



**HAL**  
open science

# Apports de la psychosomatique intégrative dans ma pratique ostéopathique

Mélanie Blaes

► **To cite this version:**

Mélanie Blaes. Apports de la psychosomatique intégrative dans ma pratique ostéopathique. Psychologie et comportements. 2013. dumas-00945399

**HAL Id: dumas-00945399**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00945399>**

Submitted on 12 Feb 2014

**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.

UNIVERSITE DE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE

FACULTE DE MEDECINE DE LA PITIE-SALPETRIERE

ET SERVICE FORMATION CONTINUE

**DIPLOME UNIVERSITAIRE**

**DE**

**PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE**

**Médecine, Psychanalyse et Neurosciences »**

**Membres du Jury de septembre 2013:**

**Pr. Marc Olivier BITKER, Pr. Jean-François ALLILAIRE, Pr. Jean Benjamin STORA, Catherine Jannet, Stéphane Flamant, Michael Stora.**

**Apports de La Psychosomatique Intégrative dans ma  
pratique Ostéopathique**

**Mémoire de psychosomatique**

**Présenté par Blaes Mélanie**

**Jury du jeudi 19 septembre 2013**

**Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière**

## Remerciements à :

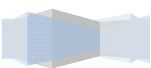
Professeur Emérite Jean-Benjamin STORA pour la transmission de ses connaissances.

L'ensemble de l'équipe enseignante pour la qualité de leurs enseignements.

Sidonie DUBOIS pour la relecture et la correction de ce mémoire.

Ma famille et mes proches pour leurs encouragements, leurs soutiens et leurs compréhensions aux cours de cette année d'étude

Loïc Le GLATIN pour m'avoir orienté vers ce Diplôme universitaire.



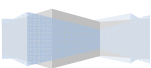
## Résumé

En tant qu'ostéopathe, j'ai choisi de donner une autre dimension à ma pratique professionnelle quotidienne en cabinet : m'intéresser au fonctionnement psychique de mes patients. Pour cela, il m'a semblé important de me confronter à la nouvelle discipline de « la psychosomatique intégrative ».

J'ai arrêté mon choix sur ce Diplôme Universitaire puisqu'il prenait en compte la prise en charge de l'individu dans sa globalité, tout comme l'ostéopathie. De plus, ce DU est novateur à mes yeux car il ne se limite pas à un point de vue purement psychanalytique mais il intègre l'avancée scientifique des neurosciences.

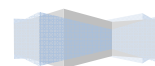
La réalisation de ce mémoire est l'aboutissement de cette année de travail universitaire et de ma jeune pratique en tant qu'ostéopathe. J'ai confronté et réuni mes acquis théoriques et ma pratique par l'intermédiaire de deux cas cliniques. Cécile est une jeune adulte qui a choisi de se rendre malade pour être entendue. Elle a connu des relations maternelles complexes, où seule la somatisation permettait de créer des liens avec sa mère. Cécile a développé des troubles digestifs invalidants. Par un transfert maternel important, il y a eu une reprise de la mentalisation et une mise en sens de son histoire et de ses douleurs. L'unité psychosomatique a été ainsi restaurée. Quant à Laura, une adolescente, elle a choisi de se détruire pour se différencier. Etant dans une période de développement marquée de bouleversements psychiques, Laura présente une somatisation sur un mode musculo-squelettique et des conduites à risques. Par une position de neutralité bienveillante, j'ai amené Laura à décharger ses tensions corporelles et ses conflits psychiques en lui offrant un endroit respectant son intégrité et son intimité. La mentalisation s'est restaurée et un équilibre somatique a été retrouvé.

