HAL
open science

L'approche psychosomatique du patient dialysé

Clémence Surugue

To cite this version:

Clémence Surugue. L'approche psychosomatique du patient dialysé. Psychologie et comportements. 2010. dumas-00903449

HAL Id: dumas-00903449

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00903449v1

Submitted on 12 Nov 2013

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

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

Clémence SURUGUE, psychologue clinicienne

Service de formation continue

DIPLOME UNIVERSITAIRE DE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE

"Médecine, Psychanalyse et Neurosciences"

Responsables :

Pr. Jean-François ALLILAIRE, Pr. Marc Olivier BITKER et Pr. Jean Benjamin STORA

L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE DU PATIENT DIALYSE

Université Pierre et Marie Curie, Paris VI

Jury du vendredi 1er Octobre 2010 à la faculté de médecine La Pitié-Salpêtrière

« Je n'avais pas envie de sortir du cocon de ma maladie »

(une patiente)

REMERCIEMENTS

Tout au long de l'année ce diplôme universitaire de psychosomatique intégrative m'a beaucoup appris et permis d'avancer sur mon éternelle réflexion. Je tenais donc tout d'abord à remercier le professeur Jean-Benjamin STORA pour la richesse de cet enseignement, pour sa bienveillance, sa compréhension, sa disponibilité, le partage de ses expériences et les pistes de réflexions qu'il nous a données. De-même je le remercie pour le choix des intervenants qu'il a fait venir qui étaient tous très intéressants.

Je tenais également à remercier le groupe pour son partage d'idées, ses réflexions et pour sa convivialité.

Enfin je voudrais remercier ma famille pour son soutien et ses encouragements depuis toujours et tout particulièrement ma mère qui a fait naître en moi l'idée de suivre ce diplôme qui s'avère un très bon outil pour ma pratique professionnelle actuelle.

RESUME

Ayant fait mon stage dans la clinique dans laquelle je travaille j'ai choisi de me pencher plus particulièrement sur le service de dialyse où je suis amenée à prendre en charge des patients en insuffisance rénale terminale. En effet, en tant que psychologue clinicienne, je suis appelée sur tous les services (maternité, médecine, chirurgie/orthopédie, urgences, soins continus, dialyse, hôpital de jour et également par le personnel soignant).

Le service de dialyse est un service diffèrent des autres car il accueille des patients chroniques qui reviennent trois fois par semaine pendant des années, voire jusqu'à la fin de leur vie. En effet ces patients ne peuvent survivre qu'avec les séances de dialyse qui durent entre 3 et 5 heures, à moins qu'ils ne puissent recevoir une transplantation rénale. Ainsi ai-je découvert au fil de ma pratique la terrible souffrance de ces patients et les nombreuses contraintes et douleurs physiques et morales auxquelles ils doivent faire face au quotidien. Plusieurs causes peuvent entraîner l'arrivée en dialyse comme le diabète et l'hypertension qui peuvent entraîner un dysfonctionnement des reins. Ainsi les patients sont plus ou moins bien préparés à leur arrivée en dialyse mais cela reste toujours un choc, voire un traumatisme. Même si leurs traitements médicaux sont équilibrés, leur terrible souffrance due aux contraintes incontournables de leur traitement m'a paru tout à fait sous-estimée. Probablement l'impuissance ressentie devant une maladie chronique à potentiel létal en est une des raisons.

Il est incontestable que leur maladie entraîne un nombre très important d'effets indésirables, de contraintes, de soucis relationnels, professionnels, sociaux, etc. Ainsi est-il fréquent d'observer que la moindre contrariété supplémentaire soit vécue comme une catastrophe. Ces patients sont donc redoutés des autres services car ils sont dits « difficiles » et « jamais satisfaits ». Leur qualité de vie ne sera effectivement jamais plus la même et il est souvent très difficile pour eux de réinvestir de nouveaux centres d'intérêt. Ainsi sont-ils souvent très défaitistes, fatalistes et il n'est pas rare qu'ils présentent des idées suicidaires.

En tant que psychologue je circule auprès de ces patients pour essayer de leur donner un espace de parole leur permettant d'exprimer ce qu'ils ressentent. J'essaie de suivre leur rythme, et de créer un lien de confiance. Mon objectif idéal étant ensuite de tenter de les aider à réinvestir des désirs pour être à nouveau dans la pulsion de vie.

Au regard de l'enseignement de la psychosomatique intégrative j'ai orienté différemment mon approche et me suis plus intéressée à la genèse de leur maladie. Bien souvent je découvre que la maladie a toujours été présente chez ces patients et semble parfois être devenue un moyen d'expression. En effet il s'agit souvent, pour ceux que j'ai été amenée à rencontrer, de patients fonctionnant sur un mode opératoire ayant une faible capacité d'association et d'élaboration de la pensée. Les aider alors à relier leurs pensées, leurs émotions et leurs comportements peut parfois induire un nouvel état psychosomatique et donc aider au changement. Mon travail consiste donc à tenter de mettre des mots sur leurs maux et d'essayer de trouver avec eux d'autres moyens d'expression afin, même si on ne peut pas les guérir, que leur état ne s'aggrave pas et de leur permettre de réinvestir certains plaisirs pour réapprendre à aimer la vie même s'ils ne peuvent pas en faire autant qu'avant. Ainsi mettre en parallèle, l'histoire de leur maladie et l'histoire de leur vie semble ouvrir des pistes de réflexion.

Deux cas cliniques servent d'illustration : Martine et Simone qui chacune à leur façon s'expriment à travers leur maladie.

Martine est une « enfant de 56 ans ». En effet elle semble être restée bloquée à certains stades de développement et n'avoir jamais vraiment vécu une vie de femme. Martine est née « accidentellement » et a été confiée à une grande tante. Elle s'est construite avec l'idée d'être une erreur. Elle n'a pas eu d'homme dans sa vie et le seul qu'elle ait côtoyé est un oncle qui la maltraite et dont elle se sent obligée d'être en charge. Il est intéressant de noter qu'elle a commencé la dialyse au décès de la seule personne qui ait compté pour elle (celle qui aurait pu être son substitut de mère) !

Simone est une « vieille dame de 66 ans », elle est la deuxième d'une fratrie de cinq et semble ne jamais avoir réussi à trouver sa place autrement qu'en tenant le rôle de « la malade ». En effet elle dira avoir toujours été malade. Simone a tout au long de sa vie eu beaucoup de conflits et ressenti souvent un grand sentiment d'injustice mais elle n'a jamais cherché à résoudre ses conflits ni à comprendre ce qui s'était joué. Elle est toujours restée en position de victime, de personne qu'il fallait plaindre… Ainsi la maladie et la souffrance ont toujours plus

ou moins fait partie de sa vie. Il semblerait que Simone n'ait pas trouvé d'autre moyen d'expression de son mal-être que par le corps. Des maux à la place des mots !

A l'aide de la grille d'observation et de diagnostic psychosomatique, établie par le professeur Jean-Benjamin STORA, le fonctionnement de l'organisation mentale est repéré et pris en compte. Ces deux cas replacés dans leur contexte de vie spécifique tendent à appuyer l'hypothèse que leur organisation mentale participe à l'apparition et à l'évolution de leur maladie. Les interrelations qui ne cessent d'évoluer tout au long de la vie engagent le Système Nerveux Central, le système immunitaire et le système neuroendocrinien.

Il y a donc sans doute toujours moyen d'agir. Comme Jean-Benjamin STORA le souligne, « *l'unité psychosomatique des êtres humains est un système de systèmes complètement intégré au terme d'un long processus de maturation psychosexuelle, biologique et neuronale* » mais les organisations psychiques sont en évolution constante et on peut tenter de remanier les représentations mentales pathogènes. De même les connections synaptiques du système nerveux central peuvent évoluer jusqu'à la fin de la vie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION……. **p. 1**

CONTEXTE DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE…… **p. 1-10**

- **Mon lieu de travail……** **p. 1**
- **Service de dialyse……** **p. 1-2**
- **Pourquoi se retrouve-t-on en dialyse?.....** **p. 2-3**
- **En quoi consiste l'hémodialyse?.....** **p. 3-4**
- **Déroulement d'une séance d'hémodialyse……** **p. 4**
- **Les nombreuses contraintes, « pertes » et douleurs morales du dialysé……** **p. 5-6**
- **Mon rôle auprès des dialysés……** **p. 6-7**
- **L'approche psychosomatique intégrative auprès des dialysés** **p. 8-10**

PRESENTATION DE CAS…… **p. 12-39**

- **Martine……** **p. 12-25**
- **Simone……** **p. 26-39**

CONCLUSION…… **p. 40**

BIBLIOGRAPHIE…….. **p. 41-42**

INTRODUCTION

Ayant découvert en parallèle de mon enseignement de psychosomatique intégrative la terrible souffrance des patients dialysés, j'ai décidé d'orienter mon mémoire sur la prise en charge de ces patients. Ainsi vais-je expliquer en quoi consiste mon travail de psychologue clinicienne, pourquoi et comment on se retrouve en dialyse, qu'est-ce que cela implique et quelles sont les nombreuses contraintes, « pertes » et douleurs morales du dialysé. Enfin je ferai le lien avec l'approche psychosomatique intégrative pour essayer de montrer comment cette approche peut m'aider dans ma prise en charge de ces patients. Selon la théorie que développe le professeur STORA, le défaut d'introjection de l'objet entraîne une interruption d'intégration des processus organiques et psychiques. La programmation ayant été déficiente cela ouvre la porte aux maladies par déséquilibre de l'homéostasie. J'illustrerai mes propos de deux cas cliniques : Martine et Simone.

CONTEXTE DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

- **Mon lieu de travail**

Etant psychologue clinicienne dans un établissement de santé privé depuis un an et demi (à mi-temps les 6 premiers mois puis à temps plein), mon lieu de travail m'a servi de lieu de stage. Seule psychologue de la clinique, je peux donc être appelée dans tous les services : maternité, médecine, chirurgie/orthopédie, soins continus, urgences, hôpital de jour, dialyse, et même auprès du personnel soignant.

- **Service de dialyse**

J'ai décidé de parler spécifiquement du service de dialyse car c'est l'un des services où j'ai eu le sentiment qu'il y avait un des plus fort besoin de l'aide d'un psychologue et que la souffrance des dialysés m'a parue très sous-estimée.

Le service de dialyse peut accueillir vingt patients par session (de trois séances par semaine) et il y a trois sessions. Il y a une grande salle comprenant douze lits regroupés par secteur de quatre. Il y a cinq box individuels qui servent surtout aux patients n'ayant pas de fistules et nécessitant un branchement par cathéter. Enfin il y a quatre places assises. L'intimité n'est donc pas idéale même s'il y a possibilité de mettre des paravents notamment lors de certains soins médicaux. De-même cela limite la confidentialité vis-à-vis de mes interventions.

- **Pourquoi se retrouve-t-on en dialyse?**

On se retrouve en dialyse car les reins ne fonctionnent plus ou pas assez.

Le diabète et l'hypertension sont les principales causes des cas d'insuffisance rénale terminale (50 à 60%). Il existe de nombreuses autres causes probables de l'insuffisance rénale (médicaments néphrotoxiques, infections chroniques des voies urinaires…) Dans des cas rares, certaines maladies héréditaires peuvent être impliquées. Mais dans 10 à 15% des cas, aucune cause d'insuffisance rénale ne peut être déterminée.

Les reins jouent un rôle important dans la régulation de la tension artérielle car ce sont eux qui gèrent la teneur en sel et l'équilibre hydrique du corps. Une maladie rénale peut donc conduire à l'apparition d'une hypertension.

Dans le cas d'atteinte rénale diabétique, l'atteinte se manifeste au départ par le passage dans l'urine d'une petite quantité de protéine appelée microalbuminurie. Cette quantité de protéine augmentera au cours des années et, éventuellement, on constatera une détérioration de la fonction rénale. Il est possible au début de l'atteinte rénale diabétique d'en arrêter la progression dans beaucoup de cas par un meilleur contrôle du diabète et de la tension artérielle. Certains médicaments, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, sont particulièrement utiles dans cette circonstance. Malheureusement, dans plusieurs cas, la maladie rénale diabétique continue de progresser.

Lorsque la fonction rénale est de moins de 15 % de la normale, il faut envisager un traitement pour remplacer la fonction rénale déficiente et épurer le sang. Ceci s'appelle la dialyse. Si l'on ne fait pas ces traitements, le patient décédera probablement dans les mois à venir.

Il existe deux façons d'épurer le sang, l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

- **En quoi consiste l'hémodialyse?**

L'hémodialyse (rein artificiel) est une technique utilisée depuis plus de 40 ans ayant comme rôle de remplacer les fonctions principales des reins sains : filtrer le sang (éliminant ses déchets), et équilibrer les niveaux de liquides en éliminant les déchets du sang et l'eau en excès. L'appareil est donc constitué d'un filtre dans lequel circule le sang du patient et également un liquide appelé dialysat avec lequel le sang du patient est en contact. Il se fait des échanges entre les deux liquides (sang et dialysat) de sorte que le sang élimine certaines substances (urée, créatinine, potassium, etc.) qui n'ont pas été filtrées par les reins qui sont déficients. Le sang retourne par la suite au patient par un système de tubulure. L'hémodialyse a aussi pour rôle d'enlever l'excédent de liquide accumulé. La plupart des patients nécessitant des traitements d'hémodialyse urinent très peu de sorte que tous les liquides qu'ils absorbent s'accumulent. Souvent, un patient va ainsi augmenter son poids de 1 à 2 kg par jour. Durant le traitement de dialyse, on peut enlever cet excédent de liquide en créant une pression dans le filtre.

Pour que le sang puisse aller dans le filtre et par la suite retourner au patient, il faut évidemment un système de tubulure et un accès vasculaire. La plupart du temps, on fera une opération appelée « fistule » qui est une communication entre une artère et une veine d'un membre supérieur. Ceci fera que la pression de l'artère sera transmise dans la veine qui se dilatera par la suite. On pourra par la suite insérer à chaque traitement une aiguille dans la veine pour que le sang puisse aller via la tubulure dans le filtre et une autre aiguille pour que le sang puisse retourner au patient. On retire les aiguilles à la fin de chaque traitement.

Parfois, il n'est pas possible de faire la dialyse par une fistule. Il faut alors installer un cathéter dans une grosse veine du cou ce qui permet ainsi d'avoir un accès au sang du patient. Ces cathéters s'infectent souvent de sorte que, dans la mesure du possible, il est préférable d'avoir un accès au membre supérieur.

Les séances de dialyse durent entre 3 et 5 heures en fonction des personnes (poids, etc.) et se renouvellent 3 fois par semaine, à la fois pour épurer le sang et enlever l'excès de liquide. Le

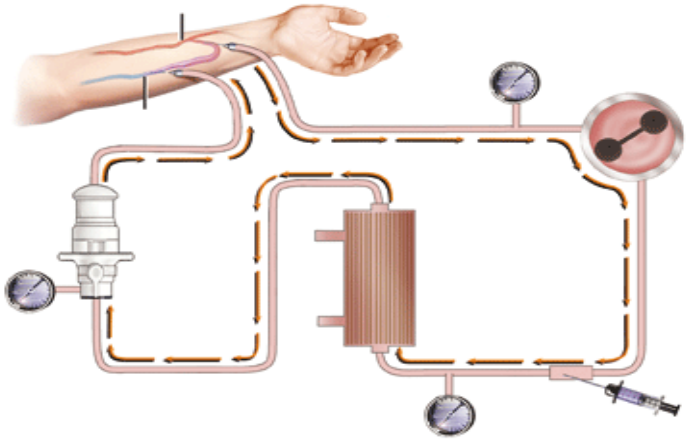
traitement d'hémodialyse ne guérit pas la maladie rénale de sorte qu'il faut le continuer à vie, à moins que le patient ne reçoive une transplantation.

L'hémodialyse peut être réalisée de différente façon même si le plus souvent, elle se réalise dans un centre hospitalier. Elle peut également avoir lieu, sous certaines conditions, à la maison – le ou la patient(e) est assisté(e) dans ce cas par son conjoint par exemple et une infirmière à domicile – ou dans des centres dits d'auto-dialyse. Cette solution offre un bon compromis : le patient monte sa machine lui-même mais il est aidé par une équipe médicale moins lourde qu'à l'hôpital.

La dialyse péritonéale est une autre façon d'épurer le sang d'un patient. Le principe de ce mode de traitement est d'utiliser la membrane du péritoine comme filtre. On insère un petit tube dans l'abdomen du patient (cathéter) et on laisse une des extrémités à l'extérieur de l'abdomen. Mais dans le service dans lequel je travaille on pratique uniquement l'hémodialyse.

