retrouve au sol après reprise de connaissance. Jusqu'à présent, elle ne s'est pas fait mal durant ces chutes. Un bilan neurologique et un bilan cardiaque n'ont rien mis en évidence.

Encouragée à parler, Carole nous dit éprouver aussi des vertiges qui « lui font très mal » ; il lui est arrivé de rester trois jours alitée sans pouvoir tourner la tête, puis le vertige disparaît. Aucune trace de ces deux antécédents dans le dossier médical, consulté après l'entretien ; le Pr. Stora rapportera ces éléments à l'Interne pour examens neuronaux.

Carole a eu une hystérectomie après hémorragie. Depuis, elle souffre d'hypertension, et sa glycémie est proche de la limite de la norme (elle nous dit que toutes ces affections datent de sa ménopause) ; elle a aussi un taux de triglycérides trop élevé.

Elle a de l'arthrose au genou (surtout droit) et un canal rachidien rétréci (douleurs au dos qui se sont déclenchées peu de temps avant sa mise à la retraite). Elle faisait du sport régulièrement et depuis l'arthrose a tout arrêté.

En consultant le dossier médical, je constate qu'elle a aussi des paresthésies à la main droite et qu'elle a arrêté de fumer il y a trois ans (trente paquets par an).

Carole « aime bien cuisiner et manger ».

Son père est décédé d'un cancer du colon il y a vingt-cinq ans. Selon Carole, son père n'était « pas fidèle ». Sa mère, qui était orpheline, a aujourd'hui plus de 80 ans ; elle souffre d'un diabète, d'une hypertension, a une glycémie et des triglycérides élevés, mais c'est l'évolution de sa maladie d'Alzheimer qui nécessite un placement car elle ne peut plus vivre seule désormais ; elle est devenue très agressive vis à vis de sa fille.

Carole est l'aînée de cinq enfants. Elle est née en France de parents italiens et toute sa famille (sa mère, son frère et ses trois sœurs) vit dans le Nord-est de la France. Après la naissance de sa dernière sœur, « dont le père ne voulait pas », sa mère, qui avait alors 40 ans, « a été malade » et c'est Carole qui « a pris en charge sa sœur ». Nous comprenons qu'elle a aussi pris en charge sa mère et la maison, ce qui, par un certain côté, ne semble pas la gêner. Carole a alors 20 ans. Elle continue de s'occuper de cette sœur et filleule aujourd'hui.

Carole nous parlera à plusieurs reprises de son frère qui a été opéré de la hanche et a eu une pancréatite. Elle le soutient beaucoup. Une de ses sœurs a une tuberculose.

Carole a surtout été élevée par ses grands-parents paternels, arrivés avec ses parents en France, et qui vivaient dans la même maison. Avec des oncles, le clan familial était réuni autour d'une entreprise qu'ils avaient démarrée ensemble : « ils avaient construit la maison, mais moins la famille ».

Lorsqu'elle évoque sa famille, je note que Carole adopte un ton plaintif et je ressens une atmosphère morbide qui plane à chaque fois.

Répondant à la question sur ses enfants du Pr. Stora, Carole répond avoir eu avec son mari trois filles âgées aujourd'hui adultes, et elle rajoute que deux ont eu du mal à avoir des enfants, l'une ayant perdu son bébé juste après la naissance (elle pleure longuement et intensément lorsqu'elle évoque ces événements).

Carole vit à l'étranger mais préfère se soigner en France. Elle veut régler le placement de sa mère en maison de retraite avant de repartir. Elle nous dit que son mari ne comprend pas beaucoup ses contraintes. Carole s'est beaucoup occupée et s'occupe beaucoup de sa mère, même si une autre de ses sœurs participe au soutien. Carole nous dit ne pas vouloir décider toute seule du placement de sa mère, car elle est très critiquée par sa famille quand elle prend quotidiennement les décisions concernant sa mère. Lorsqu'elle parle, longuement, de ce sujet, je sens chez Carole une assurance en elle sur les choix à faire et, en même temps, une grande solitude car elle ne se sent pas soutenue par ses frères et sœurs. « Je peux tout diriger mais quand j'appelle au secours, personne ne vient m'aider ». « Ma mère m'a toujours beaucoup demandé, les autres aussi. »

Interrogée sur son activité par le Pr. Stora, Carole répond avoir été mise en retraite à l'âge de 59 ans. C'est peu de temps avant qu'elle a commencé à avoir des problèmes de dos. Elle avait auparavant des responsabilités importantes dans une société multinationale. C'était un travail très prenant (je ressens à la fois de la fierté dans ses paroles et aussi le poids de ces responsabilités); il lui arrivait de faire « trois jours de travail en deux », avec des nuits très courtes. Elle « a craqué » et a dû s'arrêter pendant un an, à la suite de quoi elle a été mise à la retraite ; elle « est restée un an sur le flanc » ; « on ne savait pas ce que j'avais » ; « j'avais l'impression d'avoir un courant électrique traversant mon corps ».

Elle lit beaucoup mais une paralysie de la face droite peu de temps avant la retraite, la gêne. Elle voyage beaucoup. Sans avoir jamais effectué de travail personnel, l'attitude et le ton de Carole m'indiquent qu'un travail sur elle l'intéresse.

Interrogée sur la spiritualité, Carole nous dit être croyante et y trouver un réconfort mais ses propos sont emprunts de l'Idéal du Moi.

Puis le Pr. Stora l'interroge sur son attitude face à un conflit : elle nous dit y réagir de façon assez abrupte. Elle rajoute qu'elle peut avoir tendance à « trancher trop, à être très directive ».

Enfin, à la question du Pr. Stora de savoir si elle rêve, Carole répond qu'elle rêve beaucoup, et qu'elle a surtout des cauchemars récurrents, qu'elle nous raconte sans sollicitation de notre part :

- Dans un premier, elle voit sa fille cadette lorsqu'elle avait 7/8 ans, se noyer ; elle voit « son manteau rouge flotter sur l'eau ».
- Dans un second, elle voit sa grand-mère enfermée chez un de ses frères (un oncle du mari) en Italie, comme « retenue en otage »

Les rêves sont interprétés par le Pr. Stora comme elle-même qui se noie et elle-même prise en otage et Carole paraît à la fois surprise et intéressée : elle reste pensive.

A la lecture du dossier médical :

- 87 kg pour 1,66 m (IMC de 31,7),
- incidentalome surrénalien (4 cm * 4,3 cm) identifié sur une coloscopie virtuelle, visible sur une coloscopie virtuelle 5 ans auparavant, après relecture, et diagnostiqué comme adénome après IRM (+ injection de gardolinium)
- asthénie avec fatigabilité prédominante aux membres inférieurs ; crampes musculaires
- Traitement : Ténormine, Hexaquine, Coznar, Tahor

Carole reviendra en hôpital de jour en 2012.

B. Tableau synthétique des événements de vie et des troubles somatiques avec commentaires

<i>Commentaires</i>	<i>Evènements de vie</i>	<i>Dates ou âges</i>	<i>Troubles somatiques</i>
	Naissance de Carole	1947	
<i>Manifestation de l'adultification précoce qui a dû commencer bien plus tôt ; la fille prend en charge un certain nombre de tâches de la mère</i>	Naissance de la sœur benjamine et « maladie » de la mère ; compense en partie l'absence de sa mère	1967	
	Naissance de ses filles		
<i>Le deuil du père ne semble pas effectué aujourd'hui (cf rêve de noyade)</i>	Décès du père	1981	
<i>L'hystérectomie, souvent vécue comme une perte de la féminité, peut être mis en relation avec le problème d'identité de Carole</i>	Hospitalisation pour hémorragie	1996	hystérectomie (fibrome utérin)
<i>L'axe Hypothalamo-hypophyso-surrénalien est activé : premier impact du stress ?</i>		1998	HTA, HTG, glycémie limite
<i>les problèmes musculo-squelettiques représentent une adaptation du Moi et un état d'hypervigilance</i>	Sa fille cadette fait une fausse couche Arrêt du sport		Problèmes de dos (canal rachidien rétréci) Arthrose des genoux
<i>La décompensation qui a pour cause le surmenage professionnel (burn out) conduit à une dépression essentielle suivie d'une vie opératoire</i>	« Craque » ; un an « sur le flanc », « un courant électrique traversait mon corps »	2005	Paralysie a frigore de la face droite, étiologie non retrouvée, avec séquelles
	Retraite anticipée	2006	Paresthésies à la main droite
	Arrêt du tabac	2008	Hernies discales
<i>Le deuil de son petit-enfant n'est pas fait aujourd'hui</i>	Décès d'un petit-enfant à l'âge de 11 jours	2009	
		2010	Pertes de connaissance et vertiges
<i>L'atteinte des surrénales est à mettre en relation avec la mise en œuvre du sous-système rage et colère dans le SNC 7/8 ans avant 2006</i>	Hospitalisation pour bilan d'un incidentalome surrénalien	Octobre 2011	Incidentalome surrénalien stable et non sécrétant, hypothèses rejetées d'hypercorticisme et de phéochromocytome
<i>Le stade 4 de somatisation est atteint, conséquence de la désorganisation progressive depuis 2005</i>	Mini hôpital pour bilan syndrome métabolique	novembre 2011	Syndrome métabolique Diabète type 2 Probable hypothyroïdie frustrée

C. Analyse psychosomatique de Carole

Pour évaluer le risque psychosomatique de Carole, nous suivrons le cadre proposé par le Pr. Stora, selon un cadre mis au point de 1993 à 2011 (cf annexe).

Avant d'aller plus loin, il nous faut remarquer que le questionnaire rempli par Carole est valide et pourra nous aider dans notre évaluation. Avec un score élevé de 9/10 pour « révélations sur Soi-franchise », un score modéré de 6/15 pour « désir de paraître sous son meilleur jour », et un score nul de 0/15 pour « dépréciation du patient dans sa relation au médecin », nous devrions éviter des biais trop importants dans la relation avec Carole et pouvoir nous appuyer sur les résultats du questionnaire pour compléter ou confirmer l'analyse de l'entretien.

1. AXE 1 – Processus et mécanismes psychiques

a. Axe 1A – Relations d'objet

Les relations de Carole avec son mari, qui semblent bonnes, semblent plus relever du compagnonnage que d'une relation avec un objet investi libidinalement. L'éloignement de son mari ne semble pas l'affecter et nous n'entendrons pas beaucoup parler de lui. L'identité féminine de Carole est incertaine, à relier avec une autorité indifférenciée père-mère. La mise en place de l'objet n'est donc pas complète ; nous pourrions dire que la profession de Carole a constitué son objet. Le Moi de Carole est pré-objectal [151], avec une prédominance de traits de la pré-généralité. Cette hypothèse est corroborée par le score de prévalence de 57/115 pour « demande excessive de soins (recherche inconsciente de soins maternels) ».

Le score de prévalence de 50/115 sur l'échelle de « Dépression » est significatif. Ce qui frappe aujourd'hui chez Carole est un Idéal du Moi très fort [155], plus avancé qu'un narcissisme primaire, et quelques traits du Moi Idéal [157], sous la forme d'une toute puissance infantile [Stora 2010c] ou de Soi Grandiose [Miller 1983]. « Si le Moi Idéal nourrit le fantasme d'une satisfaction totale, immédiate, parfaite, l'Idéal du Moi se constitue sur le sacrifice de la satisfaction pulsionnelle, sans frustration, sans dépit ni ressentiment amer, le Moi tirant orgueil de son renoncement en faveur d'un objet dont la grandeur aurait été surestimée... ainsi le Moi suit un difficile chemin, naviguant entre le Charybde du Moi Idéal et le Scylla de son ombre inversée, l'Idéal du Moi » [Green 1990]³⁰. Carole reste marquée par la deuxième phase de l'organisation somato-psychique.

C'est plus dans les creux du discours que dans les mots prononcés que se dégage chez Carole un masochisme mortifère [159]. La dimension masochiste ressort bien avec un score de 89/115 à l'analyse du questionnaire remplie par elle (le score est significatif à partir de 60). Le masochisme mortifère est un désinvestissement de l'objet et pour le monde objectal suite à l'affaiblissement de la libido objectale [Stora 2011b]³¹. Le masochisme mortifère, au sens de Rosenberg (1991), est associé à un processus sous-jacent de désintrinsication pulsionnelle [Stora 2011b]. Selon Laplanche (2003)³², la libido est un facteur de liaison (Bindung), d'union ; l'agressivité au contraire, tend par elle-même à « dissoudre les rapports ». C'est dire que, plus l'agressivité l'emporte, plus l'union pulsionnelle tend à se désintégrer. Le choix de la profession

³⁰ p 328

³¹ p 10

³² p 308

de Carole est probablement à rapprocher avec cette agressivité inconsciente. Ici, les pulsions agressives sont cachées derrière une apparence de maîtrise (d'elle et de ce qui l'entoure). Cette agressivité était évidente lorsque Carole se plaignait de s'occuper seule de sa mère (elle s'est tout de suite reprise en reconnaissant qu'une de ses sœurs s'occupait aussi de sa mère).

Il nous faut, selon P. Marty, *peser l'épaisseur du préconscient* de Carole. Les représentations psychiques sont quantitativement et qualitativement variées et labiles quant au passé et au présent mais les connotations affectives de ces représentations sont généralement absentes (ou parfois débordantes lorsqu'il s'agit des deuils pathologiques). De plus, le futur semble sous-représenté dans les représentations ; l'échelle « d'évaluation du pessimisme du futur versus optimisme du futur » à 63/115 peut être une des raisons de la quasi absence de représentation du futur. A ses propres dire, Carole rêve beaucoup, mais la présence de cauchemars répétitifs indique un aspect traumatique quand elle était jeune. Enfin, elle nous dit être croyante et que cela la soutient dans sa vie quotidienne. Cela est confirmé par le score de 38/95 de « ressources spirituelles ». Durant l'entretien, le Pr. Stora distingue plus de rituels obsessionnels que de confiance véritable en Dieu. Les activités oniriques de Carole sont donc réduites.

Nous sommes donc en présence de « lacunes de l'organisation du préconscient » [161] avec de faibles « activités oniriques » [170].

b. Axe 1B – Etats psychiques et évènements de vie personnels

L'échelle 1B est celle qui, au travers de l'approche psycho-dynamique, conflits du Moi, du Ca, du Surmoi et du monde extérieur, cherche à mesurer les états psychiques du Moi et ses conséquences sur son organisation.

Nous avons déjà noté la dépression latente [206], présente aujourd'hui, à mettre en relation avec la décompensation et la paralysie faciale de 2005.

Le deuil non élaboré de son petit-enfant [203], décédé il y a deux ans, doit être mis en relation avec le deuil non fait de son père.

Nous savons que la mère de Carole a été « très malade » lors de la naissance de sa fille benjamine, au point, tel que vécu par sa fille aînée, d'être complètement absente et de lui laisser les soins de la dernière-née. En tant qu'une femme revit sa propre naissance et jeunesse au moment de sa grossesse et de la naissance de son enfant et que la mère de Carole était orpheline³³, il serait intéressant dans un entretien psychothérapique de creuser la possibilité d'un syndrome de la mère morte [Green 2007]³⁴, en évoquant une dépression post partum ou d'autres problèmes entraînant une carence maternelle. « A l'enfant sont attribuées toutes les perfections, sa sexualité infantile est déniée. Le narcissisme primitif du parent est ainsi réveillé, toute l'expérience de la vie se trouvant d'un seul coup annulé devant la perspective de ce nouveau départ dans la vie, par procuration » [Green 1990]³⁵. Du côté de l'enfant : « la déception entraîne d'autant plus aisément le mouvement dépressif que les deux objets (interne et externe, maternel et paternel) auront été désillusionnants de trop bonne heure, non fiables, trompeurs » [Green 2007]³⁶. Un défaut de soins maternels à une période où l'appareil psychique du bébé

³³ Tobie Nathan (1999) décrit des crises psychopathologiques, psychoses puerpérales, chez des femmes migrantes à l'occasion de la naissance d'un enfant, p 205

³⁴ chapitre *La mère morte*, 1980, p 247-283

³⁵ p 323

³⁶ p 160-161

n'est pas suffisamment formé pour se passer de pare-excitation au sens du Dr. Donald Winnicott³⁷, constitue un traumatisme à la naissance [211], même si ce dernier a pu être tempéré par les soins des grands-parents (« j'ai été élevé par mes grands-parents »).

Les relations de Carole avec sa mère et sa position dans la constellation familiale rappellent les travaux d'Alice Miller (1983) qui analyse comment un enfant, souvent doué, peut être requis, dans une situation d'amour trop exclusif de sa mère (qui est aussi une forme de soins maternels inappropriés³⁸), de devenir la mère ou le père de sa mère, créant chez l'enfant un problème de place et une incertitude sur les, et ses, limites.