Mots-clés : psychosomatique intégrative, ostéopathie, unité psychosomatique, transfert et relation thérapeutique

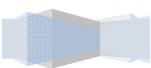


## Sommaire

Résumé.....	3
Introduction.....	6
I. Concepts théoriques.....	7
A. L'ostéopathie.....	7
▪ Historique.....	7
▪ Définition.....	9
▪ Principe de base et concept de l'ostéopathie.....	9
✓ Unité de l'être.....	9
✓ La structure gouverne la fonction.....	10
✓ L'autorégulation, l'autodéfense et l'homéostasie.....	10
✓ La règle de l'artère.....	11
B. La psychosomatique intégrative.....	11
▪ Historique.....	11
▪ Définition.....	12
▪ Principe de base, quelques concepts fondamentaux.....	13
✓ La structure fondamentale ou l'unité psychosomatique.....	13
✓ Le préconscient.....	13
✓ La mentalisation.....	14
C. Les liens entre ces deux disciplines.....	15
II. Elaboration de deux cas cliniques.....	17
A. Se rendre malade pour être entendu, le cas de Cécile.....	17
▪ Présentation de Cécile.....	17
▪ Anamnèse médicale de la patiente.....	18
▪ Prise en charge de la patiente.....	19
▪ Interprétation personnelle.....	21



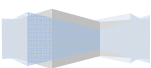
B.	Se détruire pour se différencier, le cas de Laura .....	27
▪	Présentation de Laura .....	27
▪	Anamnèse médicale de la patiente.....	28
▪	Prise en charge de la patiente .....	29
▪	Interprétation personnelle .....	30
	Conclusion.....	33
	Références bibliographiques .....	34
	Annexes.....	35



## Introduction

La pratique de l'ostéopathie requière des qualités semblables au travail du psychosomaticien. Pour ces deux professionnels, il est primordial d'accueillir l'individu dans sa globalité mais aussi dans son individualité. Dans mon activité quotidienne, je m'attache à être présente dans la relation que je tisse avec mon patient. Dès les premiers instants, je dois évaluer les enjeux de la prise en charge. J'évoque avec lui les objectifs à atteindre pour répondre au mieux à ses attentes. Je cherche avec chacun de mes patients les meilleurs outils à mettre en place pour améliorer l'ensemble de leur qualité de vie. Mon travail est de trouver un compromis entre les besoins de la personne et ce que je suis en mesure de lui apporter. Je dois m'assurer d'être capable de prendre en charge ce patient. En effet les patients viennent souvent me consulter en première intention, sans aucun avis médical. Je m'attache donc à réaliser une anamnèse médicale complète et un bilan clinique adapté. Si j'ai le moindre doute, j'oriente mon patient vers un autre professionnel pour un avis médical, afin d'affiner son diagnostic. S'il n'y a pas de contre-indication, je poursuis la prise en charge.

Pour ce mémoire de fin d'année, j'ai choisi de faire le lien entre ma profession d'ostéopathe et la discipline de la psychosomatique. Pour cela, dans une première partie, je reviendrai sur l'historique et la présentation de l'ostéopathie. Je reprendrai également, succinctement, quelques concepts de la psychosomatique intégrative afin de faire un lien entre ces deux disciplines. Dans la seconde et dernière partie, je présenterai deux cas clinique que j'ai suivis en ostéopathie, auxquels j'ai pu appliquer les outils appris durant mon cursus universitaire en plus de ma pratique.



## I. Concepts théoriques

### A. L'ostéopathie

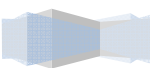
#### ▪ Historique

Dès l'aube des temps, l'homme a utilisé ses mains pour soulager, pour soigner et pour guérir. Des écrits datant de plus de quatre mille ans ont prouvé l'utilisation de procédures manipulatives dans l'ancienne Thaïlande. L'utilisation des mains était également courante dans l'Égypte pharaonique [1]. Des références à la médecine manuelle se trouvent dans une fresque de la tombe de Ramsès II où l'on peut voir un thérapeute réduisant une lésion du coude. La thérapie manuelle existait déjà dans l'Antiquité, comme en témoigne cet écrit de Solon, homme politique poète qui citait : « Certains pratiquent l'art du Dieu riche en remèdes, les médecins, sans maîtrise sur le résultat. D'une moindre douleur naît souvent un grand mal, sans qu'aucun ne puisse l'apaiser par des calmants. Un autre voit quelqu'un qui souffre affreusement : il le touche des mains et le remet sur pied » [2]. Hippocrate a été également considéré comme l'un des plus grands médecins de l'Antiquité. Il décrit sa théorie dans son traité sur les articulations des manœuvres de réduction articulaire.