- **Déroulement d'une séance d'hémodialyse**

Le patient est pesé avant chaque séance d'hémodialyse afin de déterminer sa prise de poids depuis la séance précédente. Après la ponction de la fistule à deux endroits différents (arrivée et sortie du sang), l'hémodialyse peut commencer. Pendant la séance de dialyse, le patient peut lire, dormir, écouter de la musique ou regarder la télévision. En fin de dialyse, il sera repesé, afin de connaître son poids sec, c'est-à-dire le poids obtenu après l'élimination de l'eau excédentaire.



- Le patient est couché à côté de l'appareil à dialyse.
- Le sang est pompé par une aiguille placée dans la fistule et envoyé vers le rein artificiel par un cathéter.
- Dans le rein artificiel, le sang est envoyé, grâce à la pompe, vers le dialyseur. C'est au sein de celui-ci que le sang entre en contact avec le liquide de dialyse, à travers la membrane semi-perméable qui assure le processus de filtration.
- Le sang filtré est ensuite renvoyé dans l'organisme par un autre cathéter.

➢ **Les nombreuses contraintes, « pertes » et douleurs morales du dialysé**

« *Cela commence par une perte réelle d'un organe vital et, en ce sens, que ce soit brutal ou préparé, toute personne qui va apprendre, d'une part, qu'elle est malade, d'autre part, que c'est une maladie mortelle sans soins, va être plus ou moins traumatisée.* »[1] En effet « *l'hémodialyse n'ayant que deux limites : la greffe et la mort* »[2]. Les patients se sentent « tenus », « coincés », « dépendants » et supportent mal cette perte d'autonomie. La fréquence et durée des séances entraînent une lassitude et un manque de temps libre. La vie et les projets sont arrêtés. Par exemple les patients peuvent difficilement partir en vacances ou en week-end car cela demande une grande organisation, d'être prévu longtemps à l'avance et de trouver un autre centre de dialyse. Ainsi il n'y a plus de place pour l'imprévu. Les patients sont généralement très fatigués après les séances de dialyse. Ils doivent suivre des régimes alimentaires (contrôler leur prise de sel, d'eau, de phosphore etc.), absorber journellement des médicaments destinés à corriger l'insuffisance en potassium et en phosphore et surveiller les prises de poids. Durant les séances de dialyse les chutes et hausses de tension sont fréquentes (dues aux variations de poids plus ou moins bien prises en compte par la machine). Les douleurs aussi : ponctions douloureuses, crampes musculaires (quand on tire trop par exemple), parfois nausées voire vomissements, céphalées… Les patients vivent mal l'attente, les retards (ambulanciers, IDE, médecins…) ; les changements (de place, d'IDE, de machine…), les imprévus (TV en panne, problème sur le générateur, la fistule bouchée…) ; le

[1] Article du **Professeur Dominique CUPA** : *L'insuffisant rénal et le psychologue*

[2] HAYNAL A., PASINI W., ARCHINARD M. (1997), *Médecine psychosomatique*, Paris, Masson, p. 127

fait d'être un parmi d'autres (quand ils passent en dernier, quand les infirmières discutent entre elles, quand l'infirmière s'occupe d'un autre patient…) ; les possibles voisinages déplaisants ; le fait d'avoir trop froid ou plus rarement trop chaud pendant la séance ; les remarques désobligeantes (« vous n'avez pas fait attention à ce que vous avez mangé »…). Parfois les patients sont en désaccord entre eux (sur un sujet extérieur). Ils ont également les soucis de la vie quotidienne. En effet les relations familiales et/ou professionnelles, et sociales sont généralement dégradées de par la maladie. La sexualité des dialysés est très souvent atteinte, avec une baisse plus ou moins prononcée de la libido, une impuissance plus ou moins complète pour les hommes, une frigidité voir une stérilité pour les femmes. Le dialysé a parfois tendance à se replier sur lui-même et est souvent très déprimé et ne veut voir personne. Quant au niveau professionnel lorsque les patients peuvent continuer à exercer leur métier et ne sont pas mis en invalidité ils sont parfois déclassés à des postes peu intéressant (« mis au placard »).

Ainsi « *comment oublier, c'est-à-dire faire un travail de deuil quand, régulièrement, la perte est redite, réactivée par la dialyse ou réactivée, d'une certaine façon, par la greffe quand le patient craint que ses résultats, par exemple, soient mauvais* »[3] et que « *le simple bien-être n'existe plus.* »[4]

- **Mon rôle auprès des dialysés**

Dans un premier temps j'ai été formée par la responsable cadre d'hémodialyse sur ce qu'était la dialyse et tout ce que cela impliquait. La psychologue que je remplace n'exerçait qu'à mi-temps sur la clinique et n'avait donc pas beaucoup de temps pour les dialysés. Elle venait uniquement sur demande de l'équipe. Mais mesurant l'étendue des contraintes et des douleurs morales des dialysés j'ai décidé de me présenter à tous. Je me suis donc présentée à 70 personnes réparties sur 4 séries (2 le matin et 2 l'après-midi). Il y a également une série le soir de 14 patients supplémentaires mais malheureusement pour l'instant je n'ai pas pu les voir à cause de l'horaire.

[3] Article du **Professeur Dominique CUPA** : *L'insuffisant rénal et le psychologue*

[4] HAYNAL A., PASINI W., ARCHINARD M. (1997), *Médecine psychosomatique*, Paris, Masson, p. 127

Ainsi j'ai expliqué mon rôle à chaque patient en leur disant que je comprenais que l'entrée en dialyse était quelque chose de difficile et qu'en tant que psychologue j'étais là pour leur permettre de parler de ce qu'ils avaient ressenti et ressentaient aujourd'hui. Je leur posais ensuite généralement quelques questions d'amorce du type « *depuis combien de temps êtes-vous en dialyse ?* » ou « *et pour vous ça se passe comment ?* ». Ensuite en fonction de la réaction qu'ils ont eue j'ai essayé d'évaluer si une demande de suivi semblait apparaître et je leur ai proposé de repasser les voir s'ils le souhaitaient. S'ils étaient réticents j'essayais d'évaluer la nature de ces résistances (véritable refus de voir un psychologue, pas de besoin ou appréhension mais demande sous-jacente ?). Depuis je circule dans le service et je « prends la température » des dialysés. Si je les sens réticents je n'insiste pas mais je leur donne la possibilité de s'exprimer sur leurs contrariétés, et d'approfondir certains sujets s'ils le souhaitent et de ne rien me dire s'ils ne le souhaitent pas. Ainsi j'ai vu émerger des demandes au bout de plusieurs passages après un « apprivoisement » mutuel. Corinne ISNARD BANGIS qui est intervenue dans le DU de psychosomatique intégrative le 08/01/10 disait que « *Redonner aux patients un espace de parole les aide déjà à mieux gérer leur stress.* » En effet « *dans l'entretien clinique, le clinicien est présent comme interlocuteur vivant et bienveillant, mais absent autant que faire ce peut dans sa problématique personnelle. Le but fondamental est de laisser parler le client* (le patient)*, de lui permettre de parvenir à parler s'il a quelques difficultés à le faire, pour qu'il dise ce qu'il a à dire, ce qu'il veut dire, ce qu'il peut dire. (...) Le clinicien doit interférer le moins possible avec ce discours tel qu'il s'organise spontanément, il doit ne pas entraver la parole, mais la faciliter. Cela suppose qu'il n'a pas de curiosité intempestive, encore moins de désir inquisiteur d'extorquer la vérité. Ce qui importe ce n'est pas seulement ce qui est dit, mais le moment où c'est dit et la manière dont c'est dit.*»[5]

J'ai également pour rôle de soutenir le personnel médical qui est le premier à recevoir l'agressivité du patient et qui malheureusement ne sachant pas toujours comment réagir a parfois tendance à la retourner contre lui-même ou contre les autres membres de l'équipe. Nous tentons donc de mettre en place avec la responsable-cadre du service une réunion mensuelle pour pouvoir aborder les divers sujets qui peuvent poser problèmes. De même la responsable-cadre envoie chaque année 6 membres du personnel pour une formation sur

[5] CHILAND Colette (1983), *L'entretien clinique*, Paris, P.U.F., p.17

l'agressivité du patient dialysé. J'ai eu la chance cette année d'en faire partie et cette formation s'est avérée très instructive.

- **L'approche psychosomatique intégrative auprès des dialysés**

Psychologue clinicienne de formation j'ai toujours pensé que la maladie pouvait être une forme d'expression d'un mal-être mais je réalise qu'avant de suivre ce Diplôme Universitaire de Psychosomatique Intégrative je ne privilégiais pas particulièrement le langage corporel ni les maladies de mes patients. J'entendais leur souffrance mais je ne m'interrogeais pas sur leur maladie et sur le rôle qu'elle pouvait avoir dans leur vie. Je comprends aujourd'hui que la maladie vient parfois compenser une absence de mots. Jean-Benjamin STORA avance « *l'hypothèse de balancements alternés du fonctionnement système psychique/système somatique tout au long de la vie des êtres humains. Le premier assurant la coordination et la cohésion de l'ensemble, le second prenant la relève lors des défaillances du premier.* »[6] En effet, l'être humain est assailli de part et d'autre d'informations, de sollicitations, de décisions à prendre etc. et cela génère chez lui des tensions. Il faut alors qu'il évacue cette surcharge pulsionnelle d'une façon ou d'une autre. La principale façon étant souvent les mots. Mais parfois les personnes n'arrivent pas à mettre de mots sur leurs affects et cette surcharge pulsionnelle prend alors d'autres chemins pour s'écouler. Cela peut-être par le biais du sport, de la relaxation, du chant… Mais parfois cela peut également prendre la voix du corps et de la somatisation.

Selon Jean-Benjamin STORA une « *déficience précoce dans les relations objectales conduit à l'arrêt du développement de la personnalité ou tout du moins à le freiner* »[7] (mauvaises relations mère/bébé, mère absente psychologiquement). Ainsi « *Les manifestations agressives sont visiblement absentes chez les enfants souffrant soit de dépression anaclitique, soit d'hospitalisme. L'absence précoce de la mère prive l'enfant de pare-excitations, et, de ce fait, il ne peut trouver de cible pour décharger ses pulsions ; 'il commence à devenir pleurnicheur, exigeant et s'accroche à toutes les personnes qui s'en approchent' (Spitz R, de la naissance à la parole, p220)* »[8]

[6] STORA J.B. (1999), *Quand le corps prend la relève*, Paris, Odile Jacob, p. 76
[7] ibid p. 157
[8] ibid p. 157

Quant à HAMER[9], il pose comme hypothèse que la maladie est la réponse appropriée du cerveau à un choc externe et s'inscrit dans le cadre d'un programme de survie de l'espèce. Il va jusqu'à donner des sens à chaque type de maladie et pour lui c'est uniquement en ayant découvert ces sens que les patients pourront guérir. Ainsi est-il très extrême et difficile à suivre dans ses convictions puisqu'il considère qu'en ce qui concerne la dialyse personne ne devrait jamais y entrer !

Haynala, Pasini et Archinard[10] conçoivent eux la santé et la maladie comme la résultante de lignes de forces, biologiques, psychologiques et sociales. La conception uni-cause des maladies a cédé la place à une perspective multifactorielle.

Selon Pierre MARTY « *L'homme est psychosomatique par définition* »[11]. Ainsi toutes les maladies peuvent être considérées comme des maladies psychosomatiques sous l'influence de forces somatiques, psychologiques, économiques, sociales, culturelles, etc. « *La psychosomatique est une approche englobant la totalité des processus de transaction entre le système somatique, psychique, social, culturel (Grinker)* »[12] « *Ce qui est cliniquement certain, c'est l'existence, chez ces individus, d'une hyposymbolisation des affects et des conflits personnels* »[13] Ces personnes fonctionnent sur un mode opératoire. « *Le corrélatif de la pensée opératoire est le 'langage dévitalisé'* »[14] Ainsi « *l'erreur présente répandue parmi les hommes est de vouloir entreprendre séparément la guérison du corps et celle de l'esprit (Platon)* »[15] souligne Jean-Benjamin STORA. Enfin J. B. STORA va plus loin avec son étude sur les transplantés cardiaques montrant qu'il existe des facteurs de risque permettant d'établir un meilleur ou un moins bon pronostic concernant un potentiel rejet de la greffe. On peut vraisemblablement faire la même étude avec les patients transplantés rénaux. Ainsi on peut établir des états d' « *indication de fragilité psychique et de danger de désorganisation somatique.* » [16] J.B. STORA propose « *de recommander dans ces cas une aide psychothérapique immédiate en vue de soutenir les instincts de vie de façon complémentaire*

---

[9] MAMBRETTI Giorgio, SERAPHIN Jean (1999), *La médicine sens dessus dessous (Et si Hamer avait raison?),*Giaveno, Edizioni Amrita

[10] HAYNAL A., PASINI W., ARCHINARD M. (1997), *Médecine psychosomatique*, Paris, Masson

[11] MARTY Pierre (1990), *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, P.U.F., p. 11

[12] HAYNAL A., PASINI W., ARCHINARD M. (1997), *Médecine psychosomatique*, Paris, Masson, p.4

[13] Ibid p. 16

[14] ibid p. 17

[15] STORA J.B. (1999), *Quand le corps prend la relève*, Paris, Odile Jacob, p. 257

[16] Article de **Jean-Benjamin STORA** *Etude épidémiologique de la psychologie des transplantés cardiaques,* p.5

au traitement médical. » [17] En effet le cerveau devra « *modifier l'image du corps pour mettre en place de nouvelles connexions destinées à relier l'organe au reste de l'ensemble somatique en vue de modifier l'ensemble des paramètres neurochimiques de son fonctionnement* »[18] et pour ce faire il faudra qu'il ait pu évacuer les surcharges pulsionnelles qui l'avaient conduit à cet état. D'autant plus que « *l'échec de la greffe et l'ablation du transplantant ont plusieurs significations pour le malade :*

- *Sa complétude, enfin rétablie, lui est à nouveau enlevée ;*
- *Son indépendance, enfin reconquise, est reperdue ;*
- *Il doit 'tout recommencer' c'est-à-dire la dépendance inconditionnelle à la machine, les privations, l'absence de bien-être, etc ;*
- *Enfin, et surtout, la menace de mort, que la greffe avait provisoirement éloignée, se rapproche.* »[19]

« *Le mécanisme neurobiologique décrit par LEDOUX fournit une explication en psychosomatique, puisque les patients somatiques sidérés par un traumatisme n'ont pas dans un premier temps accès à l'élaboration mentale, et, débordés par le quantum d'excitations, sont victimes des mécanismes neurochimiques ouvrant la voie aux somatisations* »[20].

Ainsi ai-je pu développer une nouvelle écoute chez mes patients dialysés où la maladie est au cœur de leur vie. Je prête beaucoup plus attention à leurs maux et j'essaie de trouver la place que ceux-ci ont dans leur vie. Souvent ils fonctionnent sur un mode opératoire et, comme le dit J.B. Stora, je tente de leur prêter mon « appareil à penser » pour proposer des hypothèses et tenter de mettre avec eux des mots à la place de ces maux. Cependant une fois que les reins sont enlevés on ne peut qu'espérer une greffe ou apprendre à vivre avec la dialyse. Il n'y a donc jamais de véritable guérison. Mais étant donné que la somatisation est très souvent le principal mode d'expression de ces patients, j'essaye de trouver avec eux, d'autres façons d'exprimer leur mal-être qui pourront leur permettre, j'espère, de limiter les dégâts.

---

[17] Article de **Jean-Benjamin STORA** *Etude épidémiologique de la psychologie des transplantés cardiaques,* p.5

[18] STORA J.B. (2005), *Vivre avec une greffe*, Paris, Odile Jacob, p. 55

[19] HAYNAL A., PASINI W., ARCHINARD M. (1997), *Médecine psychosomatique*, Paris, Masson, p. 124

[20] STORA J.B. (2006), *La neuro-psychanalyse*, Paris, P.U.F., p. 80

PRESENTATION DE CAS

Martine

Martine est âgée de 56 ans lors de son premier entretien avec moi. C'est une petite femme menue, très repliée sur elle-même, qui porte des lunettes et qui donne à la fois l'impression d'une vieille fille par sa façon de s'habiller et ses lèvres pincées et à la fois l'impression d'être une enfant par ses regards parfois espiègles et ses mimiques régressives. De même elle est en train de lire des bandes dessinées lorsque j'arrive. Quand je me présente à elle et que je lui explique ma fonction elle a les larmes aux yeux et semble à la fois triste et en colère. Elle n'a jamais vu de psychologue mais elle pense qu'on ne peut rien pour elle, que cela ne sert à rien. Elle m'explique qu'elle est en dialyse depuis cinq années et qu'elle se demande toujours s'il ne s'agit pas d'une erreur médicale. Elle se dit que son rein fonctionnait peut-être mal mais qu'il fonctionnait encore un peu et que si elle avait su ce que cela voulait dire vraiment elle n'aurait pas accepté qu'on le lui enlève.