Romain Gary développe un thème identique dans son autobiographie [Gary 1980]³⁹ où il écrit : « Il n'est pas bon d'être tellement aimé, si jeune, si tôt. Ça vous donne de mauvaises habitudes. On croit que c'est arrivé. On croit que ça existe ailleurs, que ça peut se retrouver. On compte là dessus. On regarde, on espère, on attend. Avec l'amour maternel, la vie vous fait à l'aube une promesse qu'elle ne tient jamais. » « Je ne dis pas qu'il faille empêcher les mères d'aimer leurs petits. Je dis simplement qu'il vaut mieux que les mères aient encore quelqu'un d'autre à aimer. Si ma mère avait eu un amant, je n'aurais pas passé ma vie à mourir de soif auprès de chaque fontaine ».

Carole est la deuxième génération à naître en France. Selon Tobie Nathan, « [...] la frontière entre conscient et inconscient est remplacée par une frontière culturelle matérialisée par le seuil de la maison familiale [...] Le mécanisme de défense est beaucoup plus du registre du clivage que du refoulement [...] Les enfants de la première génération de migrants sont confrontés à une double fêlure dans ces relais obligatoires du narcissisme primaire qui servent à dessiner l'espace formel de la psyché » [Nathan 1999]⁴⁰. Nous pouvons noter la coexistence de plusieurs modes de pensée dans le Moi, en conséquence des différences culturelles [216].

Chez Carole, pour obéir au mythe familial, il ne faut pas s'en sortir (cf. le cauchemar de Carole d'être prise en otage).

En conclusion, le traumatisme, présent au travers des deux cauchemars récurrents de noyade et de prise en otage, est archaïque, premier et asymptotique et le traumatisme représenté par l'épuisement professionnel serait ainsi le deuxième traumatisme, désorganisateur, et réactivant *le traumatisme passé mémorisé sous la forme de représentations mentales ou non dans l'hippocampe, les ganglions de la base et le tronc cérébral ainsi que dans le système limbique* [Stora 2012b].

La dépression essentielle⁴¹ a démarré chez Carole à 59 ans, au moment de la désorganisation que son épuisement professionnel a déclenché, un état de sidération du système psychique. Carole note : je « craque,... (un temps), un an sur le flanc,... (un temps), un courant électrique traversait mon corps ». Selon le Dr. Marty, « les désorganisations essentielles

³⁷ la mère « protège l'enfant des coïncidences et des chocs, essayant de maintenir la situation physique et affective suffisamment simple pour que le nourrisson soit capable de la comprendre et pourtant suffisamment riche pour tenir compte de la capacité grandissante de l'enfant » in Winnicott (1969), p 95

³⁸ C'est en ce sens que Donald Winnicott définit les soins maternels nécessaires à un bon développement du bébé par « a good enough mother », terme mal traduit en français par « une mère suffisamment bonne » et qui pourrait être plus justement rendu par « une mère juste assez bonne », in Winnicott (1969)

³⁹ Romain Gary, *La promesse de l'aube*, Folio, 1980

⁴⁰ p 202

⁴¹ Ce sont des dépressions sans objet, ni auto-accusation, ni même culpabilité consciente, où le sentiment de dévalorisation personnelle et de blessure narcissique s'oriente électivement vers la sphère somatique. Un tel tableau, pour nous, est de toute évidence à mettre en rapport avec la précarité du travail mental [Stora (2011c)].

commencent en général, chez l'adulte, par une phase de *dépression essentielle*, qui rend compte de l'absence de tonus des Instincts de vie, puis par une désorganisation de l'appareil mental, dont témoigne la pensée opératoire. Le mouvement se poursuit par la désorganisation des systèmes de caractère et de comportement que révèle la diminution ou la perte des expressions instinctuelles correspondantes : c'est la « *vie opératoire* ». « Surviennent enfin les désorganisations de fonctions somatiques de plus en plus archaïques sur le plan évolutif, de plus en plus fondamentales sur le plan vital. Les processus peuvent ainsi cheminer jusqu'à la destruction des équilibres biologiques primaires de la vie individuelle » [Marty 1998a].⁴²

c. Axe 1C – points de fixations régression

Selon le Dr. Pierre Marty : « [...] les désorganisations [...] se trouvent arrêtées en cours de route par différents paliers de régressions (organisés autour de fixations majeures) qui démontrent en cela leur valeur défensive » [Marty 1998a]⁴³. Autrement dit, quand le système psychique est incapable de l'élaborer, le quantum d'excitation est donc traité par les autres systèmes : Système Nerveux Central, Système Nerveux Autonome, système immunitaire et système génétique (génome). Cinq systèmes sont en interrelations les uns avec les autres, et traitent chacun, selon son fonctionnement, les données en provenance interne et externe [Stora 2009]. D'autre part, « les désorganisations ont un point de départ traumatique. Elles affectent un mouvement de sens contre-évolutif » [Marty 1998a]⁴⁴.

Avec l'aide du tableau des évènements de vie (cf ci-dessus), nous pouvons relever les points de fixation chez Carole :

- fixation somatique prénatale [300] (syndrome métabolique),
- fixation cardiaque [302] (hypertension),
- fixation alimentaire [303], encouragée par une dimension familiale et culturelle (obésité),
- fixation motrice [305] (troubles musculo-squelettiques),
- métabolisme [306] (fibrome utérin, hypertriglycéridémie),
- axe hypothalamo-hypophyso-surrénales [309] (incidentalome surrénalien),
- position dépressive [355] (dépression essentielle, burn-out),

Il est intéressant de s'arrêter sur les principaux paliers de fixation-régression :

1. Un premier palier est atteint quand l'hémorragie lié à la présence d'un fibrome utérin entraîne une hystérectomie. L'hystérectomie est souvent perçue par une femme comme une atteinte à son identité féminine. Pour Carole cette identité a toujours été incertaine, puisqu'elle a été mise en situation d'être la mère ou le père de sa mère.
2. Le précédent palier n'est pas très solide puisque dès 1998, Carole a de l'hypertension et une hypertriglycéridémie ; il est intéressant de noter qu'elle-même rapporte l'hystérectomie, l'HTA et l'HTG comme concomitant dans son histoire de vie. Un équilibre homéostatique semble pourtant s'établir à ce nouveau palier. Nous sommes à un niveau 3 de somatisation [Stora 2009].
3. L'émergence clinique de l'incidentalome surrénalien, compte tenu de sa taille (> 4 cm), doit avoir été précédée d'une période cachée de sept à huit ans si l'on suit les calculs du

⁴² p133 et 134

⁴³ p 134

⁴⁴ p101

- Pr. Tubiana [Stora 1999]⁴⁵. Si l'incidentalome s'était révélé cancéreux, cela aurait voulu dire qu'il y avait eu désorganisation psychosomatique [Stora 2011d] mais ce n'est apparemment pas le cas, à cette étape. La réaction somatique aurait donc démarré vers 1999-2000, à moins que ce soit un peu plus tôt, peut-être en 1998.
4. Des problèmes musculo-squelettiques en 2004/2005, représentent une adaptation du Moi et un état d'hypervigilance, classés comme un niveau 2 de somatisation s'ils n'étaient doublés de la croissance silencieuse de l'incidentalome. Ils indiquent une nouvelle régression à rapprocher du décès de son petit-enfant (et probable réactivation du deuil pathologique de son père). « L'incapacité de faire le travail du deuil, de tolérer des sentiments de culpabilité est une caractéristique frappante expliquant des symptômes tels que la mise en acte, le comportement psychopathique, les perversions polymorphes, la toxicomanie, l'alcoolisme, etc. » [Green 1990]⁴⁶.
 5. Un autre palier est atteint en 2004/2005, « peu de temps avant le burn out », avec des problèmes de dos (canal rachidien rétréci) et d'arthrose des genoux. Le facteur environnemental de surinvestissement de la vie professionnelle, de la réussite à tout prix, peut être analysé comme une addiction ; le système psychique, débordé par le quantum d'excitations, et surtout sa durée, ne peut l'élaborer, « et l'énergie somatique met en œuvre les mécanismes de biorégulation actionnant les sécrétions hormonales, lesquelles agissent de façon continue sur la musculature qui se contracte jusqu'à épuisement provoquant des traumatismes mécaniques aux points les plus fragiles du squelette (vertèbres), parties du corps fortement sollicitées par l'histoire... Il s'agit de vulnérabilité et aussi de complaisance somatique » [Stora 1999]⁴⁷. Le défaut de *holding* ou portage, est souvent associé à ces maux (mots ?) de dos⁴⁸. Nous serions, avec les seuls problèmes musculo-squelettiques, encore à un stade 2 de somatisation.
 6. Le palier suivant intervient en 2005/2006, lorsque Carole a son syndrome de burn-out [Stora 2010b]. Sur le plan médical :
 - a. La paralysie (de la face droite) est souvent mise en relation avec l'herpèsvirus 1 humain. Plusieurs études montrent l'effet de l'expression émotionnelle sur les fonctions immunes : «...ces résultats suggèrent donc une association entre tendance à la répression émotionnelle et réactivation de virus saprophytes, présents de manière quiescente dans de nombreux organismes, comme les virus du groupe herpès, possiblement à la faveur d'une diminution de l'activité des lymphocytes T supresseurs/cytotoxiques » [Consoli 2010].
 - b. Les trois étapes du syndrome général d'adaptation de Hans Selye sont : réaction d'alerte, résistance et épuisement. Ici, la fin de la résistance est une décompensation, qui a pour cause déclencheur le surmenage professionnel et qui conduit à la dépression essentielle et la vie opératoire décrite précédemment [Veléa 2010]⁴⁹. Suivant le modèle de *double commande* [Stora 1999], lorsque le système psychique ne fonctionne plus, le Système Nerveux Central prend la relève, et plus particulièrement ici, son sous-système rage-colère⁵⁰.

Si nous considérons uniquement le stress professionnel, le niveau de désorganisation atteint le niveau 4 sur 5, dommage de façon semi-permanente de la fonction du Moi⁵¹.

⁴⁵ p 144

⁴⁶ p 157

⁴⁷ cf Amanda, p 93

⁴⁸ « Adrienne a deux vertèbres atteintes, et je pense en moi-même que la psychiatre ne la soutient plus, mais ce manque de soutien corporel a dû refaire surgir chez Adrienne l'absence de soutien précoce d'un nourrisson qu'on ne prenait pas dans ses bras » in Stora (1999), p 147

⁴⁹ p 212

⁵⁰ voir le chapitre 2 pour la description du système de prise en charge des émotions de Jaack Pensepp

⁵¹ tableau 3, p 68

7. Le dernier palier, en 2011/2012 est celui du syndrome métabolique, le stade 4 de la somatisation étant atteint. Lors de sa visite de contrôle en 2012, les conduites alimentaires sont à l'objectif prescrit mais pas celles d'activités physiques. Les pathologies invalidantes (canal lombaire étroit avec claudication médullaire après cinq minutes de marche, arthrose du genou) s'opposent à la reprise d'activité physique.

d. Axe 1D – Mécanismes de défense du Moi

Carole dénie sa maladie, ce qui revient à un déni inconscient de la réalité psychique [380]. Le score de prévalence de l'échelle d'appréhension de la maladie à 71/115 vient en appui à cette hypothèse.

D'autres mécanismes de défense sont à l'œuvre notamment le clivage de l'objet, l'identification projective et le retournement contre soi et en son contraire. Nous pouvons remarquer qu'André Green appelle *double retournement* le retournement contre soi et en son contraire et en fait un mécanisme de défense antérieur au refoulement, typique de narcissisme primaire. « La plupart des auteurs [...] n'en parlent que comme un narcissisme de vie en passant sous silence [...] le narcissisme de mort présent sous la forme de l'abolition des tensions jusqu'au niveau zéro » [Green 2007]⁵².

e. Axe 1E – traits de caractère

Les traits de caractère anals et obsessionnels, en particulier ceux qui ont présidés à l'homéostasie issue de l'investissement professionnel, sont aujourd'hui affaiblis.

Les traits pervers [404], et de relations sado-masochistes [409], sont ici deux traits d'auto-destruction (pulsion de mort), en ligne avec la désintrinsication pulsionnelle précédemment relevée.

f. Axe 1F – activités sublimatoires

Les activités sublimatoires de Carole sont aujourd'hui constituées de l'activité de la pensée, les autres activités sublimatoires (lecture, musique,...) sont actuellement réduites. L'activité onirique, que l'on sent investie jusqu'à 2004, est depuis presque inexistante, diminution aggravée par la restriction physique de ses pathologies (lecture devenue impossible, déplacements difficiles...). Pour Carole, la religion relève plus d'activités obsessionnelles que de croyances spirituelles pouvant la soutenir au quotidien.

2. AXE 2 – Comportements et manifestations corporelles dans la relation

Nous avons déjà vu précédemment chez Carole le comportement de déni de réalité [454], les problèmes d'identité [467], le problème transgénérationnel et l'avatar du développement de la personnalité et la perversion [471].

Le surinvestissement professionnel de Carole apparaît assez clairement : « faire trois jours de travail en deux », « avec des nuits très courtes ». Il la conduit à un épuisement libidinal [460].

⁵² p 146

Les responsabilités professionnelles de Carole avaient, pour elle, un rôle de quasi objet. Depuis, sa mise à la retraite a représenté un changement d'économie relationnelle [469a].

La rafale de maladies depuis au moins 1998 doit être appréciée comme des répétitions somatiques [470].

3. AXE 3 – Capacité d'expression des affects

Nous avons déjà vu que les affects sont réprimés car ils représentent la mémoire d'un vécu traumatique. Le score de prévalence de 60/115 de « Comportements de retrait et d'absence d'affect – peu communicant » semble venir corroborer ceci. Nous avons à faire chez Carole à ce qu'André Green décrit de cette façon : « si l'affect peut court-circuiter le préconscient, il peut alors se donner comme un représentant de l'inconscient à l'état pur, c'est-à-dire comme un représentant du système mémoire, le système perceptif étant lié à la conscience » [Stora 2012a]. Il faut rappeler que pour des migrants de deuxième génération, « l'affectivité reste [...] profondément enracinée dans le terreau familial » [Nathan 2010]⁵³.

4. AXE 4 – Risques liés à l'environnement personnel, familial et socio-professionnel

Nous rappelons ici l'environnement familial perturbé [601] de Carole dont un des premiers facteurs est l'éloignement géographique, et le second l'impossibilité pour elle de trouver un soutien auprès de son mari ou de ses filles. Et ce, malgré un score de prévalence de 35/115 sur l'échelle d'évaluation du soutien familial, plutôt favorable.

Nous pouvons aussi considérer que l'environnement socio-professionnel est perturbé de façon permanente [603a], en ce sens que le départ en retraite a conduit à un brutal appauvrissement des relations sociales, sans qu'il y ait de sources de remplacement.

Carole éprouve probablement un bénéfice secondaire [621] à l'hospitalisation en cours compte tenu du score de demande excessive de soins, ce qui vient confirmer l'absence de soutien familial et social pour Carole

5. Evaluation du risque psychique

En conclusion, je propose de noter :

1. Processus et mécanismes psychiques : 3 sur 4 – fonctionnement psychique profondément altéré : vie et pensée opératoire
2. Comportements et manifestations corporelles dans la relation : 3 sur 4 - moyenne
3. Capacité d'expression des affects : 4 sur 5 – affects traumatiques et somatisations, représentant la mémoire d'un vécu irreprésentable
4. Risques liés à l'environnement personnel, familial et socio-professionnel : 5 sur 7 – altération importante

Carole a donc un score de risque psychique de 15 soit un risque élevé à très élevé ; instabilité globale de l'unité psychosomatique à risque de désorganisation.

⁵³ p 202

6. AXE 5 – Evaluation de l'état somatique

Du dossier médical, nous relevons les antécédents :

- fibrome utérin et hystérectomie en 1996
- HTA depuis 1999
- hernies discales en 2008
- Paralysie faciale périphérique, étiologie non retrouvée, en 2005, dont elle garde des séquelles
- Polyarthrose évolutive et invalidante depuis 2000, compliquée d'un canal lombaire étroit diagnostiqué en 2011 avec claudication médullaire et abolition des réflexes achilléens [713]
- Chutes inexplicables depuis 2010, dernière en août 2010, EEG normal, en cours d'exploration.

Carole a un syndrome métabolique [708]. A la visite de suivi en 2012, sur le plan diététique son poids est en diminution de 4 kg suite à la mise en place de mesures nutritionnelles, le pourcentage de masse grasse restant identique à 43 % et son tour de taille est inchangé. Sur le plan de l'activité physique, pas de renforcement dû ses pathologies invalidantes. Sur le plan thérapeutique, l'HTA est traitée et contrôlée sous Aprovel 300mg introduit fin 2011, la statine est efficace et bien tolérée ; prise d'Hexaquine si crampes.