Quelque temps avant la dialyse Martine a perdu quelqu'un qui lui était cher, la femme de son cousin avec qui elle travaillait dans une boulangerie et cela l'a visiblement beaucoup marquée et peinée. Quand je lui demande si elle est entourée elle me répond « *j'ai un oncle* » ce qui laisse entendre qu'il n'y a pas beaucoup de monde autour d'elle. Bien que plutôt fermée de premier abord Martine semble s'ouvrir peu à peu. Je tente une amorce en lui parlant de ses bandes dessinées et cela semble fonctionner. A la fin de l'entretien Martine sera souriante. Elle reste sur ses gardes mais quelque chose semble se passer. Je décide donc de revenir la saluer régulièrement en espérant qu'elle finisse par se sentir en confiance et pouvoir exprimer ce qu'elle a sur le cœur. Pendant longtemps elle a été très ambivalente sur mes passages. Elle me disait en général qu'elle n'avait rien à me dire mais en même temps me faisait la réflexion qu'elle trouvait que je ne passais pas souvent !

On peut peut-être alors se demander à quoi peut correspondre dans la vie de Martine la répétition de ces visites, quels événements de son passé sont-ils remémorés à cette occasion ? En effet, on verra plus loin que Martine a eu peu de contact avec sa mère biologique et peut-être que mes passages l'ont rapidement renvoyée à la relation qu'elle avait avec sa propre mère. Cela expliquerait peut-être cette ambivalence recherche/rejet. Ou alors elle me disait

que pour le moment elle n'avait pas envie de parler mais qu'un jour ça viendrait peut-être. Parfois elle me disait aller bien alors qu'elle avait les larmes aux yeux… Jusqu'au jour où elle a changé de place de dialyse ce qui améliora son confort : la machine était du bon côté par rapport à sa fistule et les fils ne passaient plus au-dessus d'elle contrairement à l'autre emplacement. Ce jour elle fut souriante pour la première fois. Elle exprima le fait qu'elle pensait ne pas avoir de choses intéressantes à dire. Je la rassurais en lui disant qu'il n'y avait pas de choses intéressantes ou pas à **dire mais uniquement ce qu'elle avait envie de dire, ce qu'elle ressentait.** .Elle m'expliqua alors son appréhension à chaque fois qu'elle venait en dialyse et sa peur des ponctions qui s'estompe une fois l'intervention terminée. Elle me dit avoir eu déjà beaucoup d'interventions médicales, c'est pourquoi elle ne veut pas de greffe et que de toute manière ce ne serait pas possible à cause de son intestin grêle qui est en très mauvais état. Elle exprimera longuement la rancœur qu'elle a ressentie vis-à-vis de son entrée en dialyse. Elle dit qu'elle ne s'y habituera jamais ce qui semble être une défense. Le fait de ne pas accepter la situation lui permet de garder une part active sur ce qui lui arrive, de ne pas se résigner. On peut même penser qu'elle éprouve un certain plaisir masochique face à ce défaitisme « on ne peut rien pour moi » entraînant le bénéfice secondaire suivant : « c'est terrible, plaignez moi ». Cela peut donc être une façon d'obtenir de l'attention. On parle alors des différentes personnes dialysées et de celles qui arrivent à « faire avec ». Je l'encourage à parler avec celles-là (en sachant qu'elle est maintenant assise à côté de deux femmes qui ont très bien intégré la dialyse et qui sont relativement épanouies). Visiblement elle va appliquer ce conseil et la dialyse va même finir par devenir pour elle une échappatoire quant à sa vie actuelle et un endroit où elle peut se permettre de rire.

Puis au bout de trois mois la patiente va me raconter son histoire : elle s'est construite avec l'idée d'être un « *accident, une erreur*». Ses parents étaient jeunes et pas prêts à avoir d'enfant mais à l'époque on ne faisait pas d'avortement me dit-elle. **Elle a été confiée à une grand-tante âgée**. Elle a quatre demi-frères et sœurs qu'elle ne voit pas. Elle a des contacts téléphoniques avec eux et avec sa mère biologique mais n'a pas de véritable lien avec eux. De son père elle ne m'en parlera pas.

A l'âge de 20 ans elle a eu une appendicectomie.

Quand elle avait 22 ans sa grand-tante est décédée et elle est partie vivre chez un oncle et sa femme. Quand je la questionne sur les liens qu'elle avait avec sa grand-tante elle reste vague et visiblement ne semble jamais l'avoir considérée comme sa **mère symbolique**. Son décès ne

semble pas l'avoir particulièrement affectée. Elle s'est mise à travailler dans une boulangerie avec la femme de son oncle. Cette personne est visiblement quelqu'un qu'elle avait énormément investie et peut-être la seule personne par qui elle se soit sentie vraiment aimée. Mais son oncle plus âgé qu'elle a, dit-elle, à plusieurs reprises dans le passé, quand elle avait une trentaine d'année, sous l'emprise d'alcool, tenté d'**abuser d'elle. Elle n'en avait jamais parlé**.

A 32 ans Martine subit une **cholécystectomie** et à 39 ans une **hystérectomie** avec annexectomie bilatérale. Depuis l'hystérectomie Martine souffre de troubles urinaires et d'une rétention vésicale chronique qui nécessite une sonde à demeure.

Martine a également, d'après son dossier médical, eu des « lithiases coralliformes bilatérales post-infectieuses, des néphrolithomies et une néphrostomie per-cutanée bilatérale ». A 49 ans on lui enlève son rein gauche.

La femme de son cousin va mourir en 2004 et **son décès a été une véritable catastrophe pour elle et correspond à son entrée en dialyse**. En effet elle entre en insuffisance rénale chronique terminale et commence l'hémodialyse à 50 ans. On lui enlève alors également son rein droit.

Son oncle a 82 ans aujourd'hui et il est, dit-elle, alcoolique, sale, ne fait rien à la maison et elle a l'impression d'être son esclave. Mais comme elle avait promis à sa femme sur son lit de mort, de veiller sur lui elle s'en sent responsable alors qu'elle préfèrerait être seule. Le seul point positif qu'elle met en avant dans sa vie d'aujourd'hui **c'est un petit chien** qu'elle a beaucoup investi. Quand elle en parle son visage s'illumine.

On essaie de voir ensemble comment elle pourrait apprendre à dire non, à s'autoriser et à se déculpabiliser. **J'essaie de l'aider à trouver et comprendre, les raisons qui la poussent à s'occuper de ce cousin** et à faire le lien qui peut exister avec les évènements marquants de sa vie. Finalement elle va prendre plus d'autonomie, accepter une femme de ménage. Elle va également lancer le projet d'avoir un chatce qui lui procure beaucoup d'amusement. Mais son oncle va se mettre à lui faire du chantage affectif. Il a du diabète et il ne mange pas ou ne boit pas assez et fait des chutes de tension. Elle essaye de ne pas se laisser atteindre mais ce n'est pas facile. De même il ne l'écoute pas et se met en danger (ex : prendre la voiture malgré la neige). Finalement après avoir pu exprimer sa colère vis-à-vis de son oncle auprès de moi elle va se rendre compte qu'elle tient quand-même à lui, qu'il lui fait une présence à elle qui ne

s’est pas mariée et qui n’a pas d’enfant. Leurs rapports semblent mieux se passer. Cependant cela reste une relation assez malsaine avec une dimension sado-masochique. En effet elle le critique beaucoup, le méprise et parfois l’affectionne et semble trouver quelque part une dimension jouissive dans le fait qu’il soit dépendant d’elle. De-même elle semble parfois se complaire dans la plainte et semble toute excitée lorsqu’elle parle des derniers « mauvais coups » que celui-ci lui a faits. Une dimension masochique est donc très présente.

Martine a du mal dans ses relations intimes. Elle n’a jamais eu de petit-ami mais elle « achète des amis » en leur faisant des cadeaux très luxueux et s’étonne de découvrir parfois qu’en réalité ils ne sont pas de vrais amis. Au fond elle est très seule.

Evaluation globale du risque psychosomatique de Martine

I- Processus et mécanismes psychiques

L’objet ne semble jamais avoir pu être correctement mis en place car dès la naissance la patiente a été privée de sa mère (premier objet d’amour) et confiée à une personne extérieure. Elle a donc été privée très tôt de l’objet et l’a peut-être vécu comme quelque chose de très angoissant d’autant plus qu’elle n’a visiblement pas investi la personne qui l’a élevée (sa grand-tante) comme le nouvel objet. **L'objet n'ayant pas été introjecté, la patiente enfant s'est repliée sur une position narcissique défensive l'isolant des autres pour pouvoir grandir.** Elle s’est construite avec l’idée d’être une erreur (noyau masochique primaire) et ne s’autorise ainsi pas vraiment à exister et survit plutôt que de vivre réellement. Elle ne sait pas non plus comment être en relation avec l’autre (position narcissique). Elle essaye « d’acheter » l’amour des autres par des cadeaux mais a ensuite le sentiment de n’être aimée que par intérêt. Il n’y a visiblement pas d’image paternelle avant ses 22 ans où elle va vivre chez son oncle et sa femme. L’oncle semblant être le seul « homme de sa vie » tout en étant son agresseur et lui confirmant l’image négative qu’elle a d’elle-même. Il y a donc eu un début de triangulation (imago paternelle) avec cet oncle pervers. La relation aux autres est la tentative répétée mille fois d'une relation externe à un Objet inaccessible. Ce qu'elle semble avoir fait dans la relation thérapeutique que j’ai essayé de développer.

Au cours de sa vie Martine a subi plusieurs traumatismes entre l'abandon de sa mère à la naissance, le décès de la femme de son oncle, les abus sexuels de son oncle. Aujourd'hui elle présente des angoisses diffuses et un fond permanent dépressif sur lequel elle semble fixée.

La patiente semble avoir utilisé alors comme mécanismes de défense un retournement sur soi (*processus par lequel la pulsion remplace un objet indépendant par la personne propre*)[21] dans un renversement dans le contraire (*processus par lequel le but d'une pulsion se transforme en son contraire, dans le passage de l'activité à la passivité*)[22]. En effet Martine s'est construite avec l'idée d'être une erreur. Au lieu d'en vouloir à sa mère de ne pas s'être occupée d'elle et de l'avoir abandonnée à la naissance, elle « justifie » son attitude en se dénigrant comme si en effet elle ne valait pas la peine d'être aimée. Par la suite Martine a utilisé par rapport à son oncle le mécanisme de défense d'identification à l'agresseur {« *Mécanisme de défense isolé et décrit par Anna Freud (1936) : le sujet, confronté à un danger extérieur (représenté typiquement 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. Selon Anna Freud, ce mécanisme serait prévalent dans la constitution du stade préliminaire du surmoi, l'agression restant alors dirigée sur l'extérieur et n'étant pas encore retournée contre le sujet sous forme d'autocritique* »}[23] Ce mécanisme a été approfondi par Sandor Ferenczi vis-à-vis des situations d'inceste. Lorsqu'un enfant cherche à obtenir de l'amour et de la tendresse et qu'on lui répond par du sexuel il se sent coupable car il désirait être touché mais pas de cette manière. Il y a eu une confusion des langues. Martine avait besoin d'affection également, qu'on l'aime, mais ce n'est pas la sexualité qu'elle attendait mais l'amour d'un père symbolique. Ainsi a-t-elle par la suite pris la position active et s'est mise à éprouver une certaine jouissance à ce qu'il soit dépendant d'elle. De même elle semble quand-même attachée à lui ce qui montre un mode masochique d'établissement relationnel à l'objet externe.

Selon la théorie que développe le professeur STORA, le défaut d'introjection de l'objet entraîne une interruption d'intégration des processus organiques et psychiques. La programmation ayant été déficiente cela ouvre la porte aux maladies par déséquilibre de l'homéostasie.

[21] LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., p. 425
[22] Ibid, p. 407
[23] Ibid, p. 190

La patiente présente des traits histrioniques (« *un comportement théâtral, hyperexpressif et dramatique qui correspond à une recherche permanente de l'attention d'autrui* »[24]. Elle présente des rires défensifs, elle est maniérée, est dans la séduction en essayant d'acheter les gens, apporte des chocolats, des cadeaux à l'équipe soignante…), un syndrome dépressif, et une tendance sado-masochique.

La patiente ne rapporte pas de rêve, elle ne s'en souvient pas, **absence ou pauvreté des représentations mentales de choses et de mots, pauvreté des chaînes associatives**. Elle ne fait pas tellement d'aller-retour entre le passé et le présent. Son préconscient ne semble pas très épais. Martine semble présenter une insuffisance fondamentale de l'appareil psychique et je lui donnerai donc la note :

➔ **3** à l'axe 1.

II- <u>Prévalence des comportements et manifestations corporelles dans la relation</u>

La patiente est très maniérée. Quand elle parle elle lève les bras en laissant retomber ses poignets et en faisant parfois quelques petits mouvements de rotation. Elle pince les lèvres, fronce les sourcils, baisse parfois ses lunettes sur son nez. De façon générale elle est très expressive et lève souvent les yeux au ciel quand elle parle. Elle est toujours très tendue, crispée. Il aurait été intéressant que j'essaye de la faire associer sur ses mimiques et ses comportements avec des évènements de vie passés pour mieux la comprendre.

Parfois elle dort ou fait mine de dormir pendant les séances de dialyse. Il lui arrive de remonter sa couverture sur sa tête lors de mes passages, comme un enfant qui se cache de son parent et montrant encore une fois toute son ambivalence vis-à-vis de moi.

En ce qui concerne la prévalence du comportement je lui donnerai donc la note :

➔ **4** (forte) sur l'axe 2

III- <u>Capacité d'expression des affects</u>

Martine a beaucoup de mal à exprimer ses affects. Parfois elle pleure, est en colère mais elle semble avoir du mal à avoir accès à ce qui réellement la fait pleurer, à y mettre des mots. Quand elle parle de sa mère, de la femme de son oncle ou de sa grand-tante il n'y a pas d'émotion partagée. Il n'y a que lorsqu'elle aborde son oncle où l'on sent toute

[24] HARDY-BAYLE M.C. (1994), *Le diagnostic en psychiatrie*, Paris, Nathan, p. 17

l'ambivalence entre l'amour et la haine. De façon générale elle n'est pas très entourée, n'a pas beaucoup d'amis, peu de relation.

Je lui donnerai donc la note :

➔ **2** (répression) sur l'axe 3.

IV- Risques liés à l'environnement

Martine a toujours eu un environnement défaillant. Elle n'a jamais vécu avec sa mère avec qui elle a pourtant encore aujourd'hui un contact de loin en loin. Elle a des demi-frères et sœurs qu'elle ne voit jamais. Elle s'est enfermée dans une bulle avec son oncle et son chien. Le chien étant un animal fidèle même lorsqu'on le maltraite et qui aime de façon inconditionnelle. On peut donc penser que celui-ci joue un rôle de pare excitation. Depuis peu elle ouvre un petit peu son espace et communique avec ses voisines de dialyse et a investi un nouvel animal (un chat). Cependant le décès de son oncle qui pourrait être relativement proche, étant donné son âge et ses problèmes de santé, risque de réveiller beaucoup de choses et de remettre en question tout cet équilibre qu'elle croit avoir. Ainsi je pense que l'environnement de Martine est instable et la fragilise et pourrait se détériorer si elle ne fait un travail d'ajustement au moment du décès de son oncle. Je crains en effet un effondrement psychologiquement à ce moment-là si l'objet d'amour/haine n'est plus là.

Je lui donnerai donc la note de :

➔ **5** (altération importante) sur l'axe 4.

Total du risque psychique : 14 → risque modéré à élevé

V- Risque somatique

Le risque somatique de la patiente est élevé. En effet elle souffre de nombreuses pathologies (problèmes gastriques, néphrologiques…) qui semblent parfois venir remplacer les mots qu'elle n'arrive pas à mettre. Le risque vital est en jeu étant donné le nombre de complications pouvant être entrainées par la dialyse.

➔ **risque élevé** sur l'axe 5.

Organisation psychique

L'objet n'est pas en place, l'épaisseur du préconscient de Martine semble faible, elle ne fait pas d'aller-retour entre le présent et le passé, n'a pas d'activité onirique, pas d'émotions associées aux souvenirs rapportés. Elle exprime parfois des émotions avec son corps (tension, pleurs) mais n'arrive pas à mettre de mots dessus. Elle présente des traits histrioniques (maniérée, « achète » l'amour par des cadeaux…), des traits de caractère obsessionnels (ne supporte pas le désordre, besoin de faire par elle-même), une souffrance morale importante et une dimension sado-masochique. L'ensemble de son unité psychosomatique est désorganisé. Elle présente un risque élevé d'un point de vue somatique avec un enjeu vital.