Concernant les risques cardio-vasculaires :

- l'hypertension est traitée en hospitalisation, sous monothérapie antihypertensive par Aprovel 300 mg, introduite en 2011 (traitement hypertenseur antérieur par beta bloquant et ARA2) ; le bilan étiologique de l'HTA a été effectué en mini hôpital il y a trois mois ; incidentalome surrénalien gauche de 4 cm non sécrétant, surveillance simple ; bilan hormonal complet normal ;
- l'hypercholestérolémie découverte en 2009 , LDC-C normalisé sous Tahor 20 mg puis 10 mg ; hypertriglycéridémie modérée (TG max 2,5 g/l) en juillet 2011 et hypoHDLémie persistante ; traitement hypolipémiant bien toléré, prise d'Hexaquine si crampes.
- Diabète de type 2 diagnostiqué en 2011 ; HbA1C à 6,5 % en 2011 ; antécédent familial de diabète de type 2 chez sa mère
- Probable hypothyroïdie frustrée diagnostiquée il y a trois mois

Carole sera revue dans trois mois (ce sera en fait en septembre 2012).

En résumé, syndrome métabolique [708] avec diabète de type 2. Je propose d'évaluer l'état somatique à 4 sur 5 - risque élevé.

7. Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique, pronostic et stratégie thérapeutique

Nous sommes en face, chez Carole, à une désorganisation progressive au dernier stade, qui a probablement pris naissance dans une dépression essentielle en 2004-2005, décompensation due à un surinvestissement et épuisement professionnel (burn out). Il est possible que l'événement traumatique ait pris place avant 2004, compte tenu du fait que l'incidentalome mesurait déjà 4 cm en 2006 ; nous pourrions alors le rapprocher des problèmes d'hypertension et

d'hypertriglycéridémie détectés en 1998. Dans ce deuxième cas, 2004-2005 a représenté une nouvelle étape dans l'échelle régressive des fixations-régressions. Sans exclure un terrain génétique, la désorganisation du Moi s'est élaborée sur des problèmes sous-jacents d'oralité masochiste, de perversion et d'agressivité inhibée, avec des dimensions transgénérationnelle et interculturelle. Comme c'est souvent le cas chez les migrants de 2^{ème} génération, Carole est devenu la parente de ses propres parents [Nathan 1999]⁵⁴. L'arrêt de l'activité professionnelle surinvestie devient ainsi un « affaiblissement fondamental de l'Objet » et « sans objet, l'homéostasie somatique laisse peu d'espoir » [Stora 2012]. La dépression essentielle dans laquelle entre Carole en 2005 est ainsi constituée de l'affaiblissement fondamental de l'Objet et de la transformation de la libido objectale en libido narcissique ; le masochisme objectal de Carole est défaillant, l'Objet intériorisé étant atteint, et la libido fait retour sur le Moi. « La permanence de la désintrinsication pulsionnelle engage le processus de désorganisation somatique avec les conséquences les plus graves pour le pronostic vital à terme » [Stora 2012].

Cette désorganisation se traduit aujourd'hui, sur le plan somatique, par un syndrome métabolique [708] avec diabète de type 2, et il est probable qu'il y ait une évolution défavorable dans la mesure où il n'y a plus de barrière à la désorganisation. Les facteurs environnementaux sont permanents et les difficultés d'expression des affects sont liées à une fixation archaïque mal mentalisée.

Le pronostic vital risque donc d'être engagé sous peu si rien n'est fait. A côté de la prise en compte du syndrome métabolique de Mme. C. et une surveillance de son incidentalome, en m'appuyant sur la classification des actes psychothérapeutiques pour les patients psychosomatiques⁵⁵, je recommanderais d'adresser la patiente à un psychosomaticien pour une prise en charge psychothérapeutique. Dans un premier temps, et idéalement, Carole bénéficierait d'un travail de relaxation thérapeutique [Sapir 1979] qui lui permettrait de retrouver un apaisement intérieur. Une psychothérapie psychosomatique permettrait à Carole de retrouver un équilibre psychique en vue de stabiliser au mieux l'état somatique. Il serait souhaitable que le thérapeute prenne en compte, de façon spécifique, l'état migrant de Carole [Nathan 1999]. Un axe de travail psychothérapeutique serait donc de réintroduire les deux cultures, en donnant du sens à leurs ambiguïtés, pour conforter l'Idéal du Moi. Ce travail psychothérapeutique viendra aussi soutenir l'observance du traitement qui se révélera très probablement problématique chez Carole (score de prévalence de 80/115). Avec de nombreuses hospitalisations, de plus en plus rapprochées, l'hôpital et ses médecins jouent aujourd'hui un rôle d'étayage, de bonne mère, auprès de Carole. Une psychothérapie en lien avec ses médecins référents pourrait permettre de soulager les médecins pour qu'ils puissent consacrer plus de temps aux aspects somatiques.

D. Discussion

Alice Miller, dans son livre autobiographique, *Notre corps ne ment jamais* (2005), écrit dans l'introduction, « notre corps réagit bien souvent par la maladie devant le mépris prolongé de ses fonctions vitales » et elle place au niveau vital le rôle parental que chacun a envers l'enfant maltraité enfoui en soi.

Le 25 juillet 2012, l'émission *Télématin* (France 2) traitait « burn out et troubles alimentaires » en faisant état d'une étude [Nevanperä 2012] selon laquelle les femmes en état d'épuisement professionnel (burn out) présentent davantage de troubles du comportement alimentaire. Modulé par un biais social, l'épuisement professionnel chez les femmes travaillant augmente en effet les risques de prise de poids, de développement de diabète de type 2 et

⁵⁴ p 202

⁵⁵ Stora Jean Benjamin, *Que peut apporter une prise en charge « psy » ?* et le tableau, *Les différents types de psychothérapies*, in Hansel (2007)

également de maladies cardiovasculaires. L'étude recommande de traiter d'abord la cause de lépuisement avant d'aborder le problème d'alimentation. Le Dr. Boris Hansel interrogé, insistait sur l'importance de dépister et de traiter systématiquement l'épuisement out au cours d'une prise en charge nutritionnelle. Ce qui justifie a posteriori la décision du Pr. Jacques Decourt, chef du service d'endocrinologie en 1950 d'inviter un psychiatre psychanalyste, le Dr Gisela Pankow, à venir travailler à ses côtés.

En ce qui concerne l'aspect migrant de Carole et son impact étiologique, Nathan (1999) rappelle que la fonction des théories étiologiques en psychanalyse est :

- 1) le rétablissement de la chronologie du patient,
- 2) la discrimination d'espaces logiques, nous pourrions aussi dire des limites intérieur/extérieur, dessous/dessus, jour/nuit,....,
- 3) la réorganisation transférentielle d'un développement phylogénétique,
- 4) le mot et la chose : la (re)définition de la réalité psychique.⁵⁶

Kernberg (2004) souligne la difficulté à établir une relation constructive, une alliance thérapeutique, avec une patiente comme Carole. Il propose :

- a. l'élaboration systématique du transfert négatif et sa déflexion à l'extérieur de la relation thérapeutique,
- b. l'interprétation des opérations défensives pathologiques du patient quand elles émergent dans le transfert négatif,
- c. une structuration précise de la thérapie avec des mesures aussi actives que nécessaires pour bloquer l'acting out à l'intérieur de la thérapie elle-même,
- d. l'utilisation de structures telles qu'un hôpital, un hôpital de jour, un foyer de nuit si les acting out en dehors des séances menacent d'aboutir à une situation durable et stable de gratifications pulsionnelles pathologiques,
- e. une concentration de façon sélective sur tous les domaines qui, dans le transfert ou la vie du patient, sont l'illustration d'opérations défensives pathologiques lorsqu'elles provoquent un affaiblissement du Moi et entraînent une diminution de l'épreuve de réalité,
- f. l'utilisation des manifestations transférentielles primitives positives pour le maintien de l'alliance thérapeutique et une confrontation partielle seulement du patient à ces défenses qui protègent le transfert positif,
- g. l'encouragement des expressions plus appropriées dans la réalité des conflits sexuels qui, du fait de la condensation pathologique de l'agressivité pré-génitale et des tensions génitales, gênent l'adaptation du patient.⁵⁷

Nous avons vu, en introduction, que la pesée du préconscient est un exercice à la fois difficile et la condition d'un diagnostic juste. Sur le plan de l'enseignement, et avant de prendre conscience du tableau de ses événements de vie, le cas de Carole présente l'intérêt d'une possible confusion entre une névrose de caractère et un syndrome de conversion hystérique. Une autre possibilité d'erreur diagnostic, encore plus facile et expérimentée durant mes huit mois de stage, fût le cas d'une patiente pour laquelle le diagnostic de névrose de comportement que j'avais posé a justement été reclassé par le Pr. Jean Benjamin Stora en névrose de caractère, sur la base d'un préconscient très irrégulier, mais sans que la une mentalisation soit insuffisante. Les représentations mentales de cette patiente se présentaient de façon très pauvre et très différente de celle de Carole, sur les plans individuel, social, culturel et professionnel, sans, pour autant, que le diagnostic psychopathologique ne soit différent.

⁵⁶ p 137-140

⁵⁷ p 103-104

Analyse du cas de Christian H., 53 ans, névrose de comportement

A. Compte rendu de l'entretien psychosomatique avec Christian H.

Christian H. est allongé dans son lit lorsque le Pr. Stora et moi entrons dans sa chambre. Il est habillé de vêtements de ville, jeans et chemise. Homme de 54 ans, il en fait moins.

Il a été admis en unité syndrome métabolique, en hôpital de jour, après une consultation quatre mois auparavant. Il est suivi en endocrinologie à la Pitié Salpêtrière depuis dix ans. Il nous dit avoir une hypertriglycémie, du cholestérol, et suivre une « alimentation drastique ». Il y a une vingtaine d'année, il nous dit avoir eu des problèmes gastriques.

Cadre dans une grande société, il a été jugé inapte au travail deux ans auparavant. Il a eu un suivi psychiatrique pour troubles anxieux dépressifs et été diagnostiqué comme bipolaire, quinze ans auparavant. Il a arrêté tous ses traitements psychiatriques il y a un an et dit se porter bien : il pense que son étiquette psychiatrique était une « erreur de diagnostic ». Il nous explique qu'il a avancé dans ses responsabilités professionnelles régulièrement jusqu'à devenir directeur d'une agence de sa société. A partir d'un changement de hiérarchie, cela « s'est mal passé avec mon supérieur », il y a eu un « engrenage » qui l'a conduit, via la médecine du travail, à être suivi en psychiatrie et traité au lithium. Au travers d'exams médicaux réguliers, qui lui étaient imposés, Christian nous explique avoir été obligé de suivre ses traitements. Il nous dit être resté dans la société parce qu'il avait une fille jeune. Il a alors « descendu tous les échelons » jusqu'à être considéré comme inapte au travail en 2009. Durant cette période, il était « mal dans sa peau ». Il nous dira plus tard qu'il s'était mis à boire de l'alcool pour supporter cette situation. Christian ajoute que ses relations sociales sont profondément affectées par ce statut psychiatrique. Il se livre facilement, sans en rajouter, et c'est graduellement que nous découvrirons ce qui vient d'être rapporté. Pendant la première partie de notre entretien, j'ai l'impression que Christian s'attend de notre part à une attitude de jugement et qu'il s'en défend en ne livrant que les informations demandées. Lorsque le Pr. Stora reformule son expérience en disant qu'il a été « psychiatisé », je sens un grand soulagement chez le patient qui se détend et se livre plus volontairement : « j'ai perdu quinze ans de ma vie ». « Durant quinze ans, je faisais de gros efforts,... (un temps), j'ai pensé 2 fois à me suicider, mais je ne l'ai pas fait en pensant à ma fille », « je tenais grâce à l'alcool dès le matin ». Le Pr. Stora lui interprète : « durant ces 15 années, vous avez gardé toutes vos pulsions agressives en vous ». Christian opine.

L'inactivité lui était agréable la première année, mais après, cela « commence à être long ». A la question du Pr. Stora sur ce qu'il compte faire, il répond qu'il n'a pas de projet.

Il a une compagne avec laquelle il a une fille qui a aujourd'hui 20 ans.

Sa mère est hospitalisée en gériatrie pour un Alzheimer et son père est vivant. Ses parents qui habitaient loin sont revenus en région parisienne pour se rapprocher de leurs deux fils. Christian voit rarement son frère plus jeune que lui.

Interrogé par le Pr. Stora sur la façon dont il occupe son temps, le patient nous dit voir régulièrement quelques amis, d'anciens collègues. Il lit des magazines, pas de livres. Il regarde la télévision. Il fait du vélo une à deux fois par semaine. Il pratiquait le tennis régulièrement jusqu'à être opéré de l'épaule il y a quatre ans. Plus tard, il nous dit que lorsqu'il fait du sport, c'est toujours « trop de pompes, cent d'un coup », « mon service au tennis était toujours trop fort ». Il va faire régulièrement « des sorties en ville », où il se promène. Il fume un peu.

Christian rêve et ne nous livre aucun rêve sauf qu'il se voit comme dans la réalité : qu'il a perdu quinze ans de vie.

Christian n'a pas de croyances spirituelles.

Le Pr. Stora explorera ses projets d'avenir : « c'est fini aujourd'hui », « à cause des triglycérides et du cholestérol ». Au travers de questions portant sur ses compétences, le Pr. Stora amène alors le patient à se projeter dans une possible nouvelle activité professionnelle. Christian semble apprécier l'aide à penser le futur en retrouvant de la vivacité dans les gestes, son visage sourit de temps à autre.

La fin de l'entretien explore l'évolution du poids : le patient pesait 75-76 kg en 1980, est monté à 90-95 kg et en fait maintenant 84 kg (pour 1,78 m). Interrogé sur la période où il avait perdu du poids, il répond que c'était dans ses années de vie professionnelle, quand il a senti que c'était vraiment trop.

Lorsque je reviens lui proposer de remplir le questionnaire, et encore plus lorsque je reviens le chercher rempli, une heure après, Christian revient sur le thème de son diagnostic psychiatrique : « vous, vous m'avez cru quand je vous ai dit que je n'étais pas bipolaire ». Je lis sur son visage comme un voile d'incrédulité.

Dans le dossier médical, les antécédents sont :

- syndrome anxio-dépressif
- ulcère gastrique ou duodéal
- allergies
- psoriasis
- asthme
- hypothyroïdie, sous traitement

B. Tableau synthétique des événements de vie et des troubles somatiques avec commentaires

Commentaires	Evènements de vie	Dates ou âges	Troubles somatiques
	Naissance de Christian	1958	
			Asthme Allergies Psoriasis
	Début de vie professionnelle dans une grande société	1981	75-76 kg
	Vit avec sa compagne	1983	
	Naissance de sa fille	1992	
<i>Le Moi insuffisamment constitué ne permet pas d'élaborer le quantum élevé d'excitations ; les problèmes gastriques sont une réponse somatique de niveau 2</i>	Problèmes avec son supérieur hiérarchique alors qu'il est directeur d'agence	1995	Problèmes gastriques Psychiatisation graduelle : diagnostic de psychose maniaco-dépressive
<i>Le diagnostic psychiatrique et la situation professionnelle dégradée représentent d'autres atteintes narcissiques.</i>	Engrenage psychiatrique et descente professionnelle	1995-2009	Suivi psychiatrique (et Theralite)
<i>L'atteinte de la thyroïde si jeune conduit à poser l'hypothèse d'un appareil psychique insuffisamment développé ; cette atteinte métabolique est une réponse somatique de niveau 3, avec un temps de latence</i>	Prise en charge en endocrinologie Se met à boire de l'alcool Fait un régime alimentaire (2000 : 98 kg 2001 : 88 kg)	2000	Hypothyroïdie Hypertriglycéridémie et Hypercholestérolémie
	Arrête le tennis	2008	Opéré de l'épaule
	Jugé inapte au travail ; arrêt de sa vie professionnelle	2009	Au bout d'un an, arrêt volontaire des traitements psychotropes, sans conséquence
<i>Le Moi insuffisamment constitué ne permet pas de nouveaux investissements ; vie et pensées opératoires</i>	Bilan métabolique	Décembre 2011, avril 2012	

C. Analyse psychosomatique de Christian

Avant d'aller plus loin, il nous faut remarquer que le questionnaire rempli par Christian est valide et pourra nous aider dans notre évaluation. Avec un score élevé de 8/10 pour « révélations sur Soi-franchise » et un score faible de 2/15 pour « dépréciation du patient dans sa relation au médecin », nous devrions éviter des biais trop importants dans la relation avec Christian pour peu que nous soyons attentif à son envie de paraître sous son meilleur jour (score de 13/15). Nous pouvons nous appuyer sur les résultats du questionnaire pour compléter ou confirmer l'analyse de l'entretien.

1. AXE 1 – Processus et mécanismes psychiques

a. Axe 1A – Relations d'objet

La présence de l'objet n'est pas avérée. Autrement dit, nous sommes face à un stade pré-objectal [151].

L'organisation du préconscient semble lacunaire (pas de rêves, lecture uniquement de magazines, une pauvreté de l'imaginaire) [161], les aller-retour présent-passé sont factuels et limités aux quinze dernières années professionnelles traumatiques ; par exemple, aucun lien avec l'enfance, aucune émanation de l'inconscient sous la forme de lapsus, d'oublis et autres actes manqués. Les projets futurs sont notablement totalement absents. « L'insuffisance fonctionnelle de la première topique contrevient à la possibilité d'activité fantasmatique comme à la possibilité d'élaboration mentale » [Marty 1998a]⁵⁸.

Nous pouvons aussi noter chez le patient un manque de psychisation du corps ; l'image du corps est insuffisamment constituée (pas ou trop de sport).

Il est intéressant de noter, qu'avant 2005, un Soi grandiose [155] est à l'œuvre chez Christian. Nous savons que le Soi grandiose est à la fois un mécanisme de défense contre une dépression plus profonde et plus grave et l'expression d'un narcissisme pathologique [Kohut 1974]. Un Soi grandiose, mécanisme de défense contre une mélancolie, a dû être prédominant chez Christian avant 1995. Par contre, on sent bien aujourd'hui qu'accepter que s'effondre l'illusion du sentiment de grandeur signifie accepter la conscience dangereuse et persistante du Soi dévalorisé, le Soi primitif affamé, vide, isolé, entouré d'un monde d'objets dangereux, sadiquement frustrants et revanchards [Kernberg 1997]⁵⁹.

Nous notons, dans les éléments anamnestiques, la présence de masochisme (confirmé par le score de prévalence de 67 sur 115 comme résultat du questionnaire). Le patient a accepté une situation traumatisante sur le plan professionnel, sans fuir cette relation toxique, ce qui est bien de l'ordre de la compulsion de répétition⁶⁰ et peut être aussi reliée avec une absence de limite. Le masochisme de Christian est mortifère [159], celui d'un noyau masochique en cours de désorganisation, dans le cadre d'un processus de désintringation pulsionnelle [219].

⁵⁸ p 177

⁵⁹ p 122-123 ; le cas clinique qui suit représente quelques similitudes événementielles avec CHRISTIAN : « il en ressentit un sentiment accru d'éloignement qui finalement aboutit à la réapparition d'une dépression sévère et durable, avec au premier plan une rage impuissante plutôt que de réels processus de deuil. »

⁶⁰ « Processus incoercible et d'origine inconsciente, par lequel le sujet se place activement dans des situations pénibles, répétant ainsi des expériences anciennes sans se souvenir du prototype et avec au contraire l'impression très vive qu'il s'agit de quelque chose qui est pleinement motivé dans l'actuel », Laplanche (2003), p 86-89

Nous pouvons dire que chez le patient, le Soi investit le Moi qui investit les objets. Si le Moi éclate, le système psychique peut évoluer vers une décompensation ou un narcissisme de mort [153b]. De sa pratique clinique le Pr. Stora souligne dans la discussion que, dans un tel cas, la résistance somatique dépasse rarement dix à quinze ans, au mieux.

b. Axe 1B – Etats psychiques et évènements de vie personnels

Christian était, jusqu'en 1995, ce que Joyce Mc Dougall (1989) appelait un *normopathe* : « un certain type de patients qui semblaient ne pas présenter de douleur névrotique et qui affichaient toute l'apparence de la normalité, une sorte de pseudo-normalité [...] en même temps je notais qu'ils affichaient toutes les caractéristiques de ce que Winnicott (1969) a nommé le *faux self* [...] J'ai pu reconstruire comment ces analysants rejetaient hors psyché certains traumatismes. Chez eux, plus de traces de ces signaux d'angoisse permettant à la psyché de se préparer à faire face à la situation troublante. C'est dire du même coup que ces sources potentielles d'angoisse n'étaient pas devenues symbolisables, comme c'est le cas dans les organisations névrotiques, puisqu'elles n'avaient subi ni déni, ni désaveu, ni refoulement.»⁶¹

La société dans laquelle travaillait le patient, ou plutôt l'institution sociale, c'est-à-dire l'ensemble des collègues avec lesquels M H. avait des relations sociales hors travail, était manifestement un objet anaclitique⁶². « La déchéance et le départ de cette institution a bouleversé la dépendance addictive à des personnes narcissiquement investies et considérées comme des parties d'eux-mêmes » [McDougall 1989]⁶³. Le patient pourrait rechercher aujourd'hui la même chose auprès de l'institution hospitalière (score de 67 sur 115 à la demande excessive de soins).

Avec la perte du cadre de vie que représente son traumatisme professionnel [213], commençant en 1995, une désorganisation progressive [220] se met en place, avec une dépression essentielle [208] et une vie opératoire [218].

c. Axe 1C – Points de fixations régression

Durant la discussion sur le cas de Christian, le Pr. Stora posait l'hypothèse, à propos de son asthme et de son psoriasis, d'un objet maternel allergique, fixation somatique prénatale [300] associée à une carence néonatale de contact physique, de *holding*⁶⁴ durant la période néonatale [301].

Le métabolisme [306] du patient est une fixation, avec l'atteinte de la thyroïde ainsi que l'hypertriglycéridémie et l'hypercholestérolémie : la survenue de ces dysfonctionnements à 42 ans est à mettre en relation avec un appareil psychique insuffisamment constitué.

La fixation orale passive [356] semble en jeu avec l'addiction temporaire à l'alcool par exemple. La fonction excrétoire [304] est un autre point de fixation avec les troubles gastriques.

L'établissement de l'objet libidinal ne s'étant pas réalisé chez Christian, il est probable qu'il n'ait pas manifesté le deuxième organisateur tel qu'établi par le Dr. René Spitz (1965)⁶⁵, l'angoisse du huitième mois devant le visage d'un étranger, première manifestation de l'angoisse proprement dite mais aussi étape ouvrant l'accès à la deuxième topique (Moi, Ca,

⁶¹ p 60/61

⁶² Anlehnung (Freud) : étayage, se coucher sur, s'appuyer sur, in Laplanche (2003), p 23

⁶³ p 73

⁶⁴ notion de holding : caresses, toucher et portage maternels, Winnicott (1969)

⁶⁵ chapitre 8 : l'établissement de l'objet libidinal, p 114-126

Surmoi) de Freud. L'appareil psychique de Christian reste donc bloqué dans un fonctionnement déficient de la première topique (Inconscient, préconscient et perception/conscience). Nous retrouvons cette absence d'angoisse durant notre entretien. « Les investissements objectaux, ne résultant pas d'intériorisation objectales profondes, sont peu marqués. C'est surtout la relation immédiate aux objets, dans les activités qu'elle comporte, qui est investie » [Marty 1998a]⁶⁶. Christian est donc resté fixé au 1^{er} organisateur de l'organisation cénesthésique, le sourire, et des processus primaires [350], marqué par le sensori-moteur.

« Il n'y a pas semble-t-il, d'introjections et de projections au sens classique et global des mots chez les allerge-asthmatiques. Ce système est en quelque sorte remplacé par des mécanismes fixés, plus archaïques dans leurs fondements (que la névrose de caractère anal), d'identifications primaires sans possibilités sensibles d'élaborations sur le plan mental » [Marty 1998a]⁶⁷.

Les affections de peau ont fait l'objet de nombreux travaux, au sein desquels ceux de Didier Anzieu sur le Moi Peau : « par Moi peau, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les processus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. » [Anzieu 1995]⁶⁸. « La gravité de l'altération de la peau, qui se mesure à la résistance croissante offerte par le malade aux traitements chimiothérapeutiques et/ou psychothérapeutiques, est en rapport avec l'importance quantitative et qualitative des failles du Moi Peau » [Benazeraf 2012]. D'ailleurs, sur le plan embryogénétique, c'est le même feuillet ectoplasmique qui donne naissance au cerveau et à la peau. Le patient évoque sa période professionnelle difficile en disant « j'étais mal dans ma peau ». Dans son classement étiologique en quatre catégories, le Dr. Claude Benazeraf (2012) souligne les rapports du psoriasis avec l'alexithymie, qui se cache derrière le masque d'indifférence, ou autrement dit, le patient souffre sans le savoir. Le psoriasis, souvent évoqué par les patients comme « j'ai un psoriasis mais cela n'a pas d'importance », sert alors de carapace, un mécanisme de protection compensant un Moi faible, carencé ; le bénéfice secondaire est que le psoriasis repousse les autres. Comme Reich et Groddeck l'ont écrit, il est dangereux alors de guérir complètement l'affection, car la trace cutanée a un rôle pour éviter la décompensation.

Les allergies, l'asthme et le psoriasis, qui n'ont pas été évoqués par le patient durant son entretien psychosomatique, en disent finalement plus sur son appareil psychique et donc son risque psychosomatique que ses problèmes métaboliques actuels. Pour Marty⁶⁹, l'allergie essentielle, l'asthme de type régressif par exemple, suppose l'existence de fixations antérieures à celle de la zone bronchique, à savoir :

- La spécificité réactionnelle bronchique du sujet,
- Les mécanismes de niveau humoral et sans doute prénatal qui ont déterminé l'allergie essentielle,
- Les raisons qui permettent aux individus de laisser le champ du processus secondaire aussi ouvert aux influences du processus primaire.

Ces trois fixations sont évolutivement antérieures à la fixation asthmatique, et déterminante de cette dernière.

En fait, tout se passe comme si, chez Christian, il n'y avait pas d'organisation centrale de fixation-régression mais plutôt une insuffisance d'organisation, les diverses et courtes chaînes évolutives se trouvant mal assurées entre elles. « Les régressions ne peuvent être que partielles,

⁶⁶ p 177

⁶⁷ p 147

⁶⁸ p 61

⁶⁹ in Stora (2011b)

faiblement denses, à peine défensives et non réorganisatrices d'une homéostasie toujours en péril. La chronicité pathologique est installée ou menaçante. » [Marty 1998b]⁷⁰ « [...] les névrosés de comportement sont fragiles et facilement exposés aux désorganisations [...] le plus souvent au travers d'épisodes de dépression essentielle. La disparition des comportements antérieurs constitue l'indice majeur du démarrage de ces dépressions » [Marty 1998a]⁷¹.

d. Axe 1D – Mécanismes de défense du Moi

Nous pouvons noter plusieurs niveaux de défense :

- Dénier de la réalité psychique [380]
- Clivage des objets [382]
- Identification projective [383]
- Retournement contre soi [389]

e. Axe 1E – Traits de caractère

Nous pouvons noter des traits prédominant de caractère allergiques [401] et oraux [405]. Le trait anal et obsessionnel [406] est aujourd'hui faible même s'il a dû être plus affirmé avant 1995.

f. Axe 1E – Activités sublimatoires

On note une absence de ressources spirituelles (score significatif de 95 sur 115 au questionnaire) ainsi que pas ou peu d'activités sublimatoires chez Christian.

En faisant un parallèle entre états limites dont parlait Kernberg et patients psychosomatiques comme Christian, je citerais Kernberg (1997) quand il note que l'honnêteté dans la vie quotidienne est un témoin de pronostic favorable pour l'analyse de ses patients, ce qui est bien ici le cas avec Christian. Comme un bon développement des possibilités de sublimation est intimement lié à la capacité d'investir des systèmes de valeurs qui transcendent les besoins narcissiques, le potentiel à la sublimation du patient est un élément important.⁷²

2. AXE 2 – Comportements et manifestations corporelles dans la relation

Avant 1995, nous pouvons noter un comportement d'épuisement libidinal [454] dans ses activités sportives et probablement professionnelles.

Aujourd'hui, de notre entretien ressortent de nombreuses difficultés dans les comportements d'adaptation, avec présence de répétitions somatiques [470] et d'une addiction temporaire à l'alcool [465]. De l'entretien et du questionnaire, ressort aussi un comportement de déni de la réalité de la maladie (score significatif de 77 sur 115). La maladie n'est pas acceptée (score de prévalence significatif de 77 sur 115) et vécue comme une blessure (score de prévalence significatif de 65 sur 115).

⁷⁰ p 144

⁷¹ p 181

⁷² p 117

On peut relever, d'un autre côté, un comportement d'observance, de recherche de l'approbation, de coopération avec les médecins (score significatif de 94 sur 115).

3. AXE 3 – Capacité d'expression des affects

Pour toute activité Christian fait quelques « sorties en ville », un type de comportement que le Dr. Marty a relevé comme symptomatique de la vie opératoire, la distance géographique remplaçant la distance psychique inexistante, la capacité à prendre du recul.

Les affects sont à peu près absents dans l'entretien, avec une anhédonie ressentie durant l'entretien et confirmée par le score significatif de 75 (sur 115) au questionnaire ainsi qu'un comportement de retrait et d'absence d'affect, score de prévalence de 62 sur 115 le confirmant. Nous sommes pas ici en face d'une alexithymie [504], les quatre éléments la définissant n'étant pas assez prononcés chez lui:

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.

4. AXE 4 – Risques liés à l'environnement personnel, familial et socio-professionnel

L'environnement professionnel a été un soutien, un étayage, puis est devenue toxique. Les amis sont d'anciens collègues, qui ne peuvent que raviver un deuil pathologique des problèmes professionnels passés. Au travers des propos de Christian, nous pouvons dire que sa famille ne lui offre pas un soutien suffisant.

5. Evaluation du risque psychique

En conclusion, je propose de noter :

1. Processus et mécanismes psychiques : 3 sur 4 – fonctionnement psychique profondément altéré : vie et pensée opératoire
2. Comportements et manifestations corporelles dans la relation : 3 sur 4- moyenne
3. Capacité d'expression des affects : 4 sur 5 – affects traumatiques et somatisations
4. Risques liés à l'environnement personnel, familial et socio-professionnel : 5 sur 7 – altération importante

Christian a donc un score de risque psychique de 15 soit un risque élevé à très élevé.

6. AXE 5 – Evaluation de l'état somatique

Christian H., 53 ans, a bénéficié d'un mini hôpital de semaine pour prise en charge multidisciplinaire et personnalisée pour une prévention primaire d'un syndrome métabolique. Le bilan à la fin de l'hospitalisation est une absence de syndrome métabolique, le DL cholestérol est à l'objectif < 1 g/l, la pression artérielle est normale, la surcharge pondérale à répartition androïde est stable, HDL normal à 0,45 g/l avec une hypertriglycéridémie, une glycémie à jeun normal à 5 %. Enfin, le dépistage d'apnées du sommeil est négatif.

Sur le plan diététique, le patient a bénéficié d'une éducation diététique en atelier et personnalisée avec des conseils pratiques donnés et des objectifs négociés.

Sur le plan activité physique, le patient a bénéficié d'informations sur les bénéfices de l'activité physique et a une prescription d'augmentation de la marche quotidienne à 30 minutes par jour au meilleur rythme sans être essoufflé (type d'activité qui peut être variée mais doit rester régulière et d'une durée de 30 minutes minimum).

Sur le plan médicamenteux, son traitement se poursuit sans modification.

En résumé, Christian souffre de troubles métaboliques [708], sans syndrome métabolique. Je propose de noter 3 sur 5, moyen, son risque somatique.

7. Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique, pronostic et stratégie thérapeutique

Même s'il y a eu une phase mélancolique probable, aujourd'hui Christian est dans une névrose de comportement [170], avec des traits oraux (archaïque) de la personnalité et une recherche de soutien anaclitique. On peut dire au vu de l'anamnèse que depuis 1995, la santé du patient est graduellement perturbée : troubles gastriques et troubles métaboliques, désorganisation graduelle. Aujourd'hui, le patient a une vie et une pensée très opératoires. Ce patient est dans une phase de désorganisation avancée ; l'appareil psychique est incapable de contenir le quantum d'excitations et les excitations sont transmises aux autres systèmes somatiques. Ce qui prédomine est l'organisation cénesthésique [Spitz 2007]⁷³, l'interrelation se fait entre la peau, les organes des viscères, le système nerveux autonome et l'ensemble des noyaux du Moi développés à partir des traces mnésiques sensorielles et motrices. Il s'agit de la première organisation somato-psychique [Stora 2010c et 2012c].