L'ensemble de son organisation psychique laisse penser que Martine présente un trouble narcissique du soi, de l'identité et du comportement avec une insuffisance originelle du préconscient, une inorganisation. Cela fait penser à **une névrose de comportement à dimension traumatique**. En effet elle a souffert de nombreux traumatismes comme l'abandon par sa mère à la naissance, les abus sexuels de son oncle, le décès de la femme de son oncle et son entrée en dialyse.

Martine est très fragile, elle a besoin de soutien pour pouvoir s'autoriser à vivre et non pas uniquement survivre, s'autoriser à avoir des plaisirs, des envies ! Ses défenses sont très fortes, mais cependant elle semble finalement très réceptive à mes passages et a quand-même encore de bonnes pulsions de vie. D'un point de vue somatique son état est grave mais un certain maintien est possible. On ne pourra évidemment pas la guérir mais faire en sorte qu'elle se stabilise et qu'elle trouve des aménagements dans sa vie, malgré la dialyse.

En conclusion, Martine est une « petite fille » dont le processus de maturation a été entravé et stoppé précocement. On peut noter l'incomplétude de l'identité psychique sexuelle féminine et la relation possible avec ses troubles somatiques atteignant précisément la sphère uro-génitale.

TABLEAU RECAPITULTIF DES EVALUATIONS DE RISQUE	
Diagnostic SF	Névrose de comportement à dimension traumatique
Risque mécanismes psychiques	3
Risque lié aux comportements	4
Risque lié à l'expression des affects	2
Risque lié à l'environnement	5
Risque psychique global	14
Risque somatique	Elevé

RESULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE

Nom :

Prénom : Martine

Date de naissance : 25/06/54

Date de l'examen clinique : 09/09

L'EXAMEN CLINIQUE PREND EN CONSIDERATION LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT DE L'UNITE PSYCHOSOMATIQUE **1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, LES MANIFESTATIONS CARACTERIELLES, DE COMPORTEMENT, LES ACTIVITES SUBLIMATOIRES, ETC.** **2. LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS** **3. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS** **4. LE RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT familial et professionnel**	
1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES **1. Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent –passé, Capacité d'élaboration;** **2. Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations** **3. Insuffisance; vie et pensée**	L'objet n'est pas présent. La patiente présente une forte dimension sado-masochique sur un mode passif. Elle a souffert de nombreux traumatismes (abandon à la naissance, abus sexuels, décès de la seule personne auprès de laquelle elle semble s'être investie et son entrée en dialyse). Ses mécanismes de défense sont le retournement contre soi, le renversement en son contraire et l'identification à l'agresseur. Etant donné la faible épaisseur du préconscient, l'incapacité de la patiente à faire des allers-retours entre le présent et le passé, l'absence d'activité onirique, l'absence de lien entre ses pleurs, plaintes, et ses émotions, on peut penser que la patiente

opératoire **4. Désorganisations au cours de dépression essentielle**	fonctionne sur un mode opératoire (3)
2. PREVALENCE DES COMPORTEMENTS **1. comportement contrôlé et intégré**. **2. Faible. 3. Moyenne. 4. Forte.**	La prévalence des comportements est forte. (4)

3. CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS **1. Richesse des affects bien intégrée** **2. Répression des affects,** **3. Alexithymie**	La capacité d'expression des affects est faible. En effet la patiente ne met pas d'émotions sur les expériences désagréables qu'elle rapporte, même lorsqu'elle pleure il ne semble pas y avoir d'émotions associées. Cette pauvreté de manifestations émotionnelles est fortement révélatrice de la carence maternelle des premiers temps de la vie. Répression des affects (2)
4. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT : Nature de l'environnement. **Environnement familial et environnement professionnel.** L'examen évalue les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes). **1. Niveau très satisfaisant, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d'intensité**	Le risque lié à l'environnement est important, en effet l'altération est importante et ce depuis toujours. Elle a été placée à la naissance chez une personne âgée qu'elle n'a pas investie comme le nouvel objet. Elle vit à l'heure d'aujourd'hui dans une bulle. Ses seules relations affectives sont son oncle et son chien qui jouent manifestement un rôle de pare-excitation. Elle semble commencer légèrement à l'élargir ses relations avec ses voisines de dialyse mais elle présente des résistances au changement. De même le décès de son oncle (objet à la fois d'amour et de haine) qui risque d'être proche étant donné son âge et ses problèmes de santé pourrait remettre en question le « pseudo » équilibre qu'elle semble avoir aujourd'hui. (5)

moyenne, 5. Altération importante, 6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire, 7. incapacité durable de fonctionnement autonome	

DIAGNOSTIC SELON LA NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE: Névrose de comportement vs névrose traumatique

Evaluation du Risque Psychique
(14) Risque élevé à très élevé
Absence de risque
Risque faible à modéré
Risque modéré à élevé
Risque élevé à très élevé

Evaluation du risque somatique	
5 niveaux : - Risque très élevé - Risque élevé - Risque moyen - Risque faible - Absence de	Entant donné l'importance des problèmes néphrologiques et gastriques de Martine on peut penser que le risque de réponse somatique est élevé avec un risque vital en jeu

risque	
Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique	
* Sujet à risque élevé – instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée * Sujet à risque moyen – possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible. * Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation * Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.	Martine semble être un sujet à risque élevé avec une instabilité globale de l'unité psychosomatique. En effet elle présente à la fois un risque d'un point de vue de son organisation psychique et d'un point de vue somatique. Elle semble présenter un trouble narcissique du soi, de l'identité et du comportement avec une insuffisance originelle du préconscient, une inorganisation. De même sa dimension psychique féminine est incomplète. Cela fait penser à une névrose de comportement à dimension traumatique. En effet Martine a souffert de nombreux traumatismes (abandon par sa mère à la naissance, abus sexuels de son oncle, décès de la femme de son oncle, entrée en dialyse) et d'une carence maternelle.

SURUGUE Clémence

Simone

Quand je rencontre Simone, elle est âgée de 66 ans mais donne l'impression d'être une plus vieille dame avec ses cheveux gris et ses petites lunettes rectangles. Cela dit c'est une très belle femme, très coquette, très souriante, avec de beaux yeux bleus. Elle dégage quelque chose de très mondain et de respectueux. Elle se tient bien droite (même allongée dans son lit de dialyse), articule distinctement, est toujours bien habillée, bien maquillée. Elle parle facilement de la pluie et du beau temps en salle d'attente avec les autres patients. Je me présente à Simone comme je l'ai fait avec tous les patients de dialyse. Mais étant donné le nombre de dialysés (70) et les patients des autres services (200 lits) auprès desquels je suis également appelée, je ne peux pas me permettre de passer autant de temps que je le voudrais auprès de chacun. Ainsi si je ne sens pas de demande je ne pousse pas très loin mon investigation. Simone me semblait aller bien, être de nature optimiste et me dira avoir bien intégré la dialyse dans sa vie. Cela fait trois ans qu'elle a commencé. Elle se dit bien entourée par un mari très présent. Ils ont une fille d'une quarantaine d'année et un petit-fils de 13 ans. Elle fera allusion à des problèmes de santé qu'elle a depuis toujours expliquant le fait que la maternité était compliquée et qu'elle n'ait fait qu'un enfant. Mais la trouvant a priori plus solide que les autres patients (je me suis laissée prendre pas l'un de ses mécanismes de défense qui est le déni exprimé par un positivisme) et n'ayant pas encore commencé le DU de psychosomatique qui aurait fait résonner en moi cette phrase « *j'ai des problèmes de santé depuis toujours* », je conclus que cette patiente n'est à priori pas en demande de suivi psychologique et je ne vais pas plus loin. Je n'avais donc pas particulièrement décidé de la revoir mais lors d'un entretien approfondi avec sa voisine de chambre j'irai tout de même la saluer et elle exprimera le fait qu'elle ne parle pas beaucoup et qu'elle se rend compte que c'est dommage, que ça pourrait lui faire du bien comme cela semble avoir fait du bien à sa voisine. Elle m'explique qu'elle fait des chutes sans explication et qu'elle trouve cela très difficile d'accepter de perdre en autonomie. De là je vais commencer à venir la voir régulièrement et il se trouve qu'en réalité elle n'a aucune difficulté à parler, il suffit de l'écouter, et qu'elle en a même un grand besoin.

Lorsque je revois Simone elle s'est cassé le poignet et l'équipe soignante ne s'en est rendu compte qu'au bout d'une semaine alors qu'elle vient en séance de dialyse quatre heures trois

fois par semaine. Simone ne se sent pas écoutée, mais on constate ici qu'elle-même ne s'écoute pas et qu'elle ne s'est pas plainte ! On verra au fil des entretiens que c'est une notion à laquelle elle a appris à renoncer. De façon générale elle ne demande jamais rien à personne, quand elle est en dialyse elle ne sonne jamais. Un jour je la trouve dans le noir et lui demande si c'est volontaire et elle me dit que non, qu'elle trouve la lumière principale trop forte pour regarder la télévision mais que sa lampe de chevet ne marche pas et qu'elle n'a pas osé demander aux infirmières d'ouvrir les stores. En réalité sa lampe de chevet était débranchée et ouvrir les stores ne prenait qu'une minute… Cela était donc facile de lui apporter un confort mais encore fallait-il qu'elle le demande La patiente dit souvent qu'en temps normal elle positive mais que là elle n'y arrive plus, qu'elle n'a « *plus envie d'avoir envie* ». Elle prend la moitié d'un médicament le soir pour pouvoir dormir (Lexomil). Je l' « autorise » à craquer en lui disant que parfois cela fait du bien et que c'est même nécessaire. Elle associe sur le fait que cela n'a jamais été possible car sa mère ne supportait pas qu'on parle de maladie tout comme sa fille unique. En effet, dès la naissance Simone a eu des soucis hépatiques avec de l'hypertension (« hypertension portale congénitale sur thrombose portale avec cavernome portal pédiculaire », splénectomie en 1953) Elle faisait des hémorragies : saignements par la bouche et les selles (en moyenne une fois par an). Elle ne se rappelle pas d'événements associés. Elle n'a plus eu de soucis de ce côté-là depuis quelques années mais elle ne se rappelle pas exactement depuis quand (début de la dialyse ? Décès de la mère ?). Elle a en quelque sorte toujours été malade. Son dossier médical est impressionnant : Oesogastrectomie polaire supérieure en 1959 pour varices œsophagiennes rompues ; résection du grêle en 1965 pour occlusion intestinale ; plusieurs épisodes de rectorragies en rapport avec des varices coliques (dernier épisode en 1998) ; angiocholite sur lithiase de la voie biliaire en mai 2005 ; ablation des deux calculs par sphinctérotomie endoscopique ; plusieurs épisodes de thromboses veineuses sans anomalie de l'hémostase (dernier épisode en février 2007) ; calciparine au long cours ; insuffisance rénale chronique secondaire à une néphropathie lithiasique ; rein gauche atrophique non fonctionnel ; rein droit avec coralliforme. Plusieurs séances de lithotripsie, sonde JJ, empierrement uréthéral droit. IRC terminale traitée par hémodialyse itérative depuis l'été 2007 sur cathéter de Canaud en raison de la thrombose précoce du greffon PTFE huméro-axillaire gauche. Octobre 2007 : septicémie à E. Coli contemporaine d'une colite œdémateuse diffuse de cause indéterminée. Hospitalisation du 22/06/09 au 06/07/09 pour AVC ischémique occipital gauche sans cause retrouvée. Hémianopsie temporale droite et troubles mnésiques légers séquellaires. Hospitalisation du

28/12/09 au 06/01/10. 2ème épisode de bactériémie à E. COLI en 18 mois. La porte d'entrée est digestive plutôt colique que biliaire}

Simone est la deuxième d'une fratrie de cinq enfants. Sa sœur ainée et celle juste après elle ont toujours été très jalouses d'elle car étant malade elle méritait plus d'attention/soins. Mais en réalité sa mère ne supportait pas la maladie, ne la réconfortait pas et ne voulait même pas en entendre parler. Elle a donc un vécu d'injustice et d'insécurité. Avec les années cela s'est aggravé et ses deux sœurs ont coupé définitivement les ponts avec elle, ainsi qu'avec son autre petit frère et avec sa petite sœur au décès de leur mère. Elles ont, dit-elle, pris tout ce qu'il y avait à prendre de l'héritage de la mère. Visiblement cette blessure n'est pas cicatrisée. En ce qui concerne son petit frère et son autre petite sœur, même s'ils ne sont pas en mauvais termes, ils ne sont pas très proches non plus. Le frère est né rachitique et à l'heure d'aujourd'hui il a des soucis de santé à cause de cela et a un fils handicapé qui lui demande beaucoup d'attention. Quant à sa petite sœur elle ne parle que d'elle dit-elle, et « *de ses problèmes qu'elle se crée* ». Elle n'est donc proche d'aucun de ses frères et sœurs. Sa fille à l'âge de 18 ans est rentrée en conflit avec son mari et elle. De ses 20 ans à ses 22 ans, sa fille et son mari ne se sont pas adressé la parole. Elle devait alors servir d'intermédiaire. Aujourd'hui sa fille a environ 42 ans et a un fils de 14 ans. Elle trouve que sa fille ne donne pas assez de nouvelles et ne vient jamais la voir. Elle se dit tout le temps que c'est parce qu'elle ne supporte pas la maladie, qu'elle est comme sa mère… Pourtant quand je la questionne sur la réciprocité (donne-t-elle des nouvelles à sa fille ?) elle avouera qu'elle ne le fait pas non plus elle et attend passivement que sa fille se manifeste, estimant que c'est à elle de le faire. Mais elle n'a jamais exprimé ses attentes à sa fille. De façon générale elle a eu beaucoup de conflits non exprimés Elle n'a jamais cherché à savoir pourquoi sa fille était en conflit avec son mari et elle, pourquoi elle ne voulait plus parler du tout à son père. Sa fille peut donc avoir le sentiment qu'elle ne s'intéresse pas à elle ce qui peut expliquer le peu de contact qu'elle donne. De même dans le conflit avec ses sœurs elle me dit qu'elle n'a jamais compris ce qui s'était réellement passé et pourtant elle ne leur a jamais (!!) posé la question… Il semblerait que Simone ne sache pas comment en parler, comment aborder les choses. Quand elle parlait petite de ses problèmes, sa mère n'était visiblement pas présente ni disponible. Elle s'est donc construit une personnalité évitante (selon la terminologie de Bernard GOLSE): ne pas demander de soutien car de toute façon on n'en a pas. Elle n'a donc pas d'explications, un sentiment d'injustice et personne à qui en parler. Elle a donc un grand sentiment de solitude. Son mari a des points communs avec elle, ce qui leur a permis de se

comprendre. Il a aussi appris à ne pas se plaindre et a eu une mère peu disponible. Mais du coup, il ne sait pas non plus écouter et ne peut pas lui apporter de soutien lorsqu'elle a besoin de parler, besoin qui semble se re-manifester à l'heure d'aujourd'hui. Cependant il fait beaucoup d'autres choses et est très présent pour elle. Simone aussi a appris à ne rien dire, ne rien demander (résilience). Elle me dit que c'est la première fois qu'elle a l'impression de perdre le contrôle émotionnellement mais je la rassure en lui disant que c'est une bonne chose qu'elle ait enfin pu exprimer tout ce qu'elle avait sur le cœur et qu'elle pourra continuer à le faire lors de mes passages. Elle acquiesce en souriant.

On travaillera ensemble sur sa relation avec sa fille et au fur et à mesure elle apprendra à lui parler et celle-ci se montrera très réactive et très présente (comme si elle avait toujours attendu que sa mère lui exprime le fait qu'elle ait besoin d'elle).

La période des fêtes fut, comme pour beaucoup de personnes, une période difficile, car elle rappelle les absents, souligne les dysfonctionnements familiaux. Sa tension était en baisse et elle se sentait fatiguée. On reparlera donc du conflit avec ses deux sœurs qui n'est pas du tout cicatrisé d'autant plus qu'il s'est avéré qu'au décès du père, la mère aurait montré une préférence justement pour ces deux là et que leur jalousie ne semblait donc pas du tout justifiée. De même elles se sont partagé tout l'héritage au décès de la mère et ont coupé les ponts avec les autres. La patiente n'arrive ni à comprendre ni à accepter cela, même si cela fait plus de 10 ans. Pourtant elle ne veut pas essayer une dernière tentative pour comprendre comme par exemple envoyer une lettre car elle est convaincue que ça ne servirait à rien et qu'elle se ferait encore rejeter. Ainsi puisqu'elle semble réellement convaincue de cela j'essaie de l'aider à faire le deuil de ces relations. Elle reparlera également de son mari qui s'est fait une carapace et qui semble être devenu insensible à beaucoup de choses. Elle m'explique qu'au début de leur mariage ils vivaient chez sa belle-mère mais qu'au bout de 3 mois elle les a mis dehors. Elle était méchante avec tout le monde sauf avec sa fille. Quand Simone fut enceinte elle lui aurait même souhaité sa mort. Aujourd'hui cette dame a la maladie d'Alzheimer et est de plus en plus méchante même avec sa propre fille qui pourtant s'en occupe beaucoup.

Simone est toujours fragile, elle a refait une chute importante qui a entraîné une longue hospitalisation en médecine. Depuis elle est en convalescence dans une institution de soins de suites. Là-bas elle a rencontré une femme « comme elle » et elles s'apportent beaucoup toutes les deux.

Evaluation globale du risque psychosomatique de Simone

I- Processus et mécanismes psychiques

La relation d'objet n'est pas bien mise en place. Mary AINSWORTH a beaucoup travaillé sur l'observation de familles en milieu naturel et décrit différents types de relations entre les mères et leurs enfants. Aux USA, elle travaille avec BOWLBY sur la théorie de l'attachement et décrit la situation expérimentale de Strange situation, qui sera formalisée en 1978. Elle évalue la situation entre le bébé et la mère entre 9-10 mois. Elle met en scène des séparations et des retrouvailles. Elle travaillera ensuite avec Mary MAIN et approfondira son étude sur les relations mères/bébés.[25] Selon sa terminologie on peut penser que Simone a eu une mère « insecure » et s'est construit une personnalité « évitante ». En effet n'ayant jamais été rassurée par sa mère elle n'a pas pu s'appuyer sur elle. Ainsi a-t-elle « arrêté » d'attendre une réassurance de sa part et évite de demander quoi que ce soit. Ainsi l'objet existe mais il ne semble pas y avoir de réelles interactions possibles avec lui.

Ainsi le noyau masochique de Simone a donc dû être exacerbé. En effet, dans un processus normal, il se construit par l'apprentissage de la frustration. Par exemple l'enfant a faim, il pleure, et sa mère lui explique de loin qu'elle arrive, qu'elle est en train de préparer le biberon. Elle lui apprend à patienter. Mais lorsqu'une mère n'arrive jamais, selon Bernard GOLSE, le masochisme devient une habitude de vie. En effet Simone ne se plaint jamais, ne demande jamais d'aide. Elle a eu de nombreux conflits douloureux dans sa vie avec des personnes qui lui étaient ou sont encore chères mais malgré cela elle n'a jamais pu leur demander des explications et essayer de comprendre ce qui n'allait pas ce qui lui aurait permis peut-être de redresser le tir, d'apporter sa version, de faire un ajustement… Elle a renoncé à comprendre. Comme un petit enfant peut renoncer à obtenir ce qu'il attend lorsque cela n'arrive jamais. Et la mère de Simone semble, selon ses dires, avoir été assez distante, peu rassurante, peu à l'écoute de sa fille.

Simone prend soin d'elle et de son image mais a pourtant un grand manque de confiance en elle. Elle a tendance à être effacée, à se faire la plus discrète possible.

Simone dit rêver mais oublier ses rêves très vite. Elle parle facilement de son enfance, arrive à faire quelques allers retours entre le passé et le présent mais a du mal à exprimer

[25] D'après le cours de Bernard GOLSE dans son DU de psychiatrie infantile

les affects associés à ses souvenirs. Elle semble s'être construit une façade, un faux-self où elle essaie de donner l'impression que tout va bien. C'est comme une carapace. Mais lorsqu'elle se met à parler de son enfance, elle semble redevenir la petite fille qu'elle a été qui aurait besoin d'être écoutée, consolée.

Simone a en quelque sorte toujours été malade {soucis hépatiques avec de l'hypertension, saignements inexpliqués par les selles (rectorragies) et par la bouche (hémoptisies)}. On peut se demander alors quelle place avait la maladie pour Simone ? A-t-elle souffert du manque d'attention de sa mère au point que son équilibre psychosomatique en ait été débordé et de s'en rendre malade ? Mais il peut aussi s'agir de problèmes d'intégration somatique au cours du développement avec des points de fixation somatique. Etant donné qu'il s'agit de la sphère gastro-intestinale on peut émettre l'hypothèse d'une carence maternelle dans l'apprentissage sphinctérien compte tenu des enfants qui ont suivi Simone (fratrie nombreuse).

Le mécanisme de défense principal de Simone est le déni (exprimé par un positivisme). Simone semble à dominance anale dans un fonctionnement d'apparence masochique. Elle tente de contrôler son corps, de s'auto-convaincre qu'elle va bien, d'avoir une emprise sur les visites de sa fille et de son petit-fils sans pour autant le leur exprimer… Elle est beaucoup dans la plainte, même lorsque sa fille vient la voir. Elle est capable de me dire trois jours après avoir vu sa fille « *vous voyez elle ne m'a pas donné de nouvelles depuis* » comme si cela faisait une éternité, et qu'elle n'allait plus jamais lui donner de nouvelles, et comme si de son côté elle ne pouvait pas prendre les devants et était obligée de rester dans une position passive, une position de victime. Il y a donc un certain plaisir à avoir mal puisque cela peut entraîner le bénéfice secondaire d'être plainte. Le plaisir du déplaisir. Cependant chez Simone le masochisme est un masochisme primaire car c'est au cours de son développement qu'elle a manqué d'attention et s'est mise à répondre à ce manque d'attention par une fausse « acceptation » de ces non-réponses.

Simone a une capacité de remémoration du passé, arrive plus ou moins à faire des allers-retours entre le présent et le passé mais a encore beaucoup de mal à élaborer. Ainsi je lui donnerai la note 2 (irrégularité du fonctionnement mental) sur l'axe 1.

II- Prévalence des comportements et manifestations corporelles dans la relation

Simone semble avoir toujours eu du mal à se faire entendre et cela semble avoir entraîné un débordement émotionnel. Ainsi cette surcharge s'est vraisemblablement exprimée à travers le corps et la maladie. En effet Simone somatise beaucoup et depuis toujours. On pourrait penser qu'inconsciemment il s'agissait d'une façon de tenter d'attirer l'attention coûte que coûte de sa mère. Mais selon la théorie de J.B. STORA il s'agirait plutôt d'une surcharge pulsionnelle ayant entraîné un déséquilibre psychosomatique et une résolution de la pulsion par la maladie.

Simone a toujours été autonome et très active. Elle aimait préparer les repas, faire ses courses, se balader. Simone a une silhouette fine et elle donne une impression globale plutôt dynamique. Elle fonctionnait donc plutôt sur un mode opératoire. Mais depuis ses nombreuses chutes elle ne peut plus faire tout comme avant et cela semble énormément la contrarier et remettre en question son équilibre psychosomatique.

Prévalence du comportement : 3 (moyenne)

III- Capacité d'expression des affects

Simone semble incapable d'exprimer ses affects. Elle parle du fait que sa mère n'était pas disponible pour elle petite et ne supportait pas la maladie mais elle ne dit pas ce que ça lui faisait, ce qu'elle ressentait.

2 : répression des affects.

IV- Risques liés à l'environnement

Simone montre une mère défaillante, qui n'est pas à l'écoute de sa fille, pas disponible, l'ayant conduit à un comportement d'évitement. Malgré ses nombreux problèmes somatiques elle a toujours eu l'impression qu'on ne s'occupait pas d'elle. On constate l'absence du père dans le discours de Simone. En effet il ne semble pas avoir tenu son rôle de triangulation et Simone semble être restée à des stades archaïques de développement et n'a sans doute jamais atteint le complexe d'Oedipe (fixations prégénitales). La grande rivalité exprimée par ses 2 sœurs envers elle alors qu'elle a toujours pensé qu'elle n'avait

pas lieu d'être a confirmé son vécu d'injustice. Le risque lié à l'environnement à cette époque était très fort. Ensuite elle s'est réajustée avec un mari auquel elle pouvait s'identifier dans quelque chose de l'ordre de la fusion, substitut d'objet externe. Pourtant elle a beaucoup souffert du comportement de sa belle-mère qui n'acceptait guères qu'elle prenne « sa place ». Simone a ensuite projeté sur sa fille les traits de caractère de sa mère. Cela prolonge en quelque sorte de façon passive sur un mode archaïque la relation masochique qu'elle avait avec celle-ci. A l'heure d'aujourd'hui l'équilibre environnemental semble plus stable et les relations se passent mieux mais Simone en est tellement dépendante que sa survie en dépend. Ainsi le risque lié à l'environnement est quand même majeur.

➔ Altération importante : 5

<u>Total du risque psychique</u> : 12

V- <u>Risque somatique</u>

La maladie a toujours été présente avec Simone. Elle a commencé par des problèmes hépatique et d'hypertension, puis d'intestins allant jusqu'à des saignements. Tout cela a conduit petit à petit à des problèmes de rein imposant la dialyse, survie de la patiente. Selon la théorie enseignée par J.B. STORA, la somatisation est créée par le défaut précoce d'intégration des fonctions somatiques par le SNC constituant de ce fait une zone importante de vulnérabilité mettant Simone dans des positions probables de désorganisation progressive à terme, car il existe une grande "inorganisation de la psyché".

Le risque somatique est donc très élevé et présent depuis toujours de façon crescendo.

<u>Organisation psychique</u>

Simone semble être restée à des stades archaïques du développement, du type stade anal. En effet elle n'a pas pu se génitaliser ni arriver au complexe d'Oedipe car il n'y a pas eu de triangulation par le père et qu'elle est restée en fusion avec la mère. Mais comme cette mère ne répondait pas à ses plaintes elle s'est construite sur un mode d'apparence masochique où elle auto-prolonge cette « maltraitance » en ne demandant pas ce dont elle a besoin (aide

auprès des infirmières, visites de sa fille) et en accusant les personnes de ne pas être présentes alors qu'elle ne leur a rien demandé. Son mécanisme de défense principal est le déni.

Ainsi Simone est dans une névrose actuelle (échec de la constitution de la névrose infantile). Il s'agit d'une névrose mal mentalisée du type névrose de destinée avec absence d'intégration des satisfactions passives. C'est un état de souffrance sans objet, sans désirs et sans modification à l'occasion de la maladie qui ne devient pas objet d'investissement.

TABLEAU RECAPITULTIF DES EVALUATIONS DE RISQUE	
Diagnostic SF	Névrose de comportement d'apparence masochique
Risque mécanismes psychiques	2
Risque lié aux comportements	3
Risque lié à l'expression des affects	2
Risque lié à l'environnement	5
Risque psychique global	12
Risque somatique	Elevé

RESULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE

Nom :

Prénom : Simone

Date de naissance : 04/01/1943

Date de l'examen clinique : 09/09

L'EXAMEN CLINIQUE PREND EN CONSIDERATION LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT DE L'UNITE PSYCHOSOMATIQUE **5. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, LES MANIFESTATIONS CARACTERIELLES, DE COMPORTEMENT, LES ACTIVITES SUBLIMATOIRES, ETC.** **6. LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS** **7. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS** **8. LE RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT familial et professionnel**

4. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, **1. Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent –passé, Capacité d'élaboration;** **2. Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations** **3. Insuffisance; vie et pensée opératoire** **4. Désorganisations au cours de dépression essentielle**	L'objet n'est pas correctement mis en place. Elle ne peut pas s'appuyer sur autrui. Simone a eu une mère peu disponible et a donc pris l'habitude de ne plus rien demander ce qui donne une apparence masochique. Sons mécanisme de défense principal est le déni sous forme de positivisme. La patiente a une capacité de remémoration du passé, fait quelques allers-retours entre le présent et le passé mais n'a aucune capacité d'élaboration. Elle est incapable de mettre des émotions sur ce qu'elle raconte. Simone semble avoir toujours fonctionné sur un mode plutôt opératoire. Irrégularités du fonctionnement mental, débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitation ou répression des représentations (2)

2. PREVALENCE DES COMPORTEMENTS **1. comportement contrôlé et intégré**. **2. Faible. 3. Moyenne. 4. Forte.**	La prévalence des comportements est relativement importante. (3)

3. CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS **1. Richesse des affects bien intégrée** **2. Répression des affects,** **3. Alexithymie**	La capacité d'expression des affects est faible. Bien que Simone parle relativement facilement de son enfance elle semble ne pas pouvoir accéder aux émotions qui y sont rattachées. Répression des affects (2)
4. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT : **Nature de l'environnement** **Environnement familial et environnement professionnel.** L'examen évalue les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes). **1. Niveau très satisfaisant, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d'intensité moyenne, 5. Altération importante, 6. Altération majeure**	Le risque lié à l'environnement est important. Il était déjà très important lorsqu'elle était enfant puisque visiblement elle a répondu de façon somatique toute jeune. Elle s'est construite une personnalité « évitante » (selon la terminologie de B. GOLSE dans son DU de psychiatrie infantile). Ainsi elle ne demande pas d'explications aux personnes qui se fâchent avec elle, et reste avec son sentiment d'incompréhension et de solitude car sans doute lorsqu'elle demandait des explications enfant elle n'en avait pas. Elle a donc renoncé (résilience). Elle est bien entourée à l'heure d'aujourd'hui par son mari, sa fille et son petit-fils mais en attend toujours plus sans rien demander… Elle est donc très dépendante de son environnement. (5)

conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire, 7. incapacité durable de fonctionnement autonome	

DIAGNOSTIC SELON LA NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE: névrose de destinée avec absence d'intégration des satisfactions passives

Evaluation du Risque Psychique
(12) Risque modéré à élevé
Absence de risque
Risque faible à modéré
Risque modéré à élevé
Risque élevé à très élevé

Evaluation du risque somatique	
5 niveaux : **Risque très élevé** **risque élevé** **risque moyen** **risque faible** **absence de risque**	Simone a toujours été malade ce qui tend à montrer que la réponse somatique a toujours été une réponse privilégiée. Ainsi a-t-elle cumulé des problèmes hépatiques, d'intestin, de tension élevée l'ayant finalement conduite à des problèmes de rein et à la dialyse. Le risque somatique est donc très élevé avec enjeu vital.

Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique	
* Sujet à risque élevé – instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée * Sujet à risque moyen – possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible. * Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation * Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.	Simone semble être restée à des stades archaïques du développement, du type stade anal. En effet elle n'a pas pu se génitaliser ni arriver au complexe d'Oedipe car il n'y a pas eu de triangulation par le père et qu'elle est restée en fusion avec la mère. Mais comme cette mère ne répondait pas à ses plaintes elle s'est construite sur un mode d'apparence masochique où elle auto-prolonge cette « maltraitance » en ne demandant pas ce dont elle a besoin (aide auprès des infirmières, visites de sa fille) et en accusant les personnes de ne pas être présentes alors qu'elle ne leur a rien demandé. Ainsi Simone est dans une névrose de destinée avec absence d'intégration des satisfactions passives

SURUGUE Clémence

CONCLUSION

L'approche psychosomatique intégrative permet un nouveau regard sur les malades car elle prend en compte l'individu dans sa globalité à la fois d'un point de vue somatique, psychologique et neurologique. Ainsi lorsqu'on s'intéresse à des malades chroniques comme les dialysés où la maladie fait partie intégrante de leur vie cette approche prend encore plus sens.

Quand le patient parle de sa maladie il parle de lui, quand la maladie se manifeste, elle parle du patient.

Selon Freud les rêves sont la « voie royale qui mène à l'inconscient » mais lorsque les patients fonctionnent sur un mode opératoire ou lorsqu'ils ont une faible capacité d'élaboration, qu'ils font peu d'aller-retour entre le passé et le présent et qu'ils présentent une pauvreté du système d'association, la maladie peut également devenir une « voie royale » pour les comprendre et remettre en route le système associatif. En effet en psychosomatique il s'agit de prêter son appareil à penser les pensées et de permettre aux patients de se névrotiser et de tenter de dépasser les stades auxquels ils ont pu éventuellement rester bloqués.