Le risque psychosomatique (pronostic) à terme est élevé, le patient étant en grand danger à terme (difficulté d'adaptation du patient : score de prévalence de 75) ; le risque psychique est plus élevé que le risque somatique actuel. L'observance aux traitements est assez improbable (score de prévalence significatif de 64 sur 115). Il faut retenir la présence d'un Moi fragile car incomplètement constitué, du patient. On notera des pulsions orales passives archaïques. Les capacités de défense mentale du patient ne lui permettent pas de faire face et de trouver des ressources de soutien.

Le patient bénéficierait à avoir une psychothérapie psychosomatique (indice de référence psychologique de 60 donc juste significatif) pour renforcer le Soi. « Une *intervention psychothérapeutique, sans ambition élaboratrice* et qu'on aimerait limitée dans le temps, s'impose souvent » [Marty 1998b]⁷⁴. Christian a un fonctionnement déficient de la 1^{ère} topique, et pour le Pr. Stora (2011c), « le fonctionnement normal c'est-à-dire continu de la première topique constitue le minimum d'organisation mentale qui puisse théoriquement ouvrir, en cas de besoin, sur la cure psychanalytique ». Cette thérapie devra s'attacher essentiellement à soutenir l'imaginaire, ce que le patient pense de tel ou tel élément de sa vie, le thérapeute *prêtant son appareil à penser les pensées* [Bion 1979] au patient.

Kernberg (1997) suggère que les perturbations narcissiques non résolues chez le thérapeute peuvent provoquer un malaise à être idéalisé et une tendance subtile à rejeter l'idéalisation du patient. Cette idéalisation du thérapeute pouvait déjà se noter durant notre entretien, plus particulièrement les derniers échanges. Kernberg avertit les thérapeutes que ceux qui n'ont pas

⁷³ p 27-39

⁷⁴ p 144

résolu les conflits narcissiques concernant leur propre narcissisme, peuvent réagir par l'angoisse ou le rejet, ou par une acceptation sans critique de l'idéalisation de leur patient.⁷⁵

D. Discussion

Nous avons déjà vu durant le cas de Carole qu'il peut arriver un mauvais diagnostic de névrose de comportement, au lieu de névrose de caractère, par la pauvreté de langage et de références culturelles, témoins d'un faible niveau socio-professionnel. Inversement, durant mon stage une erreur de diagnostic inverse est intervenue lorsque j'ai rencontré en entretien dans l'unité de syndrome métabolique un patient que j'avais diagnostiqué comme névrose de caractère, erreur due à son qui à son langage élaboré bien qu'à l'analyse très factuel, erreur corrigée par le Pr. Stora à la relecture de ma fiche patient. « Les difficultés de la relation proviennent à la fois : de la relative inconsistance du langage verbal du sujet, langage qui ne repose pas sur une verbalisation d'origine préconsciente ; de l'unique attachement du sujet au présent et aux faits ; de son absence de possibilités profondes d'identification ; de l'insuffisance encore de ses intériorisations et de ses rétentions objectales... Le sentiments insupportable, pour l'investigateur, ou pour le thérapeute, de ne pouvoir s'identifier à son patient, est à l'origine d'erreurs qui consistent la plupart du temps à attribuer au patient des qualités d'organisation mentale (de défense du Moi) qu'il ne possède pas en réalité » [Marty 1998a]⁷⁶.

C'est dans la mentalisation, qui apprécie d'un coup les trois qualités du préconscient – épaisseur de l'ensemble des formations représentatives, fluidité de liaisons des représentations et permanence du fonctionnement⁷⁷, que se situe la difficulté diagnostique. Pour le Dr. Marty, la mentalisation concerne la quantité et la qualité des représentations psychiques des individus, les représentations constituant la base de la vie mentale, réparties entre :

- représentations de choses (d'ordre sensori-moteur), de comportements associés ou non ainsi que d'affects relevant de processus primaires, appartenant à l'inconscient,
- représentations de mots, appartenant au préconscient et qui, liées aux représentations de choses, constituent les chaînes associatives d'idées [Stora 1999]⁷⁸.

Il est intéressant de noter que ces deux cas cliniques présentent des similitudes, ayant tous deux un étayage sur le monde professionnel et tous deux une désorganisation progressive. Les deux fonctionnements psychiques sont pourtant assez différents avec une névrose de caractère d'un côté et une névrose de comportement de l'autre. Rappelons que la névrose de caractère est définie dans la 1^{ère} topique de Freud par un fonctionnement irrégulier dans le temps révélant l'existence d'un préconscient peu perméable. Selon la deuxième topique, elle présente des altérations repérables notamment au niveau du Surmoi qui semble mal différencié, prenant aisément les caractéristiques d'un Moi idéal. De son côté, le névrosé de comportement correspond à une insuffisance originelle du préconscient, avec une expression habituelle de l'inconscient dans les comportements. On ne repère que la vie opératoire qui entraîne à un recours à l'activité et aux conduites comportementales, le Moi étant fragile et carencé. Pour Carole, il s'agit d'une névrose mal mentalisée, avec un affaiblissement fondamental de l'Objet et une transformation de la libido objectale en libido narcissique. Pour Christian, il s'agit d'un Moi fragile, car incomplètement constitué, c'est-à-dire une insuffisance originelle du préconscient, qui rentre dans la catégorie des troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement.

⁷⁵ p 106-108

⁷⁶ p 179

⁷⁷ telle que le reprend la nosographie du Pr. Stora, en annexe

⁷⁸ p 55

Les paliers de fixation-régression offrent une comparaison utile pour un diagnostic différentiel : Carole a des paliers qui montrent clairement un faisceau central commun et une chaîne évolutive centrale, les chaînes évolutives latérales restant minoritaires, avec des fixation-régressions qui s'organisent majoritairement selon un axe inverse du développement psychosexuel, à partir de l'âge de 59 ans. Dans les fixations-régressions de Christian, l'absence d'une chaîne centrale de fixations et, plus particulièrement, l'absence du faisceau central commun, la carence de lignes évolutives latérales possédant quelque vitalité, et le manque d'accrochage entre les divers éléments que l'on rencontre donnent à cette névrose de comportement un aspect de morcellement fonctionnel. Ce qui a été pris pour une instabilité bipolaire n'était peut-être que cet aspect de la névrose de comportement : « le morcellement fonctionnel se remarque en général assez rapidement dans les mouvements de la relation, du caractère et du comportement qui se montrent fréquemment disparates » [Marty 1998a]⁷⁹.

⁷⁹ p 176

4. Conclusion

La forme d'organisation du mini-hôpital de semaine de l'unité métabolique comporte des contraintes de temps (entretiens d'environ vingt-cinq minutes) qui obligent à développer une approche adaptée. Comme nous l'avons vu au travers des cas de Carole et de Christian, le diagnostic s'appuie, en grande partie, sur l'évaluation du *degré de mentalisation du patient, ou la pesée du préconscient* [Marty 2010]. Pour le Pr. Stora (1999) : « [...] la notion de richesse des représentations mentales est encore de nature très subjective, et clinique, elle varie considérablement selon les individus et leur statut familial, social, culturel et professionnel ; il n'existe pas encore d'échelle de comparaison relative, d'où la difficulté d'évaluer cette épaisseur du préconscient. Les psychosomaticiens se fondent, pour ce faire, sur leur expérience clinique, expérience limitée, bien entendu, à certains milieux sociaux et souvent ethno centrée⁸⁰. L'apprentissage dont j'ai bénéficié pendant huit mois a permis d'acquérir cette échelle de comparaison relative. L'expérience clinique a été variée, permettant des temps d'observation lors des interventions communes avec le Pr. Stora, des temps d'exercice clinique seul en face du patient et un encadrement quant à mes travaux de diagnostic.

Plusieurs auteurs, comme Bertran de Balanda (2001), suggèrent d'utiliser un test projectif, le Rorschach notamment, pour identifier les problèmes d'identité chez des patients souffrant d'un Diabète Insulino-Dépendant (type 1). Le questionnaire et la table de scores de prévalence⁸¹ suffisent selon moi à conforter l'entretien psychosomatique et à arriver ainsi à un diagnostic psychopathologique. Ces outils sont aussi infiniment plus légers à administrer qu'un Rorschach, ce qui facilite une utilisation systématique. *L'évaluation du risque psychosomatique*, issue des travaux de l'école psychosomatique de Paris et complétée par le Pr Stora, est une aide pour des pronostics de risque et lorsque des recommandations en matière d'accompagnement psychosomatique des patients sont nécessaires. Pour le Pr. Stora, ce métamodèle permet des études épidémiologiques combinant des variables qualitatives (psychiques) et des variables quantitatives biologiques (fournies par les médecins des patients). Cette nosographie et ces outils d'accompagnement peuvent devenir le support d'essais statistiques pour valider des recherches de prédictibilité, et soutenir des recherches étiologiques. Des recherches menées par le Pr. Stora et le Dr. Surugue sont d'ailleurs actuellement en cours dans le cancer du sein.

Au delà des outils, la relation du thérapeute avec un patient psychosomatique est marquée par une relation spécifique que le Pr. Stora a illustré durant mon stage. Avec certains patients, le thérapeute peut ambitionner de « remplacer, grâce au refoulement du Moi, le dénouement imparfait de la période infantile par une liquidation correcte » [de M'Uzan 1977]⁸², ce qui aurait pu éventuellement avoir lieu avec Carole si elle avait été prise en charge il y a vingt ans. Face à des troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement, comme ceux dont souffre Christian, le thérapeute adopte une attitude qui évoque la fonction maternelle. C'est aussi cette posture qui permet d'aller jusqu'à une thérapeutique de réanimation [Marty 1998a]⁸³. Il faut cependant compter avec les réactions intimes de l'investigateur, intrinsèquement liées à son effort même de compréhension. La confrontation psychosomatique crée vis à vis du nécessaire processus d'identification des difficultés spécifiques et particulièrement lourdes pour le thérapeute. Celui-ci se trouve placé devant une situation ambiguë : il doit procéder à une saisie

⁸⁰ p 56

⁸¹ en annexe

⁸² p 68

⁸³ p 232

identificatoire tout en gardant toutes les possibilités de dégagement intellectuel par rapport à un objet clinique où le phénomène morbide se présente essentiellement sur le plan somatique et est presque toujours mal structuré dans l'ordre mental. La relation que le malade noue avec le psychosomaticien au cours de l'entretien, et qui est bien entendu à l'image de ses relations d'objet en général, constitue la pierre de touche de tous les éléments de l'investigation. C'est à partir d'elle qu'on peut juger du sens du matériel apporté, c'est en fonction d'elle aussi que l'on peut éventuellement jauger, voire corriger la valeur des contenus [Marty 2003]⁸⁴. L'investigateur peut être amené à fournir lui-même un apport énergétique, soit pour ranimer un entretien qui s'enlise, soit pour reconforter – on pourrait dire recomposer – un malade qui vit en fait un véritable effondrement économique⁸⁵, ce qui est une fonction maternelle selon Stora (2011d)⁸⁶. C'est en ce sens qu'un travail analytique profond sur soi permet au psychosomaticien de ne pas se laisser prendre au jeu d'un contre-transfert débordant sa capacité à l'élaborer.

Il est important de souligner de nouveau la spécificité de la prise en charge les migrants rencontrés dans un service hospitalier, qui représentent une part importante des patients en unité de syndrome métabolique. Cette prise en charge implique une posture et des compétences particulières de la part du thérapeute, au niveau du diagnostic mais plus encore au niveau de la psychothérapie.

Le service d'endocrinologie de La Pitié a eu un rôle pionnier en matière psychosomatique depuis très longtemps : de 1951 à 1957, le Pr. Jacques Decourt, chef du service d'endocrinologie, confie au Dr Gisela Pankow⁸⁷ en priorité des malades qui présentent des difficultés psychologiques ou des troubles mentaux, avec des résultats encourageants⁸⁸. L'unité de syndrome métabolique a été conçue en 2006 pour un fonctionnement multidisciplinaire et pour prévenir autant que pour soigner, une démarche encore novatrice qui fait passer du premier paradigme de la médecine, soigner une maladie, au deuxième paradigme, soigner le patient. Cette unité, juste à côté de la salle Decourt, est ainsi encore plus concernée que d'autres services hospitaliers par ce changement paradigmatique. L'éducation thérapeutique vise, quant à elle, à améliorer l'observance et la consultation de psychosomatique. Le diagnostic psychopathologique et le pronostic sur l'observance du patient se situent dans cette dynamique d'équipe, médecins endocrinologues, médecins du sport, cardiologues, diététiciens, infirmières. Le psychosomaticien aide l'équipe à identifier les patients qui auraient besoin d'un accompagnement psychosomatique, ceux pour lesquels les ateliers de diététique ne suffisent pas à faire changer de comportement alimentaire. Pour Stora (2010d), il faut ne jamais oublier que la pulsion orale est, dans de très nombreux cas de personnes souffrant de troubles de l'alimentation, plus forte que leur Moi⁸⁹. Pour Marty (1998a), « la maladie apparaît comme la solution spontanée d'une situation qui n'aurait pas trouvé d'autre issue. Loin d'être la catastrophe fréquemment décrite qui survient inopinément au moment le moins opportun, elle est souvent une éventualité obscurément souhaitée »⁹⁰. Le psychosomaticien et les médecins pourraient gérer de concert la dialectique pas assez soigner - trop soigner qui peut se présenter pour certains patients.

Plus largement se pose la question des rapports entre médecine et psychanalyse. Si Erik Kandel (2002) souligne que la psychanalyse représente encore la vision de l'esprit la plus cohérente et la plus satisfaisante intellectuellement, il regrette qu'elle n'ait pas évolué

⁸⁴ p 9

⁸⁵ p 15

⁸⁶ p 97-98

⁸⁷ *Gisela Pankow, neuropsychiatre et psychanalyste, est en parallèle assistante à la faculté de médecine*

⁸⁸ *source : <http://www.gisela-pankow.org/biographie.htm>*

⁸⁹ p 108

⁹⁰ p 72

scientifiquement : « précisément, elle n'a pas développé de méthodes objectives pour tester les idées excitantes qu'elle avait formulées auparavant [...] comme la psychanalyse ne s'est pas reconnue elle-même comme une branche de la biologie, elle n'a pas incorporé dans la perspective psychanalytique de l'esprit la riche moisson de connaissances concernant la biologie du cerveau et son contrôle du comportement qui ont émergé durant les cinquante dernières années ». La psychosomatique est cette psychanalyse qui s'intéresse à la biologie, telle l'École de psychosomatique de Paris avec Marty. Issus de cette dernière, les travaux du Pr. Stora intègrent les neurosciences dans la psychanalyse, mais proposent plus largement une métapsychologie avec un être humain système de systèmes, une approche d'intégration des phénomènes pulsatils du vivant. Cette psychosomatique intégrative répond ainsi aux souhaits que le Pr. Erik Kandel exprimait en 2002, et qui sont très proches de ceux de Sigmund Freud, selon un de ses disciples [Reich 1972]:

« Nous partageons évidemment avec le Professeur Freud la conviction que l'intérêt scientifique doit primer toutes les autres considérations. Mais c'est précisément cette raison qui fait qu'on ne liera jamais assez la psychanalyse à la médecine. [...] Une telle séparation des domaines ne profitera ni à la science ni aux malades. On verra alors comme par le passé des médecins ignorant tout de la psyché et des psychanalystes sans aucune connaissance du corps ⁹¹ ».