Selon la théorie du professeur J.B. STORA, les défauts précoces d'intégration des processus organiques et psychiques par le SNC constituent des zones de vulnérabilité mettant les patients dans des positions probables de désorganisation qui ouvrent la porte aux maladies par déséquilibre de l'homéostasie s'ils ne sont pas aidés. Or, actuellement les traitements médicaux sont « standardisés », c'est-à-dire ne tiennent en général pas compte de la singularité de chaque cas. Mais grâce à la grille d'observation et de diagnostic psychosomatique établie par le professeur Stora, les dysfonctionnements psychiques peuvent être repérés et pris en compte. Le score de risque obtenu en complément des facteurs pronostiques médicaux peut ainsi alerter et inciter à un soutien psychologique ou rassurer.

BIBLIOGRAPHIE

ANGEL P. et MAZET P. (2004), *Guérir les souffrances familiales*, Paris, P.U.F.

CHILAND Colette (1983), *l'entretien clinique*, Paris, P.U.F.

DECHERF G. (2003), *Souffrances dans la famille*, Paris, In Press

DROUET Marie et ROUYER Michelle (1998), *L'enfant violenté (des mauvais traitements à l'inceste)*, Paris, Presse de Jouve

FERENCZI Sandor (1974), *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, Paris, Petite bibliothèque Payot

FREUD A. (1949). *Les mécanismes de défense*, Paris, P.U.F.

FREUD S. (1967). *L'interprétation des rêves*, Paris, P.U.F.

HARDY-BAYLE M.C. (1994), *Le diagnostic en psychiatrie*, Paris, Nathan

HAYNAL A., PASINI W., ARCHINARD M. (1997), *Médecine psychosomatique*, Paris, Masson

IONESCU S., JACQUET M.-M., LHOTE C.(1997), *Les Mécanismes de défense, Théorie et Clinique*, Paris, Nathan

LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, P.U.F.

LEHONGRE Hélène (2010), *Gérer l'agressivité en service d'hémodialyse,* Paris, Echosanté

MAMBRETTI Giorgio, SERAPHIN Jean (1999), *La médicine sens dessus dessous (Et si Hamer avait raison?),*Giaveno, Edizioni Amrita

MARTY Pierre (1990), *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, P.U.F.

OLIVIER Christiane (1998), *L'Ogre intérieur (Da la violence personnelle et familiale)*, Paris, Fayard

PERONNE Reynaldo et NANNINI Martine (1995), *Violence et abus sexuels dans la famille (une approche systémique et communicationnelle)*, Paris, E. S. F.

SAVOUREY Michèle (2002), *Re-créer les liens familiaux*, Lyon, Chronique Sociale

STORA J.B. (1999), *Quand le corps prend la relève*, Paris, Odile Jacob

STORA J.B. (2005), *Vivre avec une greffe*, Paris, Odile Jacob

STORA J.B. (2006), *La neuro-psychanalyse*, Paris, P.U.F.

Article du **Professeur Dominique CUPA** : *L'insuffisant rénal et le psychologue*

Article de **Françoise DAUNE** *Soma-psyché : une unité interrogée par la maladie,* dans le journal des psychologues N°275 mars 2010, dossier « les corps en souffrance »

Article de **Jacques De MOL** *Aspects psychologiques des maladies somatiques,* dans le journal des psychologues N°275 mars 2010, dossier « les corps en souffrance »

Article de **Anne-Marie RISACK** *Le corps malade dans l'entretien psychothérapeutique,* dans le journal des psychologues N°275 mars 2010, dossier « les corps en souffrance »

Article de **Jean-Benjamin STORA** *Etude épidémiologique de la psychologie des transplantés cardiaques*

ANNEXES

Evaluation globale du risque psychosomatique

METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE

JBS-PSYSOMA- version 20. Mars 2010

THE PSYCHOSOMATIC GRID

Elaborée par J.B. STORA de **1993 à 2010**[1]

****

FICHE PATIENT

Nom : Prénom :

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.

Un glossaire des concepts figure en fin de document (cf . la méthode figurant dans le document complet)

---

[1] 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	

Evaluation globale du risque 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 que je développe.

LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE **les chiffres en face de chaque rubrique de la méthode sont utilisés pour les études épidémiologiques au cas où vous entreprendriez une telle recherche sur un échantillon de patients.** **9. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, LES POINTS DE FIXATIONS, LES MANIFESTATIONS CARACTERIELLES ET LES ACTIVITES SUBLIMATOIRES** **10. LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS** **11. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS** **12. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT**	
5. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, **<u>En fonction de vos observations, vous devez arriver à évaluer les processus psychiques du patient ou de la patiente, et noter soit 1, 2,3 ou 4 en vous référant aux 4 propositions ci-dessous :</u>** **1. Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent – passé, Capacité d'élaboration;** **2. Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations** **3. Insuffisance fondamentale de l'appareil psychique avec facilités de désorganisation. Vie et pensée opératoire** **4. Désorganisations au cours de dépressions essentielles.**	**NOTE** .....

		NOTE
2. **PREVALENCE DES COMPORTEMENTS**	A établir à partir des résultats d'observation de **l'axe 2C :** **1. comportement contrôlé et intégré**. **2. Faible. 3. Moyenne. 4. Forte.**	.....
		NOTE
3.CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS	A établir à partir des résultats d'observation de **l'axe 3.** **1. Richesse des affects bien intégrée** **2. Répression des affects,** **3. Alexithymie.**	.....
		NOTE
4.RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT : **Nature de l'environnement** Environnement familial et environnement professionnel. A partir de cette notation apprécier les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes).	A partir des résultats d'observation de **l'axe 4.** Evaluer les **réactions psychosomatiques** à partir des informations anamnestiques concernant l'histoire familiale passée et actuelle, de même pour l'environnement professionnel. **Plusieurs notations possibles : 1. Niveau très satisfaisant, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d'intensité moyenne, 5. Altération importante, 6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire, 7. incapacité durable de fonctionnement autonome**.	.....

EVALUATION 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	

Evaluation du Risque Psychique

« 5 » Absence de risque
De 5 à 10 Risque faible à modéré
De 10 à 15 Risque modéré à élevé
15 et plus Risque élevé à très élevé

Rappel: Vous devez comparer le risque psychique et le risque somatique ci-dessous 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 développée en psychosomatique intégrative (J.B.S).

Evaluation du risque somatique	
5 niveaux : **Risque très élevé** **risque élevé** **risque moyen** **risque faible**	A partir des résultats d'observation et de diagnostic de **l'axe 5** et des pronostics communiqués par les médecins du patient. **Notation :…..**

absence de risque	
Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique	
Rapprocher le risque psychique du risque somatique pour parvenir à une évaluation globale.	* Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée * Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible. * Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation * Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.

DIAGNOSTIC structure fonctionnelle psychosomatique

Nosographique psychosomatique dynamique –
19/11/2008 Jean Benjamin Stora

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 ……

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 :

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).**

<u>Les structures fonctionnelles psychosomatiques ci-dessous sont dynamiques et non pas inamovibles</u>.

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	**Névrose mentale symptomalogiquement organisée, au fonctionnement soutenu.** .	**Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue.** Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément. (P. Marty, 1987)
136	**Borderline névrose de**	**Hystérie de conversion**

	transfert/nev. actuelle	
	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
143		Névrose relation d'objet Allergique
145		Hypocondrie (différents états)
146		Névrose traumatique
	3. Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient – inorganisation)	
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, ave anxiété, avec perturbation des conduites, ave perturbation à la fois des émotions etdes conduites, non spécifié.
	Troubles de la personnalité	Paranoïaque, schizoïde, antisocialee, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, non spécifié.
Consulter le manuel 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	
Il s'agit ici des premières étapes du processus de maturation psychosexuel : du noyau du Soi jusqu'à l'introjection de l'Objet. Développement de l'organisation du Préconscient : relation avec la Mère de la grossesse jusqu'à l'âge d'un an, périodes de séparation, mères substitutives, Figure Paternelle, fréquence et âge lors de changements de situation, évènements ayant favorisé ou entravé les organisations de la sensori-motricité, du langage, et en général de toutes les liaisons internes et externes. 1. L'objet est-il introjecté ? 2. Dimension narcissique du Moi 3. Dimension masochique du Moi 4. Organisation du Préconscient (1ère topique de S. Freud)		
150	Anobjectal Stade d'indifférenciation	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. 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. **« …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. Stade de **Prédominance de traits narcissiques. De Prédominance de fusion.**
151	Pré-objectal	M. Klein: position schizo-paranoïde dans la relation à l'objet (bon et mauvais, aimé et haï). Rapprocher de R. Spitz âge de trois mois **Prédominance de traits de la prégénitalité.**
152	Objectal	Intégration de la position dépressive du 9° mois ; **mise en place de l'objet.** **Prédominance du comportement oedipien génital**
153a	Narcissisme primaire	
153b	Narcissisme de mort	
154	Narcissisme secondaire	.
154a	Narcissisme de vie	
155	Soi grandiose	Ref. Kohut « Le Soi »

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 désintrication 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 élaborées
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 évènements ainsi que l'hypothèse du fonctionnement psychique.**
AXE1C : POINTS DE FIXATIONS REGRESSIONS[2] **Stades de maturation psychosexuelle du Moi et organisations psychosomatiques (hyp. J.B.S, cf. ouvrage de « Neurospsychanalyse » 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. excrétion	Rein, colon, contrôle sphinctérien
305	F. motrice	Musculo-squelettique, articulations,
306	Métabolisme	Troubles du métabolisme/ endocrinologie
307	SNC	
308	Axe endogène opioïde	
309	Axe hypothalamique-hormonal	**Envisager toutes les dimensions de l'axe hypothalamique**
310	SNSympathique	

[2] Points 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 prégénitales.

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 évènements de vie, situations familiales présentes et passées, détermination de l'atmosphère affective passée, et capacité de se remémorer (souvenirs).

311	SNParasympathique	
350	1er Organisateur psy.	Organisation cénesthésique, relation pré-objectale, processus primaire (Cf. René Spitz).
351	2ème Organisateur psy.	Mise en place au 8° mois ; établissement de l'objet ; organisation diacritique ; processus secondaires ; passage de la passivité à l'activité.
352	3ème 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 1er temps	
359	**Fixation sadique anale 2ème 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 séparer les parties de lui-même considérée comme bonnes de celles considérées comme mauvaises. La partie mauvaise fait généralement l'objet d'une projection ce qui permettra au moi d'éviter de connaître son agressivité ou son angoisse. Ce n'est que lorsque le moi devient plus fort c'est-à-dire capable de supporter ses émotions négatives, qu'il pourra les reconnaître comme faisant partie de lui-même diminuant ainsi progressivement le recours à la projection et pouvant accéder à une meilleure intégration et différenciation entre lui et l'objet. Une telle évolution mènera le moi à la position dépressive.
383	Identification projective	Terme introduit par Mélanie Klein en 1932, il s'agit de décrire les fantasmes d'attaque contre l'intérieur du corps maternel. L'identification projective est une modalité de la projection, c'est-à-dire rejet à l'extérieur de ce que le sujet refuse en lui, projection du mauvais. Ce mécanisme en relation étroite avec la position schizo-paranoïde consiste en une projection fantasmatique à l'intérieur du corps maternel de parties clivées de la propre personne du sujet, de façon à contrôler la mère de l'intérieur. Ce fantasme est la source d'angoisses comme celle d'être emprisonné et persécuté à l'intérieur du corps de la mère. Un autre danger pour le moi est de se trouver affaibli dans la mesure où il risque de perdre dans l'identification projective de bonnes parties de lui-même. En résumé il s'agit d'un mécanisme se traduisant par des fantasmes où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet et pour lui nuire, le posséder et le contrôler.
384	Refoulement	Il s'agit d'un processus psychique qui peut être considéré comme un processus universel, en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme. C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion. Cf. les travaux de Sigmund Freud.
385	Formation réactionnelle	Il s'agit d'une défense directement en opposition avec la réalisation du désir ; c'est une attitude de sens opposé aux désirs refoulés et constitués en réaction contre celui-ci par exemple la pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes. À propos de la névrose obsessionnelle Sigmund Freud dégage un mécanisme psychique particulier consistant à lutter directement contre la représentation pénible en la remplaçant par un symptôme primaire de défense consistant en des traits de personnalité: scrupulosité, pudeur,-- qui sont en contradiction avec l'activité sexuelle infantile à laquelle s'était d'abord livré le sujet pendant une première période dite « d'immoralité infantile ». Le processus de formation réactionnelle joue un rôle important dans l'édification des caractères ; la constitution du surmoi est en partie attribuée aux mécanismes de formation réactionnelle.

386	Isolation	Mécanismes de défense qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions sont rompues avec le reste de l'existence du sujet. Par exemple : une pause dans le cours de la pensée, utilisation de formules, de rituels et d'une façon générale toutes les mesures permettant d'interrompre le cours des pensées et des actes.
387	Annulation rétroactive	Il s'agit d'un mécanisme à l'oeuvre dans les rituels obsessionnels : « à une action qui met en exécution une certaine injonction succède immédiatement une autre qui arrête ou annule la première, même si elle ne va pas jusqu'à mettre à exécution son contraire » (Sigmund Freud-le moi et les mécanismes de défense 1936). On doit comprendre que ce mécanisme psychologique permet au sujet de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus. Le sujet utilise pour ce faire une pensée ou un comportement ayant une signification opposée.
388	Introjection	Le terme d'introjection a été forgé par Sandor Ferenczi en 1909 ; le sujet fait passer sur un mode fantasmatique, du dehors au dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel sans pour autant impliquer nécessairement une référence à la limite corporelle puisqu'il s'agit, par exemple, d'introjection dans le moi de l'idéal du moi ; l'introjection est dans un rapport étroit avec l'identification.
389	Retournement sur soi	Le retournement sur soi et le renversement dans le contraire font partie de ce que Freud appelle les destins des pulsions à côté du refoulement et de la sublimation. Alors que dans le renversement dans le contraire le processus concerne **le but de la pulsion**, avec le retournement sur la personne propre ou sur soi le processus concerne **l'objet de la pulsion**. Freud illustre par deux exemples ces deux processus : celui du sado-masochisme et celui du voyeurisme-exhibitionnisme. Le renversement du sadisme dans le masochisme implique à la fois le passage de l'activité à la passivité et une inversion des rôles entre celui qui inflige et celui qui subit les souffrances. Les deux processus peuvent évidemment fonctionner dans le sens opposé : transformation de la passivité en activité, retournement à partir de la personne propre sur autrui.
390	Renversement dans le contraire	Cf. retournement sur soi.
391	Sublimation	
392	Négation par le fantasme	Die Verneinung, Freud 1925 donne une explication métapsychologique précise : 1. La dénégation est un moyen de prendre connaissance du refoulé ; 2. Ce qui est supprimé, c'est seulement une des conséquences du processus du refoulement, à savoir que le contenu représentatif ne parvient pas à la conscience. Il en résulte une sorte d'admission intellectuelle du refoulé tandis que persiste l'essentiel du refoulement ; 3. Au moyen du symbole de la dénégation, la pensée se libère des limitations du refoulement ». Il s'agit donc d'un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent.
393	Idéalisation	« … L'idéalisation est un processus qui concerne l'objet et par lequel **celui-ci est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changée**. L'idéalisation est possible aussi bien dans le domaine de la libido du moi que dans celui de la libido d'objet ». (Freud, pour introduire le narcissisme). L'idéalisation notamment celle des parents fait nécessairement partie de la constitution au sein du sujet des instances idéales : moi idéal, idéal du moi. Il peut s'agir de l'idéalisation d'un objet

		aimé : « nous voyons que l'objet est traité comme le moi propre et que donc dans la passion amoureuse une quantité importante de libido narcissique déborde sur l'objet » (Freud, psychologie des foules et analyse du moi).
394	Identification à l'agresseur	ce mécanisme a été décrit par Anna Freud en 1936 ; le sujet, confronté à un danger extérieur représenté par une critique émanant d'une autorité, s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. Anna Freud voit à l'oeuvre l'identification à l'agresseur dans des situations variées : agressions physiques, critique, etc. le comportement observé est le résultat d'un renversement de rôles-l'agressé se fait agresseur. Ce mécanisme joue un rôle important dans la constitution du surmoi. Pour René Spitz, ce mécanisme est prépondérant dans l'acquisition du « non », verbal et gestuel, vers le 15e mois.
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 1E: Traits de caractère		
400	Phobique	D'ambiance ou d'envahissement
401	Phobique d'objet	Liaisons représentatives
402	Hystérie archaïque	Conflits de nature psychotique plutôt que névrotique enfouis ; par exemple, aimer est l'équivalent de dévorer ou d'être dévoré. L'exploration analytique de ces fantasmes érotiques primitifs dans la relation transférentielle provoque la disparition des symptômes psychosomatiques ainsi que l'atténuation des inhibitions intellectuelles. Il s'agit ici de manifestations de la sexualité archaïque et du rôle qu'elle joue dans les diverses manifestations de somatisation (Joyce Mc Dougall).
403	Hystérie génitale	De nature oedipienne (séduction)
404	Traits pervers	
405	Oral	Traits de caractère égoïste à type captatif ; recherche de l'affection d'un être élu selon le mode de la relation objectale orale ; que le sujet soit homme ou femme, son objet d'amour devra jouer le rôle de mère nourricière. Dans le cas de régression, apparition possible de crises de boulimie pour remplacer l'acte sexuel génital et d'anorexie mentale symbolisant le refus de la sexualité génitale.
406	Anal et Obsessionnel	Rétention et contrôle-maîtrise :ne pas oublier que l'organisation anale fait défaut aux névrosés mal mentalisés selon la définition nosographique de Pierre Marty. Les représentations sont absentes ou rares, superficielles, peu associatives, caractéristiques à rapprocher des névroses de comportement.
407	Phallique-narcissique	
408	Psychotiques	Tableau symptomatique
409	Sado-masochiques	Relations érotisées physiques comme morales
AXE 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 place.
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. « 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 évite ou résoudre les conflits, 4. description détaillée des faits, des évènements, des symptômes physiques.
505	Affect de plaisir	
506	Affect de déplaisir	
507	Affect du plaisir du déplaisir	
510	Affect de vitalité	Selon l'approche de D. Stern, plaisir et déplaisir ne sont plus rattachables à la tension et à la décharge, mais plutôt aux conditions rythmiques de celle-ci et aux variations d'intensité de chacun de ces processus. « J'appelle affect de vitalité, dit Stern, la qualité de ce qui est ressenti lors de toutes ces sortes de changements »… «la danse moderne et la musique sont des exemples par excellence de l'expressivité des affects de vitalité ». Pour Stern, l'affect fait partie de la représentation, et il a par lui-même une fonction de représentation, ce qui rejoint les travaux d'André Green sur la *représentance* de l'affect.
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, socio-professionnel, 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		
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. Place occupée par la maladie : très importante, dénégation, déni, acceptation apparente, etc. Rôle joué par la maladie dans le fonctionnement psychique : combler un vide objectal, manifestations hypocondriaques, remplacer un objet disparu (deuil), etc. La maladie somatique a-t-elle modifié le fonctionnement psychique ? de quelles façon ? mécanismes d'adaptation à l'œuvre ?		
700	Maladies du système nerveux	
701	Maladies de l'appareil circulatoire	
702	Maladies de l'appareil respiratoire	
703	Néoplasmes	
704	Maladies endocriniennes	
705	Maladies de la nutrition	
708	Maladies métaboliques	
709	Maladies des organes génito-urinaires	
710	Maladies du sang et des organes 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)	

GLOSSAIRE	
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.*
Clivage de l'Objet	*Des 1946 Mélanie Klein décrits un mécanisme de défense très archaïque utilisé dans la position schizo paranoïde. Un tel mécanisme se retrouve au cours de l'enfance, à l'âge adulte dans les pathologies psychotiques ou les états limites et dans les troubles psychosomatiques. Dans la position schizo-paranoïde le clivage porte sur un objet partiel alors que dans la position dépressive ce même mécanisme pour apporter sur un objet total. Un des premiers objets partiels que rencontre le nourrisson est le sein maternel, un clivage peut alors s'opérer : le sein en tant que source de satisfaction est un bon objet alors qu'en tant que source de frustrations, il est un mauvais objet. Cela va donner lieu à toute une série de processus projectifs et introjectifs qui vont permettre à l'enfant de s'approprier le monde et plus tard de le penser. Le bon objet sera gardé à l'intérieur, le mauvais est expulsé à l'extérieur, le clivage va permettre l'organisation de l'univers sensoriel et émotionnel du jeune enfant. Pour Mélanie Klein, le clivage va servir de base au refoulement, un clivage initial excessif risque de rendre difficile toute communication entre l'inconscient et le conscient, et donc de déboucher sur un mécanisme de refoulement ultérieur d'une rigidité névrotique. Un clivage excessif peut amener une désintégration du moi, le clivage est aussi à la base de mécanismes tels que l'idéalisation ou l'angoisse de persécution. Pour Mélanie Klein le clivage de l'objet ne peut avoir lieu sans qu'un clivage du moi ne l'accompagne ; le moi pourrait être effrayé par son agressivité (au sens d'angoisse à l'égard de l'objet) et par conséquent va maintenir séparer les parties de lui-même considérée comme bonnes de celles considérées comme mauvaises. La partie mauvaise fait généralement l'objet d'une projection ce qui permettra au moi d'éviter de connaître son agressivité ou son angoisse. Ce n'est que lorsque le moi devient plus fort c'est-à-dire capable de supporter ses émotions négatives, qu'il pourra les reconnaître comme faisant partie de lui-même diminuant ainsi progressivement le recours à la projection et pouvant accéder à une meilleure intégration et différenciation entre lui et l'objet. Une telle évolution mènera le moi à la position dépressive.*
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.*

Dépression essentielle	*Pierre Marty « l'investigation psychosomatique (1963) : « 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. »* *Pierre Marty, 1966, à propos de la dépression essentielle dans la Revue française de Psychanalyse, numéro 3 : « la dépression psychosomatique, qu'à plusieurs reprises échappent les dépressions sans objet, serait en définitif mieux nommé dépression essentielle, puisqu'elle constitue l'essence même de la dépression à savoir l'abaissement de niveau du tonus ni butina le sans contrepartie économique positive quelconque. »* *Pierre Marty, 1990, La psychosomatique de l'adulte, (p. 29-30), « cet symptomatologie dépressive se définit par le manque : effacement, sur toutes les chaînes de la dynamique mentale (déplacements, condensations, introjections, projections, identifications, vie fantasmatique et onirique). On ne rencontre pas, dans cette dépression « bienséante », le « raccrochage libidinal » régressif et bruyant des autres formes de dépressions névrotiques ou psychotiques. Sans contrepartie libidinal donc, la désorganisation et le morcellement dépassant sans doute le domaine mental, le phénomène est comparable à celui de la mort où l'énergie vitale se perd sans compensation. Moins spectaculaire que la dépression mélancolique, elle conduite sans doute plus sûrement à la mort. L'Instinct de Mort et le maître des lieux de la D E. Le temps passé dans la DE est de plus en plus néfaste aux sujets. »* *Pierre Marty, 1980, L'ordre psychosomatique, « la DE s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont il déborde les capacités d'élaboration... On doit aller à la recherche des manifestations négatives, naturellement peu notable.* *Des angoisses diffuses précèdent souvent la DE. Automatiques au sens classique, envahissantes... Elles traduisent la détresse profonde de l'individu, détresse provoquée par l'afflux de mouvements instinctuels non maîtrisés... Le Moi submergé montre ainsi... sa désorganisation. L'angoisse ne représente pas ou ne représente plus le signal d'alarme... Elle est l'alarme... Automatiques, ses angoisses diffuses reproduisent un état archaïque de débordement...* *On note l'effacement fonctionnel des deux systèmes topiques freudiens... On cherche en vain des désirent ; on ne trouve que des intérêts machinaux... Le Moi remplit au plus mal, de manière évidente, ses rôles de liaison, de distribution et de défense. Il est en fait... Coupé de ses sources et désorganisé... La disparition sans doute des sentiments inconscients de culpabilité...constitue l'un des signes principaux de la DE. L'inconscient reçoit mais n'émet pas... C'est au niveau du Préconscient, dans l'effacement des fonctions habituellement actives, que se constatent surtout les dommages... la suppression des relations originales avec les autres et avec soi-même… la perte de l'intérêt pour le passé et le futur… L'absence de communications avec L'inconscient constitue une véritable rupture avec sa propre histoire. Le factuel et l'actuel s'imposent à l'ordre de chaque jour...* *Démunies d'une partie de ses significations antérieures, les diverses figures de rhétorique (comme la symbolique) devenues sans emploi, la parole semble seulement conservée pour décrire les événements et médiatiser les relations... La sexualité, au sens le plus large, se trouve ainsi exclu du verbe... le pénis n'évoque plus la castration... »*
Douleur	*L'investigateur doit, en présence de la douleur, se poser toujours la question du rôle joué par celle-ci dans l'équilibre psychosomatique du patient.* *Quel que soit son mécanisme initiateur somatique, neurologique ou psychologique, la douleur constitue dans tous les cas une expérience subjective.*

	Le phénomène douleur est toujours une expérience subjective donc un phénomène neuropsychologique. La douleur occupe une place particulière parmi les perceptions, du fait de la composante affective qui lui confère sa tonalité désagréable, pénible parfois insupportable. Cette composante fait partie de l'expérience douloureuse et peut se prolonger vers des états émotionnels plus différenciés (anxiété et dépression). La composante affective est déterminée non seulement par le stimulus nociceptif lui-même, mais également par le contexte dans lequel le stimulus est appliqué. ***La signification de la maladie****, l'incertitude sur son évolution sont autant de facteurs qui vont venir moduler la composante affective de la douleur en clinique.*
Fatigue	*Pierre Marty définit la fatigue comme une sensation ou un sentiment du sujet, accompagné d'une dépense énergétique excessive. La tension interne n'est pas absorbée par le travail d'élaboration psychique, aucune évocation du passé ou de l'avenir. Lorsque la voie mentale est bloquée, on peut constater pendant un certain temps des céphalalgies, ensuite on voit éclore des troubles somatiques. C'est la motricité et la sensorialité qui sont en général les premières fonctions atteintes, parce qu'avant le développement de l'activité psychique, la sensorialité et la motricité ont constitué l'essentiel des relations du petit enfant avec sa mère, puis avec les autres objets extérieurs. (présence d'une hyperactivité comportementale dont les aspects narcissiques et masochiques doivent être appréciés).*
Hypocondrie	*Jean Benjamin Stora,* *2 avril 2004 (extraits de conférence sur l'hypocondrie)* *La clinique de l'hypocondrie se présente sous les formes les plus diverses : passage d'une manifestation hypocondriaque qui peut durer des années à la maladie redoutée ou souhaitée inconsciemment, ou manifestations simultanées (symptômes hypocondriaques et maladie organique atteignant une autre fonction ou un autre organe).* *Si l'on admet que la décompensation somatique témoigne parfois d'un échec de l'hypocondrie en tant que solution plus psychique ou mentalisée, cela nous conduit à avancer l'hypothèse avec bien d'autres cliniciens de* ***l'angoisse hypocondriaque comme signal d'alarme****.* *L'angoisse hypocondriaque signerait un état d'alerte concernant l'investissement narcissique du corps propre(thèse défendue par R. Stolorow, Stolorow, R., D. (1977). Notes on the signals function of hypocondriacal anxiety, The International Journal of Psycho-Analysis, 58, p. 245-246).* *On peut imaginer qu'à la faveur d'un repli narcissique se produise « un grossissement à une échelle gigantesque » (Freud, 1917) de sensations corporelles encore silencieuses, comme dans le rêve. Ce surinvestissement narcissique permettrait parfois un réaménagement des distributions de la libido ; par contre sa mise en échec serait la voie ouverte à l'entrée dans la maladie.* *L'hypocondrie, comme la conversion hystérique, révèle une faille du travail psychique ; les perceptions douloureuses, l'engagement du corps impliquerait alors un échec partiel du travail mental, ce que Freud avait proposé en faisant de l'hypocondrie la troisième névrose actuelle. Étant donné que l'hypocondrie peut se combiner à des états très variés de mentalisation,* ***on peut supposer qu'il y a plusieurs états hypocondriaques possibles.*** *Ces états peuvent aller d'une défense psychique solide à des états si peu mentalisée qu'ils sont moins*

	protecteurs au niveau somatique (hypothèse psychosomatique de la théorie de Pierre Marty). *La fixation hypocondriaque pourrait être un point d'arrêt d'une désorganisation psychosomatique.* *Dans son texte sur la névrose d'angoisse, Sigmund Freud indique que* ***« tous les facteurs qui empêchent l'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique... (conduisent au) divorce entre le somatique et le psychique ».*** *Une organisation névrotique ou psychotique peut être remise en cause par l'accumulation d'une excitation non élaborable psychiquement, qui dévie dans le somatique. « Ce surinvestissement des sensations corporelles cherche à pallier le manque de représentations inconscientes correspondantes » (M. Aisenstein).* *La plainte de l'hypocondriaque est constante car il craint de ne pas être entendu ; « il pense, écrit Freud, que la langue est trop pauvre pour lui permettre de dépeindre ses sensations ; ses sensations sont quelque chose d'unique, que l'on ne saurait parvenir à décrire parfaitement ». En 1915, Sigmund Freud dira que le langage hypocondriaque est un langage d'organes, dans lequel il remarque la prédominance des représentations de mots sur les représentations de choses. L'hypocondriaque ne parle que de son corps, il est désespéré,* ***envahi par les affects mais sans représentations.*** *Le malade hypocondriaque, croyant être atteint d'une affection somatique, est souvent déçu des capacités médicales à diagnostiquer sa maladie, à la soigner et à la guérir.* *Nous sommes en présence d'une coupure entre le corps réel et le corps libidinal (psychisé).* ***Nous pouvons distinguer deux grands types d'états hypocondriaques :Une hypocondrie suffisamment mentalisée pouvant constituer un point de fixation psychique assez solide pour constituer une défense psychique et éviter une désorganisation somatique. L'angoisse hypocondriaque dans ce cas de figure peut être comprise et le psychothérapeute pourra avec le patient comprendre la signification du symptôme et développer la mentalisation.*** ***Une hypocondrie archaïque court-circuitant toute possibilité de travail psychique ; une hypocondrie développée dans les premiers temps de la vie facilitant le basculement dans le somatique, et ne constituant pas un palier d'arrêt dans la désorganisation progressive. On peut avancer dans ce cas-là que le symptôme corporel peut prendre valeur de véritable objet psychique, révélant ainsi le défaut de introjection d'un Objet.***
Hystérie archaïque	*Joyce Mc Dougall (1964, 1978, 1982) postule l'existence d'une sexualité encore plus primitive que celle étudiée par Sigmund Freud, sexualité dotée d'aspects sadiques et fusionnels, qui peut être à l'origine de régressions psychosomatiques que l'on peut considérer comme des <u>défenses contre des vécus mortifères</u>. Elle en est venue à parler « d'hystérie archaïque » pour qualifier ces symptômes de l'unité psychosomatique. Alors que l'hystérie névrotique (Sigmund Freud) se construit à partir de liens verbaux (représentation de mots), l'hystérie archaïque cherche à préserver non pas le sexe ou la sexualité du sujet*

	mais son corps tout entier, sa vie, son identité, et se construit à partir de liens somatopsychiques préverbaux. *Dans les affections somatiques, le dommage physique est bien réel -c'est le corps réel qui est en cause et non pas l'imaginaire-le matériel rapporté par les patients au cours de psychothérapies ne révèle pas à première vue de conflits psychotiques ou névrotiques. Le « sens » est d'ordre présymbolique et court-circuite la représentation de mots. Les processus de pensée des patients somatiques cherchent à vider la parole de sa signification affective.*
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).*
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.*
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.*
Irrégularités du fonctionnement mental	*Les lacunes secondaires de l'organisation Pcs peuvent donner lieu à des irrégularités graves du fonctionnement mental ; elles sont liées à l'incertitude dans le temps de la remémoration de plages plus ou moins vastes de représentations non refoulées mais facilement sujettes à évitements et à répressions. Les plages de représentations en cause semblent liées longitudinalement à des tonalités désagréables correspondant à une ou plusieurs périodes de la vie du sujet.*
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.*
Moi idéal	*Cf. P. Marty « la psychosomatique de l'adulte » Que sais-je ? PUF. Le moi-idéal représente la démesure ; sa présence peut être fondamentale ou apparaître lors de désorganisations ou de régressions psychiques. On le ressent du dehors comme un sentiment de toute-puissance du sujet vis-à-vis de lui-même comme vis-à-vis du monde extérieur.*