⁹¹ *L'analyse profane*, contribution de Reich au symposium sur "l'analyse profane", 1927, in Reich (1972), p 256 et suivantes

5. Bibliographie

- ✚ Alexander Franz, *La médecine psychosomatique*, Payot (2002)
- ✚ Anzieu Didier, *Le Moi Peau*, Dunod (1995)
- ✚ Benazeraf Claude, *Psychisme et peau : un inconscient à fleur de peau*, cours de Diplôme Universitaire de psychosomatique Intégrative, Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie, non publié (2012)
- ✚ Bertran de Balanda Anne, *Une approche psychosomatique du diabète, L'identité en souffrance*, L'Harmattan (2001)
- ✚ Bion Wilfried, *Aux sources de l'expérience*, PUF (1979)
- ✚ Breslau N., Chilcoat HD, Kessler RC, Davies GC, *Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma : results from the Detroit Area Survey of Trauma*, Am J Psychiatry, 1999 in Thurin (2010)
- ✚ Ciccone Albert, Lhopital Marc, *Naissance à la vie psychique, Modalités du lien précoce à l'objet au regard de la psychanalyse*, Dunod, 3^{ème} édition (2001)
- ✚ Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques, *Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques*, Elsevier Masson, 2ème édition (2011)
- ✚ Consoli Silla, *Evènements de vie, stress quotidien et maladies auto-immunes*, in Thurin (2010), p 159
- ✚ Cukic Iva, Weiss Alexander, *Personality and type 2 diabetes in the national health and nutrition examination survey*, American Psychosomatic Society, (2012) volume 74, number 3, A-43
- ✚ Damasio Antonio, *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*, Odile Jacob (1995)
- ✚ Dantzer Robert, Wollman Emmanuelle, *Interrelations entre le système nerveux et le système immunitaire*, in Thurin (2010)
- ✚ Dejours Christophe, *Le corps, d'abord ; Corps biologique, corps érotique et sens moral*, Payot (2003)
- ✚ Freud Anna, *Le Moi et les mécanismes de défense*, PUF, 15^{ème} édition (2001)
- ✚ Gallarda Thierry, *Stress, dépression et troubles cognitifs*, in Thurin (2010)
- ✚ Gary Romain, *La promesse de l'aube*, Folio (1980)
- ✚ Gleick James, *La théorie du chaos, vers une nouvelle science*, Flammarion (1991)
- ✚ Green André, *La folie privée, psychanalyses des cas-limites*, Gallimard (1990)
- ✚ Green André, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Les éditions de minuit (1983/2007)
- ✚ Grunberger Bela, *Le narcissisme*, Payot (2003)
- ✚ Hansel Boris, *Surveillez votre ventre, attention au syndrome de la bedaine*, Hachette Pratique (2007)
- ✚ Haour France, Crumeyrolle-Arias Michèle, *L'axe neuroendocrinien du stress : interface entre systèmes nerveux et immunitaire*, in Thurin (2010)
- ✚ Houdé Olivier, Mazoyer Bernard, Tzourio-Mazoyer Nathalie, *Cerveau et psychologie*, PUF (2010)

- # Hsu Chiu-Tien, Weng Chia-Ying, Hsiao Shih-Lang, Lin Chin-Lon, Lin Ti-Kwang, Lin Tin-Kwang, Lin Ming-Nan, Hsu Ching-Wen, HJuang Yu-Hsiang, *Type D personality and regulation of the hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) response during interpersonal stress*, American Psychosomatic Society, (2012) volume 74, number 3, p A-74
- # Kandel Erik, *La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre de travail pour une psychiatrie revisitée*, Evolution psychiatrique (2002) ; 67 : 40-82
- # Kaswin-Bonnefond Danielle, *La vie opératoire, études psychanalytiques*, Revue française de psychanalyse, (2004)/4 – vol 68, p 1327-2942
- # Kernberg Otto, *La personnalité narcissique*, Dunod (1997)
- # Kernberg Otto, *Les troubles limites de la personnalité*, Dunod (2004)
- # Kestemberg Evelyne, *La psychose froide*, PUF (2001)
- # Kirsten Rene, Ashley Geiger, Jutta Wolf, *Positive eating attitudes protect females while a higher commitment to exercise protect males from perceived stress*, American Psychosomatic Society, volume 74, number 3, p A-76 (2012)
- # Kohut Heinz, *Le Soi, la psychanalyse des transferts narcissiques*, PUF, Paris, 1974
- # Laplanche Jean, Pontalis Jean-Michel, *Le vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 14^{ème} édition (2003)
- # McDougall Joyce, *Théâtres du corps, Le psychosoma en psychanalyse*, Gallimad (1989)
- # McGowan Patrick, Sasaki Aya, d'Alessio Ana, Dymov Sergiy, Labonté Benoit, Szyf Moshe, Turecki Gustavo, Meaney Michael, *Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associated with childhood abuse*, Natural Sciences, (2009) March ; 12(3) : 342-348
- # Marty Pierre, de M'Uzan Michel, David Christian, *L'investigation psychosomatique*, PUF (2010)
- # Marty Pierre, *Les mouvements individuels de vie et de mort /1, Essai d'économie psychosomatique*, Payot, 2^{ème} édition (1998a)
- # Marty Pierre, *L'ordre psychosomatique, Les mouvements individuels de vie et de mort /2, Désorganisations et régressions*, Payot, 2^{ème} édition (1998b)
- # Miller Alice, *Le drame de l'enfant doué*, PUF (1983)
- # Miller Alice, *Notre corps ne ment jamais*, Flammarion, 2^{ème} édition (2005)
- # Meevisen Yvo, Nicolson Nancy, Peters Madelon, *Optimism and stress : how cultivating a positive view on the future can lead towards reduced basal cortisol levels and a more adaptive cortisol response in a social stress task*, American Psychosomatic Society, (2012) volume 74, number 3, A-52
- # de M'Uzan Michel, *De l'art à la mort*, Gallimard (1977)
- # Nathan Tobie, *Le Sperme du diable, éléments d'ethnopsychiatrie*, PUF, 4^{ème} édition (1999)
- # Nathan Tobie, *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, 2^{ème} édition (2001)
- # Nevanperä Nina J., Leila Hopsu, Eeva Kuosma, Olavi Ukkola, Jukka Uitti, and Jaana H Laitinen, *Occupational burnout, eating behaviour and weight among working women*, American Journal of Clinical Nutrition, April (2012), 95 : 934-943
- # Palkhivala Alison, *Comment l'abus entre sous la peau, Bulletin sur le développement des jeunes enfants*, volume 9, n°1 mars (2012)

- ✚ Pankow Gisela, *L'homme et sa psychose*, Editions Aubier Montaigne, 3^{ème} édition (1983a)
- ✚ Pankow Gisela, *Structure familiale et psychose*, Editions Aubier Montaigne, 2^{ème} édition (1983b)
- ✚ Reich Wilhelm, *Reich parle de Freud*, Edition Payot (1972)
- ✚ Riou-Milliot Sylvie, *La bombe cachée du syndrome métabolique*, Sciences et Avenir, février (2006)
- ✚ Rosenberg Benno, *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, monographie de la Revue Française de Psychanalyse, PUF, Paris (1991)
- ✚ Sapir Michel, Reverchon François, Prevost Jean-Jacques, Canet-Palaysi Claude, Philibert René, Cornier Alexandre, Cohen-Leon Simone, Fedida Pierre, *La relaxation : son approche psychanalytique*, Bordas, 2^{ème} édition (1979)
- ✚ Sander Louis, Stern Daniel, et al, Boston Process of Change Study, *Interventions that effect change in psychotherapy : a model based on infant research*, Infant Mental Research Journal, 1998 ; 19 : 277-353 in Kandel (2002)
- ✚ Spitz René, *de la naissance à la parole, La première année de la vie*, PUF, 10^{ème} édition, (2007)
- ✚ Stora Jean Benjamin, *Le rôle du masochisme dans les processus de somatisations*, Cours de psychosomatique, théorie et clinique, Pr. Jean-Benjamin Stora, DU de psychosomatique Intégrative, Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie, (2012a) , cours non publié
- ✚ Stora Jean Benjamin, *Le rôle de l'appareil psychique, des mécanismes neuronaux et neurohormonaux dans les somatisations : l'approche de la psychosomatique intégrative*, Annales Médico-Psychologiques 170 (2012b) 26-31
- ✚ Stora Jean Benjamin, *Les stades de la libido et la neurobiologie de la maturation neuronale, nouvelles propositions théoriques de JB Stora*, Cours de psychosomatique, théorie et clinique, Pr. Jean-Benjamin Stora, DU de psychosomatique Intégrative, Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie, (2012c) , cours non publié
- ✚ Stora Jean Benjamin, Depreux Benoit, *Risque psychosomatique et syndrome métabolique*, Cahier de recherche de psychosomatique intégrative n°1, Société de Psychosomatique Intégrative, mai (2012d), societedepsychosomatiqueintegorative.com
- ✚ Stora Jean Benjamin, *Neuropsychanalyse, Controverses et dialogues*, MJW Fedition, (2011a)
- ✚ Stora Jean Benjamin, *Méthode d'évaluation et de diagnostic de la santé psychosomatique, évaluation globale du risque psychosomatique*, JBS-Psychosoma, 2005, complété et mis à jour le 4 novembre (2011b), non publiée
- ✚ Stora Jean Benjamin, *Schéma global psychanalyse et psychosomatique*, Cours de psychosomatique, théorie et clinique, Pr. Jean-Benjamin Stora, DU de psychosomatique Intégrative, Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie, version 4 novembre (2011c), cours non publié
- ✚ Stora Jean Benjamin, *La psychosomatique de l'adulte*, PUF, 8^{ème} édition (2011d)
- ✚ Stora Jean Benjamin, *Le rôle de l'appareil psychique, des mécanismes neuronaux et neurohormonaux dans les somatisations : une nouvelle approche psychosomatique des processus de somatisation*, Cours de psychosomatique, théorie et clinique, Pr. Jean-

- Benjamin Stora, DU de psychosomatique Intégrative, Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie, version mise à jour 18 octobre (2011e), cours non publié
- + Stora Jean Benjamin, *Métapsychologie de l'affect*, Cours de psychosomatique, théorie et clinique, Pr. Jean-Benjamin Stora, DU de psychosomatique Intégrative, Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie, 4 juin (2010a), cours non publié
 - + Stora Jean Benjamin, *Le stress*, PUF, 8^{ème} édition (2010b)
 - + Stora Jean Benjamin, *La relation d'objet*, Cours de psychosomatique, théorie et clinique, Pr. Jean-Benjamin Stora, DU de psychosomatique Intégrative, Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie, 28 novembre (2010c), cours non publié
 - + Stora Jean Benjamin, *Quand le corps prend la relève, Stress, traumatismes et maladies traumatiques*, Odile Jacob (1999)
 - + Tysebaert Evelyne, *Le corps psychique et la perspective psychosomatique*, L'esprit du Temps, Topique, (2001)/1, n°74, p 69-81
 - + Tomiyama A. Janet, Epel Elissa, McClatchey Trissa, Kristeller Jean, Hecht Fredreick, Maninger Nicole, Kuwata Margaret, Jhaveri Kinnari, Lustig Robert, Daubenmier Jennifer, *Salt in the wound : weight stigma independent of BMI predicts cellular aging*, American Psychosomatic Society, volume 74, number 3, p A-60 (2012)
 - + Van der Linden Martial, Ceschi Grazia, d'Argembeau Arnaud, Juillerat Anne-Claude, *Approche cognitive et par imagerie cérébrale de la réaction individuelle au stress*, in Thurin (2010)
 - + Véléa Dan, *Stress et addiction : usage des psychostimulants et des drogues dans les situations de stress*, in Thurin (2010), p 212
 - + Winnicott Donald, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot (1969)

Annexes

- a. Analyse du questionnaire de Carole – scores de prévalence
- b. Analyse du questionnaire de Christian – scores de prévalence
- c. Tableau de stratégie psychothérapique
- d. Nosographie psychosomatique du Pr. Jean Benjamin Stora
- e. Exemple d'une fiche patient

Scores de prévalence

issus du questionnaire rempli par Carole

		Scores prevalence	
	VALIDITE (invalide si le score est égal à 2; valide si le score est égal à 0)	0	0
Types de comportements induisant des biais dans les réponses	REVELATION SUR SOI/ FRANCHISE	9	
	DESIR DE PARAÎTRE SOUS SON MEILLEUR JOUR	6	
	DEPRECIATION DU PATIENT DANS SA RELATION AU MEDECIN	0	
Habitudes toxiques	INDICATEUR ALCOOL	0	
	INDICATEUR DROGUE OU MEDICAMENT NON PRESCRIT	0	
	INDICATEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	1	
	INDICATEUR CONSOMMATION CAFE	0	
	INDICATEUR ACTIVITE SPORTIVE	0	
	INDICATEUR CIGARETTES	0	
	INDICATEURS SANTE MENTALE		
AA	ECHELLE ANXIETE-TENSION	0	0
BB	ECHELLE DEPRESSION	50	5
CC	ECHELLE DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF	37	5
DD	ECHELLE DE FLUCTUATIONS EMOTIONNELLES	35	4
EE	ECHELLE DE COMPORTEMENT DEFENSIF (patients irritables et agressifs envers le corps médical)	39	8
	COMPORTEMENTS D'ADAPTATION		
	1 COMPTMT de retrait et d'absence d'affect-peu communicants	60	8
2A	COMPTMT craintif, inhibé, perte estime de soi conséquence de la maladie	35	2
2B	COMPTMT d'anhédonie, incapacité de jouir de l'existence	35	3
3	COMPTMT coopérant en apparence, déni de la maladie-relations agréables	45	7
4	COMPTMT d'observance, recherche l'approbation, coopère avec les médecins	44	10
5	COMPTMT de confiance et d'observance, attente d'être traités avec courtoisie	44	10
6A	COMPTMT sceptique, non-conforme, action impulsive	60	13
6B	COMPTMT autoritaire agressif peu observant	30	8
7	COMPTMT responsable, coopératif-vit la maladie comme une blessure	20	14
8A	COMPTMT imprévisible, observance fluctuante, troubles de l'humeur, insatisfait	64	12
8B	COMPTMT plaintif -pense qu'il ou elle mérite de souffrir -dimension masochique	60	5
	RELATIONS A LA MALADIE, environnement et capacité de résistance		
versus acception	ECHELLE APPREHENSION DE LA MALADIE	71	13
versus capacité fonctionnell	ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE DES DEFICITS FONCTIONNELS	72	14
versus résistance	ECHELLE DE SENSIBILITE A LA DOULEUR	50	7
versus soutien familial	ECHELLE D'EVALUATION DU SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL	35	2
versus optimisme	ECHELLE D'EVALUATION DU PESSIMISME C futur maladie	63	8
versus présence	ECHELLE D'ABSENCE DE RESSOURCES SPIRITUELLES	38	3
	PRONOSTIC DES TRAITEMENTS		
	REACTION EMOTIONNELLE appréhension des traitements et procédures médicales	15	1
versus résilience	COMPORTEMENT PROBABLE D'OBSERVANCE PROBLEMATIQUE	35	1
cptmt consciencieux	DESIR D'IGNORER TOUT DE LEUR MALADIE, refus défensif d'inf	0	0
recherche de l'information	DEMANDE EXCESSIVE DE SOINS (recherche inconsciente de soins maternels)	57	5
cptmt approprié	COMPORTEMENT DE NON OBSERVANCE (dans tous les aspects des soins)	82	17
cptmt optimal d'observance	RECOMMANDATIONS		
	EVALUATION DES DIFFICULTES D'ADAPTATION DU PATIENT	60	5
	INDICATIONS DE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE	60	4

Scores de prévalence

issus du questionnaire rempli par Christian

		Scores prevalence	
	VALIDITE (invalide si le score est égal à 2; valide si le score est égal à 0)	✓	0
	REVELATION SUR SOI/ FRANCHISE	✓	8
	DESIR DE PARAÎTRE SOUS SON MEILLEUR JOUR	✓	13
	DEPRECIATION DU PATIENT DANS SA RELATION AU MEDECIN	✓	2
Types de comportements induisant des biais dans les réponses			
Habitudes toxiques	INDICATEUR ALCOOL	✓	0
	INDICATEUR DROGUE OU MEDICAMENT NON PRESCRIT	✓	0
	INDICATEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	✓	1
	INDICATEUR CONSOMMATION CAFE	✓	0
	INDICATEUR ACTIVITE SPORTIVE	✓	1
	INDICATEUR CIGARETTES	✓	0
	INDICATEURS SANTE MENTALE		
AA	ECHELLE ANXIETE-TENSION	81 ✓	15
BB	ECHELLE DEPRESSION	60 ✓	5
CC	ECHELLE DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF	68	12
DD	ECHELLE DE FLUCTUATIONS EMOTIONNELLES	70	15
EE	ECHELLE DE COMPORTEMENT DEFENSIF (patients irritables et agressifs envers le corps médical)	64	15
	COMPORTEMENTS D'ADAPTATION		
	1 COMPORTMTS de retrait et d'absence d'affect-peu communicants	62	8
2A	COMPTMT craintif, inhibé, perte estime de soi conséquence de la maladie	64	5
2B	COMPTMT d'anhédonie, incapacité de jouir de l'existence	75	6
	3 COMPTMT coopérant en apparence, déni de la maladie-relations agréables	70	11
	4 COMPTMT d'observance, recherche l'approbation, coopère avec les médecins	94	22
	5 COMPTMT de confiance et d'observance, attente d'être traités avec courtoisie	77	21
6A	COMPTMT sceptique, non-conforme, action impulsive	75	20
6B	COMPTMT autoritaire agressif peu observant	62	14
	7 COMPTMT responsable, coopératif-vit la maladie comme une blessure	58	21
8A	COMPTMT imprévisible, observance fluctuante, troubles de l'humeur, insatisfait	76	21
8B	COMPTMT plaintif -pense qu'il ou elle mérite de souffrir -dimension masochique	67	9
	RELATIONS A LA MALADIE, environnement et capacité de résistance		
versus acception	ECHELLE APPREHENSION DE LA MALADIE	77	16
versus capacité fonctionnelle	ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE DES DEFICITS FONCTIONNELS	51	6
versus résistance	ECHELLE DE SENSIBILITE A LA DOULEUR	67	12
versus soutien familial	ECHELLE D'EVALUATION DU SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL	63	6
versus optimisme	ECHELLE D'EVALUATION DU PESSIMISME C futur maladie	55	5
versus présence	ECHELLE D'ABSENCE DE RESSOURCES SPIRITUELLES	95	21
	PRONOSTIC DES TRAITEMENTS		
versus résilience	REACTION EMOTIONNELLE appréhension des traitements et procédures médicales	45	6
cptmt consciencieux	COMPORTEMENT PROBABLE D'OBSERVANCE PROBLEMATIQUE	56	4
recherche de l'information	DESIR D'IGNORER TOUT DE LEUR MALADIE, refus défensif d'infir	77	6
cptmt approprié	DEMANDE EXCESSIVE DE SOINS (recherche inconsciente de soins maternels)	67	8
cptmt optimal d'observance	COMPORTEMENT DE NON OBSERVANCE (dans tous les aspects des soins)	64	9
	RECOMMANDATIONS		
	EVALUATION DES DIFFICULTES D'ADAPTATION DU PATIENT	75	8
	INDICATIONS DE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE	60	4