Narcissisme de mort	*« Au narcissisme positif il faut accoler son double inversé que je propose d'appeler narcissisme négatif. Ainsi Narcisse est aussi Janus. Au lieu de soutenir la visée de l'unification du Moi par le biais des pulsions sexuelles, le narcissisme négatif sous la domination du principe de Nirvana, représentant des pulsions de mort, tant vers l'abaissement au niveau zéro de toute libido, aspirant à la mort psychique. Au-delà du morcellement qui fragmente le Moi et le ramène à l'auto érotisme, le narcissisme primaire absolu veut le repos mimétique de la mort. Le Moi n'est jamais plus immortel que lorsqu'il soutient n'avoir plus d'organes, plus de corps. Tel l'anorexique qui refuse être dépendant de ses besoins corporels et réduit ses appétits par une inhibition drastique, se laisse mourir,…. » André Green.* *La concentration-investissement libidinal majoritaire dans le moi est un témoignage du besoin défensif qui tend à montrer qu'il y a une menace interne constante dont la source est la pulsion de mort.*
Narcissisme de vie	*Retrait de la libido investissant les objets pour l'investir dans le moi/ perte d'objet (Freud)/ l'objet étant bi-pulsionnellement investi il y a retrait de la libido mais aussi de la pulsion de mort vers l'appareil psychique/ du point de vue pulsionnel cette augmentation de l'investissement narcissique du moi est un accroissement des capacités d'auto-conservation du moi dans une situation de désintrication pulsionnelle.*
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.*
Organisation cénesthésique	*Extrait d'un article sur une Nouvelle approche Psychosomatique (J.B.Stora, décembre 2002).* *LE SYSTEME CENESTHESIQUE , COMME ORGANISATION PREMIERE.* *Le remarquable travail de recherche de René Spitz (1965), De la naissance à la parole, la première année de vie, nous introduit à l'hypothèse* ***d'organisateur somatopsychique***[3]*, issu de l'obstétrique et de la biologie du développement. Les auteurs et chercheurs se référant à René Spitz, citent de préférence l'angoisse du huitième mois*[4] *comme organisateur de la psyché. Ceci correspond en vérité à une étape plus évoluée du développement de l'organisation psychique. Cette angoisse du 8°mois révèle "que l'enfant a établi une véritable relation objectale et que la mère est devenue son objet libidinal, son objet d'amour"*[5]*. Or notre recherche se situe à un niveau de développement plus précoce, dans les premières semaines de la vie, c'est-à-dire dans la période préobjectale période de prédominance du processus primaire, de non-intrication*

[3] Il s'agit de notre formulation et non celle de Spitz, nous avons utilisé son concept d'organisateur.
[4] Cf. Lacan, Marty, Kreisler, etc.
[5] R. Spitz, 1965, p.118.

	pulsionnelle, d'investissement de l'énergie libidinale. *Ce modèle d'organisateur psychique est utilisé par Spitz pour permettre l'appréhension des phénomènes d'intégration et de constitution du psychisme ; le psychisme se constituant grâce à sa relation avec un objet libidinal. La pulsion se manifestant de façon constante aux confins de la psyché et du soma va permettre le développement de cette première organisation. Il s'agit d'une organisation plus vaste que celle du stade oral décrite par S. Freud.* *Spitz suppose que, dès la naissance, il existe chez les êtres humains un système de « sentir » différent du système de perception adulte qui n'entre en action que plus tard et qui nous est familier. Cette organisation spécifique dans sa dimension somatique est principalement viscérale, centrée dans le système nerveux autonome et se manifeste sous forme de manifestations émotionnelles. Il s'agit d'un processus de « réception » ; la sensibilité viscérale est liée à certaines zones sensorielles telle la surface de la peau (fonction respiratoire, et les différentes fonctions de la peau comme organe). Il existe de plus certaines zones et certains organes sensoriels que l'on peut considérer comme transitionnels, et qui jouent un rôle d'intermédiaire entre les organes sensoriels périphériques et viscéraux, entre l'extérieur et l'intérieur. Parmi ces organes transitionnels Spitz retient : le larynx, le pharynx, la langue, l'intérieur des joues, les lèvres, le menton, le nez et les joues ainsi que l'oreille interne. Ces organes sont intermédiaires entre la réception interne et la perception externe, et ils ont tous pour la survie une fonction importante dans le processus alimentaire. Ils ont une fonction anaclitique et permettent d'assurer la transition entre la réception cénesthésique et la perception diacritique, qui est* ***la deuxième organisation somatopsychique****, selon notre point de vue. Les organisations cénesthésique et diacritique cohabitent dans le même organisme, mais sont radicalement différentes,* ***elles sont des organisations à l'interface du soma et du futur appareil psychique.*** *Spitz insiste sur le fait que « même si l'organisation cénesthésique a été réduite au silence dans la conscience de l'homme occidental, elle n'en continue pas moins à fonctionner sous couvert ». Cette organisation joue un rôle fondamental dans nos sentiments, nos pensées, nos actions ; nous avons, dit Spitz, l'habitude de penser en termes d'inconscient lorsqu'il s'agit des attributs de l'organisation cénesthésique. L'organisation diacritique émane de l'organisation cénesthésique, et les deux organisations ne cessent jamais de communiquer entre elles.* *« L'organisation cénesthésique continue de fonctionner jusqu'à la mort ; elle reste la puissante source de toute vie même si notre civilisation occidentale a mis une sourdine à ses manifestations. En cas d'urgence, sous tension, ces forces archaïques se libèrent avec une violence terrifiante car elles ne sont pas rationnellement contrôlées par la conscience.* ***Nous devons alors faire face à des explosions plus ou moins anarchiques d'émotions primaires, à des maladies psychosomatiques malignes, à certaines manifestations psychotiques »[6] .*** *En termes psychanalytiques, Spitz assimile la relation entre les organisations cénesthésique et diacritique à la relation entre processus primaire et processus secondaire ; « nous ne prenons conscience du travail accompli*

[6] ibidem p.35

	en sourdine par le système cénesthésique que par les déformations qu'il impose au fonctionnement diacritique ou par l'influence qu'il exerce sur le processus primaire ». Avec l'apparition du sourire (3ème mois) les traces mnémoniques sont établies, ce qui implique que les parties constituantes de l'appareil psychique sont en place : conscient, préconscient, inconscient. Un moi rudimentaire se développe au sein du continuum somatopsychique dont l'activité musculaire est de plus en plus coordonné et dirigé; Freud (1923) a appelé ce premier noyau du moi, le moi corporel. *Spitz situe plus tôt que Glover[7] l'âge de formation du moi corporel, c'est-à-dire à trois mois, si bien que « les prototypes des noyaux du moi psychique doivent être cherchés dans les fonctions physiologiques et le comportement somatique ». La barrière somatique de protection des stimuli en fonctionnement dès la naissance va être progressivement remplacée par une organisation plus efficace, plus intégrée qui opérera de façon sélective ; les charges énergétiques apportées par les stimuli sont réparties parmi les divers systèmes de traces mnémoniques, et sont soit gardées en réserve soit déchargées sous forme d'actions dirigées. Ainsi l'action dirigée devient une issue pour la décharge d'énergie libidinale et agressive, hâtant le développement de l'appareil psychique.*
Organisation *Diacritique*	*Le deuxième organisateur constitue un chaînon indispensable dans le continuum somatopsychique,* ***il établit les relations entre les fonctions viscérales et motrices****. On passe ainsi au cours du processus de développement psychosexuel, d'un mode somatique à un mode psychique de décharge de l'énergie. L'organisation cénesthésique est à l'articulation première des fonctions somatiques et de l'appareil psychique ; et lors des dysfonctionnements ou des désorganisations de l'appareil psychique, elle prend le relais en utilisant au mieux les processus de métabolisation de l'énergie vitale. Nous n'avons jusqu'à présent retenu que la formation de cette organisation, il est temps d'introduire les autres composants du fonctionnement psycho-émotionnel. Comme on le sait l'être humain est confronté au cours de son développement et plus tard dans sa vie à des épreuves difficiles : stress aigu ou permanent, traumatismes divers : deuils, séparations, perte d'amour, etc. La forte destructivité naissant de la charge émotionnelle, et de la douleur permanente d'origine traumatique et le stress permanent d'origine socio-professionnel et familial sidèrent l'appareil mental paralysant son fonctionnement ; la charge émotionnelle transite alors par l'organisation cénesthésique activant l'encodage neuronal des programmations établies durant les premiers mois de la vie. Nous pouvons alors être les témoins de l'apparition à terme de troubles somatiques. Pour mieux comprendre la façon dont l'organisation cénesthésique est programmée sur le plan neuronal, nous avons fait appel au concept de* ***« marqueurs somatiques »*** *du Pr. A. Damasio. Nous préférons les dénommer* ***« marqueurs somatopsychiques ».***
Pensée opératoire *Vie opératoire*	*Notions de pensée et de vie opératoire chez Pierre Marty* ◆*La notion de vie opératoire se substitue en 1980 à celle de pensée opératoire pour mieux tenir compte de la réduction de la pensée face à l'importance des*

[7] Glover, E. (1930), Grades of Ego-Differentiation. In *On the Early Development of Mind.* New York, International Universities Press, 1956.

	comportements. Les représentations sont pauvres, répétitives, marquées du sceau de l'actuel et du factuel. On est en présence d'une réduction de l'individu à une certaine uniformité sociale. Des comportements liés à l'origine aux instincts et aux pulsions tels que l'alimentation, le sommeil, les activités sexuelles et agressives demeurent réduits à l'état de fonctionnement automatique. *Vie opératoire suite* ◆*Les désirs ont disparu pour seulement laisser la place à la satisfaction des besoins isolés les uns des autres.* ◆*La pensée opératoire est en résumé une pensée consciente, sans liaison avec des mouvements fantasmatiques appréciables. Elle double et illustre l'action: « j'ai pris mon petit-déjeuner, je fais ma toilette puis j'irai au travail ».* *Le patient opératoire* ◆*« Le patient taciturne parfois accoutumé aux consultations médicales procède automatiquement, sans insight, en présentant l'actualité de sa symptomatologie immédiate. On ne perçoit ni restrictions verbales ou diversions, on ne rencontre ni associations d'idées, ni traces d'identifications même partielles au consultant. Le verbe paraît privé de sa substance, réduit presque à une activité vocale exprimant des constatations, des affects ou des représentations apparemment rudimentaires qui concernent quelques réalités de l'heure ». Pierre Marty, L'ordre psychosomatique. (p.97)* *Caractéristiques* ◆*A la suite de chocs traumatiques (stress) les victimes refuseront plus tard d'abandonner ces traits de caractère, moyen de leur survie, même quand ils ne leur sont plus utiles. La « paralysie » des sentiments évoquée dans les publications sur l'holocauste se réfère à ce mécanisme. Des réactions socioculturelles ou psychodynamiques sous forme d'usage excessif de mécanisme de déni ou de régression peuvent également être à l'origine d'une alexithymie secondaire.*
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.*
Renversement dans le contraire	*Cf. retournement sur soi.*
Soi grandiose	*Heinz Kohut : « l'équilibre du narcissisme primaire est troublé par les lacunes inévitables des soins maternels, mais l'enfant rétabli la perfection initiale : a/en établissant une image grandiose et exhibitionniste du soi : le soi grandiose et b/en abandonnant la perfection antérieure à un soi-objet transitionnel admiré et*

	omnipotent : imago parentale idéalisée. Le terme de soi grandiose sera désormais utilisé dans ce travail au lieu de soi narcissique utilisé auparavant pour désigner la structure basée sur des fantasmes de grandeur et d'exhibitionnisme qui est la contrepartie de l'imago parentale idéalisée. Selon moi, le narcissisme ne se définit pas par le lieu de l'investissement instinctuel (que ce lieu soit le sujet lui-même ou un objet) mais par la nature ou la qualité de la charge instinctuelle elle-même. Le petit enfant, par exemple, investit les autres de libido narcissique et les perçoit selon le mode narcissique, c'est-à-dire comme des soi-objets. *Dans les meilleures conditions, l'exhibitionnisme et le sentiment de grandeur du soi archaïque s'atténue petit à petit et la structure tout entière s'intègre éventuellement dans la personnalité adulte pour fournir la charge instinctuelle nécessaire aux ambitions et aux visées syntones au Moi, à la capacité de prendre plaisir à ses activités et à des aspects importants de l'estime de soi.* *Dans les mêmes circonstances favorables l'imago parentale idéalisée s'intègrent-elles aussi à la personnalité adulte. Un projectile comme le surmoi idéalisé, elle devient une composante importante de l'organisation psychique en proposant son idéal comme modèle de conduite.* *Si toutefois l'enfance subit de graves traumatismes narcissiques le soi grandiose ne se fond pas avec le contenu approprié du moi mais est conserver tel quel et s'emploie alors à réaliser ses buts archaïques.* *De même si l'enfant est déçu de façon traumatique par l'adulte admiré, l'imago parentale idéalisée est-elle aussi conservée telle quelle, elle ne se transforme pas en structure psychique régulatrice de tension, mais demeure un soi-objet archaïque, transitionnel, requis pour le maintien de l'équilibre narcissique.*
Sublimation	*Le processus de sublimation consiste en une dérivation de la force pulsionnelle vers un nouveau but non sexuel où elle s'investit ; Freud a décrit comme activités de sublimation principalement l'activité artistique et l'investigation intellectuelle. On ne doit pas exclure les activités sociales et culturelles ainsi que les activités politiques ; toute activité à but non sexuel. Il est important d'examiner pour chaque patient sa capacité à mettre en oeuvre des activités de sublimation pulsionnelle.*

A propos de la création et du développement scientifique de cet instrument méthodologique.

Cet instrument de diagnostic psychosomatique a été développé à partir de mes recherches sur le stress professionnel entreprises dès 1980 ; celles-ci ont fait l'objet de nombreuses publications nationales internationales, plus particulièrement avec le Pr. Cary Cooper de l'Université de Manchester et avec un groupe de chercheurs appartenant à 24 pays de la planète. J'ai rejoint en 1984 Pierre Marty à l'Institut de Psychosomatique qu'il avait créé en 1978 ; et j'ai entrepris, à ses côtés, à partir de **1987 des recherches sur la classification psychosomatique qu'il avait développée en 1987.** J'ai publié conjointement avec lui les résultats de certaines de nos recherches, et après son décès, j'ai poursuivi l'application de cette classification aboutissant à des publications dans des revues psychiatriques. L'application de cette classification m'a conduit à la conclusion que la classification P. Marty était incomplète et **ne pouvait être utilisée en l'état par les médecins et psychologues en vue d'en faire une méthode de diagnostic psychosomatique et une méthode de recherche épidémiologique.** Pierre Marty possédait une expérience clinique considérable qu'il n'avait pas encore intégrée dans les prémisses de sa classification.

J'ai eu recours pour mes recherches à de nombreuses classifications (……), et j'ai fini par établir la présente méthode dont j'ai utilisé une première ébauche pour évaluer le risque plus ou moins grand de rejet de patients greffés du cœur. Ma publication constitue aujourd'hui un chapitre de l'ouvrage de cardiologie publié par le service de greffes cardiaques de La Pitié-Salpêtrière.

Cette méthode permet d'établir un diagnostic et une stratégie de suivi psychothérapique. Je sais que les psychanalystes sont opposés à de telles recherches, mais du vivant de Pierre Marty et par la suite nos publications ont prouvé que c'était possible. La recherche épidémiologique n'a pas d'objectifs thérapeutiques, mais des objectifs de comparaison de structures de fonctionnement psychique et psychosomatique permettant d'établir les facteurs de vulnérabilité des patients en vue d'évaluer leur fonctionnement psychosomatique, et par conséquent **leurs facteurs de risque** dans les dimensions psychiques et somatiques.

Tout patient observé (anamnèse) doit d'abord être replacé dans les trois dimensions dans lesquels l'être humain est inscrit, suivant en cela le modèle développé à Boston par le Pr. Engel : modèle bio-psycho-social.

Je me réfère aussi :

1. au modèle de l'appareil psychique de la métapsychologie de S.Freud, 1ère et 2ème topique, articulée selon la proposition théorique de Pierre Marty de l'intégration du 2ème temps du stade anal ; de même je retiens la théorie des pulsions de S. Freud en insistant sur le mécanisme d'intrication et de désintrication (j'insiste particulièrement sur la deuxième théorie des pulsions, pulsions de vie, pulsions de mort).
2. pour une étude plus précise des étapes de développement prégénital, modèle de Mélanie Klein, Metzler, Winnicott, Bion, Joyce McDougall, E. Kestenberg
3. pour le narcissisme, les contributions surtout de Kohut (Soi grandiose et Idéal du Moi), de Grunberger et d'André Green.
4. pour le masochisme, les contributions de Freud et plus récemment l'important travail de B. Rosenberg.

Cette liste n'est pas exhaustive. Cf. bibliographie de mes ouvrages. J'ai aussi pris en considération l'approche génétique qui considère les points de fixations régressions, ainsi que les approches topiques, dynamiques et économiques (S.Freud).

Je prépare un complément de la méthode afin d'y introduire la dimension des neurosciences à laquelle je me réfère dans mon enseignement et dans mon dernier ouvrage : La Neuropsychanalyse (PUF, QSJ, 2006). J'ai l'intention en complément des travaux de R. Spitz et D. Stern d'introduire les concepts de structures psychosoamtique ou somatopsychiques (cf. Chapitre 5 de mon ouvrage)

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 dernière version.