Les différents types de psychothérapies		de psychothérapies	
TYPES DE PSYCHOTHERAPIES	PUBLIC VISÉ	PUBLIC DÉCONSEILLÉ	DESCRIPTION DE LA SÉANCE
Psychanalyse	Patients névrosés classiques au sens de Sigmund Freud (hystérie, obsession, phobie).	Patients somatiques (atteinte grave).	Le patient est allongé sur un divan et le psychanalyste est assis derrière lui. Soigner la névrose et accompagner le processus de maturation psychosexuelle jusqu'à son terme.
Psychothérapie relaxation corporelle	Patients qui, dans un premier temps, ont des difficultés à communiquer verbalement leurs difficultés dans l'existence.		Utilisation des différentes techniques de relaxation corporelle (Schultz, Jacobson, Ajuaguerra, Sapi).
Psychothérapie brève psychothérapie de soutien	Patients ayant des capacités d'association d'idées, et d'aller-retour présent-passé. Psychothérapie limitée dans le temps ; poursuivre avec une psychothérapie d'inspiration psychanalytique.	Aucun.	Retrouver progressivement un apaisement intérieur. Rétablir une image du corps qui facilite une meilleure connaissance de soi-même et de ses réactions comportementales et émotionnelles. Aider les patients en mettant à jour leurs conflits psychologiques dans un temps limité. Soutenir l'activité psychique et émotionnelle des patients et les aider à traverser des périodes difficiles de leur vie.
Psychothérapie psychosomatique	Patients somatiques. Névrosés de caractère. Névrosés de comportement.	Patients ayant des difficultés à verbaliser leurs problèmes.	Psychothérapie en face à face dans laquelle le psychosomaticien est actif et empathique vis-à-vis du patient. Le praticien ne reste pas silencieux mais dialogue avec le patient ; il est à l'écoute des paroles du patient.
Psychothérapie d'inspiration psychanalytique	Névrosés classiques et névrosés de caractère et de comportement.	Patients somatiques ayant des difficultés d'association et de remémoration du passé.	Relation de face à face, pas de divan, portant sur un travail thérapeutique de remémoration et de restructuration psychique.
Psychothérapie cognitive comportementale	Patients atteints de troubles tels que : phobies, addictions, psychoses, dépressions, troubles anxieux...	Elles abordent les problèmes des patients en recourant à des exercices pratiques.	Restaurer un équilibre psychosomatique et une reprise des activités permettant de soutenir les défenses de l'organisme par une diminution de la charge émotionnelle liée aux événements de vie. Retrouver un équilibre psychique ; stabilisation de l'état somatique. Modifier les comportements pathologiques.

Compte tenu du dossier médical de Jeanne et de ses nombreuses somatisations au cours des dernières années, le professeur Jean Benjamin Stora recommande une psychothérapie psychosomatique. C'est le corps de Jeanne qui absorbe les chocs de la vie, il est donc essentiel de changer cela pour rétablir un équilibre vital.

Stora Jean Benjamin, *Que peut apporter une prise en charge « psy » ? (chapitre)*, in Hansel (2007)

DIAGNOSTIC structure fonctionnelle psychosomatique	
Nosographique psychosomatique dynamique – 19/11/2008 Jean Benjamin Stora	
<p>Une fois établi le fonctionnement psychique, et les réactions face à l'environnement, vous pouvez à présent proposer un diagnostic à partir du tableau ci-dessous ..</p>	
<p>le diagnostic psychosomatique est établi à partir des 4 dimensions du fonctionnement psychique et des relations du patient à l'environnement ; il est ainsi possible de proposer une évaluation du risque psychosomatique en y intégrant le risque somatique communiqué par les médecins (cf. ci-dessus). Ces descripteurs vont vous permettre de situer le patient ou la patiente dans les trois catégories ci-dessous:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. névroses de transfert, névroses classiques au sens des indications de psychanalyse 2. névroses actuelles 3. troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient –inorganisation, 4. Psychoses (Pour les psychoses et troubles de l'humeur, nous conseillons de vous référer au manuel DSM IV). <p>Les structures fonctionnelles psychosomatiques ci-dessous sont dynamiques et non pas inamovibles.</p>	
SF	Classification nosographique Diagnostic
	1. Névroses de transfert (psychonévroses de défense, S.Freud) (Névrose bien mentalisée Certitude
110	Névrose obsessionnelle
120	Symptômes Phobie
130	Hystérie
135	<p>Névrose mentale symptomatologiquement organisée, au fonctionnement soutenu.</p> <p>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. (P. Marty, 1987)</p>
136	<p>Borderline névrose de transfert/nev. actuelle</p> <p style="text-align: center;">Hystérie de conversion</p>

2. Névroses actuelles		
(Echec de la constitution de la névrose infantile)		
Névrose à mentalisation incertaine : Doute 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.		
140		Hystérie d'angoisse
141		Névrose d'angoisse
142		Névrose de caractère
145		Hypocondrie (différents états)
146		Névrose traumatique
147		Névrose relation d'objet allergique
3. Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient – inorganisation-névroses non mentalisées))		
170		Névrose de comportement
171		Hypocondrie archaïque
172		Troubles du narcissisme
173		Troubles de l'identité
174		Troubles addictifs
175		"Psychose froide" ou non délirante A. Green. E. Kestemberg
4. Psychoses délirantes		
consulter la méthode de diagnostic DSM IV pour l'ensemble des psychoses et des troubles de l'humeur		
Schizophrénie et autres troubles psychotiques		
Troubles de l'humeur		
Troubles anxieux		
Troubles dissociatifs		
Troubles de l'identité sexuelle		
Troubles des conduites alimentaires		
Troubles de l'adaptation	Avec humeur dépressive, avec anxiété, avec perturbation des conduites, avec perturbation à fois des émotions et des conduites, non spécifié.	
Troubles de la personnalité	Paranoïaque, schizoïde, antisociale, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, non spécifié.	
Consulter le manuel DSM IV pour plus de détails.		

COMMENT EVALUER LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES

A établir à partir des 6 dimensions de l'axe **1**: **1A, 1B, 1C, 1D, 1E** et **1F**:

Pour évaluer le fonctionnement psychique du patient ou de la patiente après l'examen clinique, nous devons prendre en considération (ce tableau peut être utilisé comme aide-mémoire)
Processus et Mécanismes psychiques
l'Axe 1A: La relation d'Objet
Anobjectale, préobjectale, présence introjectée.
Evaluation de la dimension narcissique et constatation de la présence des structures narcissiques (Soi grandiose et Idéal du Moi)
La dimension masochique
L'évaluation de l'épaisseur du préconscient : capacité de l'imaginaire; Tenter d'apprécier les capacités associatives et la capacité de rêver (nouvelle rubrique 170)
Sur l'Axe 1B, Etats psychiques et évènements de vie personnels
Angoisses
Deuils
Dépressions
Traumatismes
Influence de la culture sur le fonctionnement psychique
Sur l'Axe 1C: Points de fixation régression
Fixations somatiques
Fixations psychiques
Axe 1D: Mécanismes de défense du MOI
Sur l'Axe 1E : présence de traits de caractère:
phobique
Hystérique (archaïque et génitale)
pervers
à dominante orale
à dominante anale
à dominante phallique
sado-masochiques
Sur l'Axe 1F : Activités sublimatoires: à lister

Une fois l'observation achevée, vous pouvez remplir la grille en utilisant les indications suivantes: **PRESENCE** ou **ABSENCE (P ou A)** d'un des items de la grille.

J.B.Stora, 15 Mars 2010.

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 Organisation du MOI		
<p>Il s'agit ici des premières étapes du processus de maturation psychosexuel : du noyau du Soi jusqu'à l'introjection de l'Objet.</p> <p>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, évènements ayant favorisé ou entravé les organisations de la sensori-motricité, du langage, et en général de toutes les liaisons internes et externes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'objet est-il introjecté? 2. Dimension narcissique du Moi 3. Dimension masochique du Moi 4. Organisation du Préconscient (1^{ère} topique de S. Freud) 		
150	Anobjectal Stade d'indifférenciation	<p>Stade de relation non objectale coïncidant plus ou moins avec celui du narcissisme primaire –stade d'indifférenciation ou stade de non-différenciation, car la perception, l'activité et le fonctionnement sont insuffisamment organisés chez le nourrisson, sauf dans une certaine mesure dans les sphères vitales tels le métabolisme, les fonctions alimentaires, circulatoires, respiratoires, etc.</p> <p>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.</p> <p>« ...le Soi constitue la première configuration organisée de l'appareil psychique qui émane de l'unité mère-enfant et lui succède avant que ne soit instaurée la distinction entre le sujet et l'objet ». E. Kestenberg, La psychose froide, p.96. Cf. aussi. Winnicott.</p> <p>Stade de prédominance de traits narcissiques, de prédominance de fusion.</p>
151	Pré-objectal	<p>M. Klein: position schizo-paranoïde dans la relation à l'objet (bon et mauvais, aimé et haï).</p> <p>Rapprocher de R. Spitz âge de trois mois</p> <p>Prédominance de traits de la prégenitalité.</p>
152	Objectal	<p>Intégration de la position dépressive du 9^o mois;</p> <p>mise en place de l'objet.</p> <p>Prédominance du comportement oedipien génital</p>
153a	Narcissisme primaire	
153b	Narcissisme de mort	
154	Narcissisme secondaire	
154a	Narcissisme de vie	
155	Soi grandiose	Ref. Kohut «Le Soi »; pour le Soi consulter ma note pédagogique.
156	Idéal du Moi	Imago parentale idéalisée (Kohut)

157	Moi-Idéal	Cf. Pierre Marty glossaire
158	Apparence masochique	Du type névrose de destinée avec absence d'intégration des satisfactions passives. Etats de souffrance sans objet , sans désirs et sans modification à l'occasion de la maladie qui ne devient pas objet d'investissement
159	Masochisme mortifère	Désinvestissement de l'objet et pour le monde objectal suite à l'affaiblissement de la libido objectale (cf. Benno Rosenberg) le masochisme mortifère implique un processus sous-jacent de désintrinsication pulsionnelle.
160	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 accompagnements affectifs de la mère. Nous devons ici apprécier l'épaisseur du préconscient, la fluidité des représentations et la disponibilité dans le temps des représentations mentales.
170	Activités oniriques	Lors de l'examen clinique des patients, il est important de poser des questions sur leur vie onirique ; la capacité de rêver va nous informer sur le fonctionnement psychique de l'inconscient et de ses différents mécanismes pour élaborer le quantum d'excitations quotidiens. Cette analyse va nous permettre aussi de compléter la rubrique précédente puisque, grâce aux rêves, nous aurons accès à l'imaginaire et aux différents fonctionnements intrapsychiques. On pourra ainsi mieux cerner ce que Pierre Marty appelle l'épaisseur du préconscient. travail du rêve fondamental pour évaluer le fonctionnement du Préconscient.
AXE 1B : ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS		
observés lors de l'anamnèse : Etats psychiques du Moi et conséquences sur son organisation Approche psycho-dynamique : conflits du Moi/ ça, surmoi, monde extérieur		
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. Selon les hypothèses, tenter d'établir les dates.
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.
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	Désintrication pulsionnelle	Noter le niveau d'organisation auquel la désintrication a eu lieu selon vos hypothèses.
220	Désorganisation progressive	Noter la ou les dates des événements ainsi que l'hypothèse du fonctionnement psychique.
AXE1C: POINTS DE FIXATIONS REGRESSIONS² Stades de maturation psychosexuelle du Moi et organisations psychosomatiques (hyp. J.B.S, cf. ouvrage de « Neuropsychoanalyse » collQSJ, PUF, 2006)		
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. excrétoire	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	Envisager toutes les dimensions de l'axe hypothalamique
310	SNSympathique	
311	SNParasympathique	
350	1 ^{er} Organisateur psy.	Organisation cénesthésique, relation pré-objectale, processus primaire

²Points de fixations-régression et Stades de développement de la sexualité. Forte adhésion de la pulsion à des objets ou à des voies de satisfaction liées à des phases antérieures du développement. L'existence de points de fixation conduit à la voie de la régression. La fixation désigne l'immobilisation de motions pulsionnelles à un stade infantile du développement: fixations pré-génitales.

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).

		(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
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	(cf. Mélanie Klein)
355	Position dépressive	(cf. Mélanie Klein)
356	Fixation passive orale	
357	Fixation sadique orale	
358	Fixation anale 1 ^{er} temps	
359	Fixation sadique anale 2 ^{ème} temps	Donne accès à l'organisation oedipienne. La seconde phase du stade anal signe la maturation de la première organisation topique et donc la voie d'accès à l'Œdipe. Par ailleurs la liaison des représentations de mots et des représentations de choses constitue une des formes essentielles de la maîtrise, d'où son importance dans le développement mental (Cf. P. Marty p.91 et 92 « Les mouvements individuels de vie et de mort »).
360	Fixation phallique	
361	Fixation homosexuelle	
362	Fixation génitale	
	AXE 1 D	MECANISMES DE DEFENSE DU «MOI»
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 séparé 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.
395	Intellectualisation défensive	Ce mécanisme permet de maîtriser les émotions ou les conflits psychiques par une mise à distance en adoptant une formulation rationnelle, abstraite et détachée de la manifestation pulsionnelle. Il s'agit de la neutralisation des affects. (cf. Anna Freud (1946), Le Moi et les mécanismes de défense, Paris, PUF 1967).
AXE 1 E: Traits de caractère		
400	Phobique	D'ambiance ou d'invasion
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 1F: ACTIVITES SUBLIMATOIRES		
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	
AXE 2: COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION		
450	Hypertonie musculaire	Débordement de l'appareil mental par les émotions

451	Posture	Tonicité de la posture, elle rend compte d'emblée de la tension interne du sujet
452	Hypertonie musculaire et agressivité	(Pierre Marty) à la mesure des conflits habituels réactivés lors de la consultation et non encore exprimés (agressivité directement musculaire de type primaire court-circuitant l'élaboration mentale, l'hypertonie musculaire va souvent de pair avec une anxiété diffuse qui reconnaîtra plus tard son objet. Elle s'accompagne de tremblements de mains surtout, et s'oppose à une aisance relationnelle.
453	Manifestations vago-sympathiques	Ces manifestations témoignent du surplus d'excitations ; Rires, pleurs, ou mimique de fantasme révélant la tentative d'une élaboration mentale.
454	Comportements de déni de réalité	Mode de défense reflété dans le comportement des patients qui refusent de reconnaître la réalité d'une perception traumatique, par exemple diabète à un âge précoce, etc.
455	Hypocondrie 1 (archaïque)	Etat hypocondriaque où la relation transférentielle est impossible; court-circuit du travail psychique avec engagement dans une somatisation. Evolution possible vers un délire paranoïaque, une mélancolie ou une affection somatique grave.
456	Hypocondrie 2	Transformation en un processus névrotique où sexualité infantile, culpabilité oedipienne, angoisse de castration reprennent leur
457	Sado-masochique	Décharge dans les comportements
458	Acting out	Passages 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
469 a	Economie relationnelle âge adulte	Exemple : changement suite à départ à la retraite
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
474	Suicide	Tentative récente
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 lors de leurs manifestations, 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.

Cf. Glossaire, rubrique Affects

«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.
510	Affect de vitalité ou affects en miroir dans la relation mère-enfant. <small>Ces affects indiquent que les affects ne sont pas encore reliés à des représentations mentales.</small>	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
511	Fatigue	
512	Douleur	

AXE 4: ENVIRONNEMENT PERSONNEL, FAMILIAL, ET SOCIO-PROFESSIONNEL.

Le Moi et le Monde extérieur

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..
603a	Nature de l'environnement Perturbation temporaire	Identifier ici la source de la perturbation : familial, socioprofessionnel, environnemental, sociétal, etc.

603b	Perturbation durable ou permanente	
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
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	Déplacement et remplacement par un symptôme somatique

AXE 5: EVALUATION DE L'ETAT SOMATIQUE –CODE CIM-9-MC	
<p>La pathologie somatique doit être explorée à partir de la première enfance jusqu'à la période de l'investigation (à compléter avec dossier médical), décrire les diverses affections et atteintes somatiques, parenté ou non avec la maladies actuelle, établir les processus de leur apparition de leur évolution, des complications éventuelles, des aggravations, avancer des hypothèses sur la relation avec des évènements de vie (traumatismes, deuils, etc.), dégager les temps de latence entre évènements de vie et apparitions des pathologies somatiques.</p> <p>Place occupée par la maladie : très importante, dénégation, déni, acceptation apparente, etc.</p> <p>Rôle joué par la maladie dans le fonctionnement psychique: combler un vide objectal, manifestations hypocondriaques, remplacer un objet disparu (deuil), etc.</p> <p>La maladie somatique a-t-elle modifié le fonctionnement psychique ? de quelles façon ? mécanismes d'adaptation à l'œuvre?</p>	
700	Maladies du système nerveux
701	Maladies de l'appareil circulatoire
702	Maladies de l'appareil respiratoire
703	Néoplasmes
704	Maladies endocriniennes
705	Maladies de la nutrition
708	Maladies métaboliques
709	Maladies des organes génito-urinaires
710	Maladies du sang et des organes hématopoiétiques
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)

RESULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE

JBS-PSYSOMA-version 22 Octobre 2011 THE PSYCHOSOMATIC GRID

Elaborée par J.B. STORA de 1993 à 2011

EXEMPLE DE FICHE PATIENT REMISE AUX MEDECINS

Nom : B Prénom : C

Date naissance :

Date début traitement : examen clinique du :

Date fin traitement :

*Histoire de la maladie : informations recueillies dans le dossier médical, cf. Axe 5 de la grille.
Prière d'utiliser la classification internationale des maladies.*

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

*Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique : avec détermination du profil de risque.
à ne remplir qu'après avoir établi l'histoire du patient, son fonctionnement psychique et ses
troubles somatiques.*

*Le tableau synthétique se trouve en fin de grille et doit être rempli après avoir complété les
rubriques.*

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

Diagnostic, pronostic, stratégie thérapeutique.

*Une première classification a été élaborée par Pierre Marty (1987) ; ma méthode, qui n'est
pas une classification, prend en considération les premiers travaux de Pierre Marty
profondément modifiés par l'approche de la Psychosomatique Intégrative.*

*J'ai repris les concepts de la psychanalyse développés par Sigmund Freud et, après lui,
depuis sa mort jusqu'à nos jours auxquels j'ai ajouté toutes mes recherches sur le stress
professionnel et les troubles somatiques induits.*

Tableau synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques avec commentaires. Vos commentaires doivent vous aider à établir progressivement les caractéristiques du fonctionnement psychique (comportements, émotions pensées – représentations mentales-) en les remplaçant dans l'environnement familial et professionnel du patient en vue d'établir un premier diagnostic. Après avoir suivi le patient pendant six mois vous pouvez revoir le diagnostic initial et envisager la stratégie thérapeutique

Commentaires	Evènements de vie	Dates ou âges	Troubles somatiques
<i>A la question sur son rang de naissance, le patient indique ses 2 sœurs et 3 frères, omettant de parler des 5 autres enfants morts peu après leur naissance. Ce déni est un mode de défense archaïque avec clivage du Moi ; il peut être mis en relation avec une carence maternelle (naissances rapprochées). Cette carence constitue une fixation archaïque, en dépit des soins de la grand-mère paternelle, substitut maternel.</i>	Naissance à X (puis déménagement de la famille à Y - Z)	1945	Troubles de l'appétit
<i>La double séparation avec le Z et avec sa famille a ravivé le traumatisme archaïque de carence maternelle. Suit une période d'investissement lourd dans des études (médecine puis diverses spécialisations dont cardiologie et psychosomatique) ; ces dernières peuvent être comprises comme une intellectualisation défensive qui permet de neutraliser les affects traumatiques archaïques.</i>	Déménagement de la famille à A; séparation du patient de sa famille (pension)	1956	Les troubles de l'appétit s'aggravent (le patient ne mange que du pain avec du raisin, des œufs, des frites et du foie de poulet)
		1970 (25 ans)	Naissance de la 1 ^{ère} fille
		1972	Naissance de la 2 ^{nde} fille
<i>Le père est fortement idéalisé et introjecté, avec renforcement du Moi Idéal chez le patient.</i>	Décès du père d'un pb cardio-vasculaire (1 ^{er} infarctus à l'âge de 35 ans)	2000 (55 ans)	1 ^{ères} manifestations gastriques HTA
		2001	Début de la dysphagie oesophagique
	Décès de la mère d'un pb cardio-vasculaire	2002	
<i>Après le système digestif, c'est le système cardiologique, maladie « familiale », qui est touché. Avec une période de latence, les affects traumatiques des décès des 2 parents ont débordé le système psychique (et leurs mécanismes de défense) pour aborder la sphère somatique. Atteinte narcissique due à ses problèmes de santé.</i>	Pose de son premier stent	2004	
	Décès d'un frère (âgé de 55 ans) d'un pb cardio-vasculaire	2007	
<i>Le décès du frère ravive le deuil non effectué du père. L'atteinte narcissique est renforcée par la retraite imminente.</i>		2011	Pose d'un 2 ^{ème} stent
<i>La présence des petits-enfants semble diriger le narcissisme du patient vers la vie.</i>	Naissance de 2 petits enfants	2011 ?	
<i>Après les système digestif et cardiologique, le système endocrinien semble être maintenant affecté ; le syndrome métabolique, s'il est avéré, est souvent observé dans le cas de fixations à la période néo-natale.</i>	HdJ en endocrinologie puis hospitalisation pour bilan de syndrome métabolique	2012	Manifestations ulcéreuses à l'estomac Stade 4 de la dysphagie oesophagique HTA, HCT, HTG, diabète type 2 (détectés en HdJ)

<p>L'EXAMEN CLINIQUE PREND EN CONSIDERATION LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT DE L'UNITE PSYCHOSOMATIQUE</p> <p>LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, LES MANIFESTATIONS CARACTERIELLES, DE COMPORTEMENT, LES ACTIVITES SUBLIMATOIRES, ETC.</p> <p>LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS</p> <p>LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS</p> <p>LE RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT familial et professionnel</p>	
<p>LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES,</p> <p>Axe 1A : relation d'objet :</p> <p>1-présence de l'objet</p> <p>2-évaluation de la dimension narcissique (présence Soi grandiose, Idéal du Moi)</p> <p>3-de la dimension masochique</p> <p>4-de l'épaisseur du pré-CS (cap . imaginaire, associations, rêves)</p> <p>Axe 1B : états psychiques et événements de vie personnels :</p> <p>angoisses</p> <p>deuils</p> <p>dépressions</p> <p>traumatismes</p> <p>influence de la culture</p> <p>Axe 1C : fixations somatiques</p> <p>fixations psychiques</p> <p>Axe 1D : mécanismes de défense</p> <p>Axe 1E : présence de traits de caractère :</p> <p>phobique</p> <p>hystérique</p> <p>pervers</p> <p>à dominante orale</p> <p>à dominante anale</p> <p>phallique-narcissique</p> <p>relation sado-masochique</p> <p>Axe 1F : activités sublimatoires</p>	<p>1. Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent – passé, Capacité d'élaboration;</p> <p>2. Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations</p> <p>3. Insuffisance; vie et pensée opératoire</p> <p>4. Désorganisations au cours de dépression essentielle</p> <p>*****</p> <p>Commentaires du 1 :</p> <p>La présence de l'Objet est très diffuse; elle est en vérité remplacée par le groupe familial. Le patient appartient à une culture de société groupale et non pas occidentale. On doit noter les fixations orales archaïques très précoces qui se sont activées au moment difficiles de sa vie. Fixations prégénitales importantes et apparemment hystérique du modèle paternel pour le destin des troubles cardiaques et de l'hypertension. La présence du Moi idéal révèle l'insuffisance de fonctionnement de l'appareil psychique incapable d'arrêter les désorganisations actuelles.</p> <p>Le narcissisme se trouve aujourd'hui affecté par l'évolution péjorative de l'état de santé. La démesure du Moi Idéal semble à l'œuvre derrière une certaine incapacité de choix professionnel entre les différentes spécialités médicales étudiées.</p> <p>Les fixations somatiques aux systèmes gastrique, cardiologique puis endocrinologique sont cohérents avec une fixation psychique à une carence maternelle archaïque ; le déni de l'existence de 5 frères et sœurs sur 12 (voir tableau des événements de vie ci-dessus) noté durant l'entretien correspond à un mécanisme de défense lui aussi archaïque. Le patient recherche à travers la relation avec les soignants un objet de substitution pour se rassurer.</p> <p>Les activités professionnelles et caritatives peuvent être interprétées comme des décharges comportementales; le patient n'est pas très bien mentalisé. Il a un important développement intellectuel et non psychique. Les troubles du sommeil révèlent encore une fois les perturbations du système sommeil-veille, et surtout son incapacité à régresser des processus secondaires aux processus primaires (score de 65 : « comportement imprévisible, observance fluctuante, troubles de l'humeur, insatisfaction » ; questionnaire).</p> <p>Note du 1 : 3 (sur 4)</p>

2. PREVALENCE DES COMPORTEMENTS	Commentaires du 2 :
1. comportement contrôlé et intégré. 2. Faible. 3. Moyenne. 4. Forte.	L'entretien et le questionnaire montrent chez le patient une recherche d'approbation et volonté de coopération avec les médecins du service (score de prévalence de 75, significatif à partir de 50 sur 115) et un comportement de confiance et d'observance, avec une attente d'être traité avec courtoisie (score de prévalence de 71). Le questionnaire avec un score de prévalence de 83 pour « Comportement coopérant en apparence, déni de la maladie – relations agréables » montre que l'observance est limitée à l'espace psychique conscient (une partie du Moi).
	Note du 2 : 3 (sur 4)

3. CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS	Commentaires du 3 :
1=représentations et affects bien intégrés ; 2=répression avec 3 destins possibles (déplacement ex phobie, obsessions ; déli de la Représentation: ex hystérie ; transformation: ex Névrose d'angoisse) ; 3=prédominance des affects de vitalité dans la relation ; 4=affects représentant la mémoire d'un vécu irréprésentable traumatique ; 5=alexithymie	L'anxiété du patient, avec une dimension de désespoir, est cohérente avec une transformation des affects traumatiques. Cette hypothèse est confirmée par le résultat du questionnaire avec des scores de prévalence de 68 à « Appréhension de la maladie » (intérêt pour toute modification du corps), le patient disant craindre la déchéance, et de 72 à « Evaluation subjective des déficits fonctionnels » (mesure du sentiment de perte de l'indépendance et de la liberté de s'engager dans des activités quotidiennes). La tonicité du patient pendant l'entretien dénote une forte tension interne.
	Note: 3 (sur 5)

4. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT : Nature de l'environnement Environnement familial et environnement professionnel.	Commentaires du 4 :
L'examen évalue les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes).	L'environnement professionnel risquait de perdre sa fonction narcissique avec la retraite, risque désormais repoussé. La création de l'association caritative après le décès de son père a permis de renforcer le rôle de soutien de l'environnement. L'ensemble constitue un arrangement extrêmement fragile, heureusement soutenu modérément par des ressources spirituelles (score de prévalence de 38). Le patient a investi ses petits-enfants.
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	Note: 3 (sur 7)

Table d'évaluation du Risque Psychique							
Processus Psychiques	1	2	3	4			
Comportement	1	2	3	4			
Affect	1	2	3	3	3	3	3
Environnement	1	2	3	4	5	6	7
Total	4	8	12	15	16	17	18

TOTAL Risque psychique : 12

DIAGNOSTIC SELON LA NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE:

névrose d'angoisse 141 de la nosographie psychosomatique JBS

Evaluation du Risque Psychique

Absence de risque stable, débordement passager < 5

Risque faible à modéré: 5 à 10

Risque modéré à élevé: 10 à 15 risque modéré à élevé - possibilité de réversibilité, réorganisation à partir des points de fixations-régression, surveillance, instabilité.

Risque élevé à très élevé: 15 ou plus risque élevé à très élevé (instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée)

Axe 5		Evaluation du risque somatique
5 niveaux :		A partir des résultats d'observation et de diagnostic et des pronostics communiqués par les médecins du patient.
Risque très élevé		Evaluation à faire par le médecin consultant
risque élevé		
risque moyen		
risque faible		
absence de risque		
Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique		
		Vous devez comparer le risque psychique (tableau ci-dessous à remplir) et le risque somatique ci-après communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des systèmes (J.B.S).
Rapprocher le risque psychique du risque somatique pour parvenir à une évaluation globale.		Névrose d'angoisse (141 nosographie psychosomatique, JBS), dimension masochique de la personnalité - traits de caractère et de comportement révélés par l'anamnèse et confirmés par les réponses au questionnaire.
* Sujet à risque élevé – instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée		Sous réserve des observations médicales en cours, le risque psychosomatique (pronostic) est modéré. L'observance aux traitements et actes médicaux est certaine quant à la sphère consciente (score de 64), mais le MOI fragile du patient résiste difficilement aux sollicitations de la pulsion orale. Crainte de déviation du comportement alimentaire et d'un épuisement libidinal.
* Sujet à risque moyen – possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible.		On peut dire au vu de l'anamnèse que depuis 2000, la santé du patient est profondément perturbée: troubles gastriques, décès du père, décès de la mère, décès d'un frère, troubles cardiologiques, suivis de troubles endocriniens. Le patient ne résiste pas et les deuils accompagnés d'un quantum d'excitations élevé perturbent son équilibre : insatisfaction quant à l'atteinte de ses objectifs narcissiques, deuils de ses parents auxquels il était très attaché. Les capacités de défense mentale ne lui permettent pas de faire face et de trouver des ressources de soutien, en dehors de ses ressources spirituelles.
* Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation		
* Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.		Ce patient est dans une phase de désorganisation. Le risque psychosomatique à terme est élevé avec une instabilité globale de l'unité psychosomatique (difficulté d'adaptation du patient : score de prévalence de 50). Recommandation de suivi psychothérapeutique.

Vous devez donner ci-dessus vos conclusions (diagnostic et pronostic), par exemple grande vulnérabilité, difficultés d'observer les traitements, recommandation de suivi psychothérapeutique, etc.).

Les médecins ont besoin d'avoir des conclusions pour mieux apprécier l'évolution de leurs patients.

signature du psychothérapeute psychosomaticien

Pr. Jean Benjamin Stora

M. Stéphane Flamant, stagiaire du DU de Psychosomatique intégrative a rédigé un premier document qui a été revu en détail avant l'énoncé du diagnostic rédigé par J.B.Stora.

M. Flamant a dépouillé le questionnaire psychosomatique remis par le patient.

Nosographie psychosomatique

- Névrose polymorphe sans symptomatologie mentale dominante
- psychonévrose = N. de transfert = N classiques au sens freudien = bien mentalisé : obsessionnelle, phobique, hystérie de conversion.
- N. actuelles = N. d'angoisse, N. de caractère, N. traumatique, hypocondrie, N. relation d'objet allergique = N. à mentalisation incertaine (doute) et N. mal mentalisée (défauts avérés).
- Etats limites psychosomatiques: Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement = N. de comportement, hypocondrie archaïque, troubles du narcissisme, troubles de l'identité, troubles addictifs, psychose froide ou non délirante. = insuffisance originelle du préCS, inorganisation.
- Etats Psychotiques aigus (BDA), chroniques (Schizophrénie, délire parano, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie ou délire chronique imaginaire)
- Maladies de l'humeur (dépressions, PMD)

NB La **mentalisation** apprécie d'un coup 3 qualités du préCS :

- L'épaisseur de l'ensemble des représentations
- La fluidité de liaisons entre les représentations
- La permanence habituelle du fonctionnement.

N. de caractère définie dans la 1^{ère} topique par un fonctionnement irrégulier dans le temps révélant l'existence d'un PréCS peu perméable.

Selon la 2^e topique présente des altérations repérables notamment au niveau du Surmoi qui semble mal différencié prenant aisément les caractéristiques d'un Moi idéal.

N. de comportement insuffisance originelle du PréCS. Expression habituelle de l'ICS dans les comportements. On ne repère que la vie opératoire → recours à l'activité et aux conduites comportementales. Moi fragile, carencé.