On peut également citer Galien ou Avicenne qui ont efficacement soigné par des techniques manuelles [3]. Puis pour des raisons difficilement identifiables, au Moyen-âge, on verra disparaître ces pratiques de l'arsenal thérapeutique officiel ; peut-être comme le signal Philip E. Greenman que « les maladies endémique et contagieuse de cette époque comme la lèpre pouvaient susciter chez les praticiens une certaine réticence à entrer en contact personnel avec leur patient » [4].

Cette médecine par les mains survivra malgré tout en Europe, parfois clandestinement de manière empirique et par la transmission orale de maîtres à élèves ; avant de resurgir enrichie à la fin du XIX siècle aux États-Unis, grâce au concepteur de l'ostéopathie le Docteur Andrew Taylor Still.

Andrew Taylor Still est un médecin qui commence ses études dans le Missouri. Il se spécialisera en chirurgie et complètera son cursus par une formation d'ingénieur. Sa parfaite connaissance des lois physiques du génie mécanique et hydraulique et la synthèse qu'il en fait avec la connaissance de l'anatomie et de la physiologie appliquée à la médecine, lui permettent de redécouvrir l'art manuel et de parfaire, en les codifiant, toutes les transmissions orales et écrites venant de l'Antiquité [5]. Sa méthodologie lui permit notamment la recherche



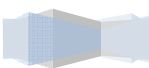


de nouvelles conceptions de la médecine avec le désir de comprendre la logique de la santé et de la maladie. Il approfondit avec passion ses connaissances anatomique, biomécanique et physiologique en étudiant le système vasculaire, nerveux, ostéo-articulaire et musculo-ligamentaire, cherchant toujours le lien qui les unissait.

Suite à la perte brutale de ses trois enfants lors d'une épidémie de méningite cérébro-spinale, Still se mit à douter du bien fondé de la médecine officielle de l'époque. Il faut dire aussi que la médecine américaine au XIX siècle ne dépassait pas de beaucoup les stades de diète, purge, saignée et application de cataplasme. C'est en 1874 qu'il crée son concept ostéopathique, grâce au bon résultat de ses traitements [6]. Still va vite acquérir une notoriété et susciter des vocations. Il va alors établir les fondements thérapeutiques de l'ostéopathie dont l'essor se poursuivra jusqu'à aujourd'hui. Il créera alors la première école Ostéopathique de Kirksville en 1892, ainsi que d'autres écoles dans plusieurs Etats d'Amérique ; comme celle de Chicago fondée en 1917 par le Docteur M.Littlejohn, élève de Still. C'est lui qui introduit ensuite l'ostéopathie en Europe via l'Angleterre, en y créant La British School of Osteopathy. En 1930 c'est W.Garner Sutherland, disciple de Still qui découvre au niveau des os du crâne et de l'ensemble des enveloppes du corps, les fascias, un micromouvement ondulatoire. Son enseignement contribuera à faire évoluer les techniques d'ostéopathie de Still.

En 1906, l'American Osteopathic Association (AOA) se crée. Elle deviendra opérationnelle en 1913 et fusionnera en 1936 avec d'autres centres de recherche ostéopathique en formant les Research Laboratories. Ces laboratoires engendreront, grâce aux travaux de ses chercheurs, d'incalculables apports nouveaux à l'ostéopathie. On peut alors citer Louisa Burns en 1930, qui étudiera durant 30 ans sur des animaux les modifications dans l'organisme après une lésion vertébrale et dont les observations troublantes sont rapportées dans son ouvrage sur «Pathogénèses des maladies viscérales après lésion ostéopathique » mais aussi Harisson Fryette dont les recherches eurent pour objet la compréhension de la biomécanique vertébrale normale et pathologique. Quant à John Denslow et à Irvin Korr, ils installèrent des bases neurophysiologiques à la lésion ostéopathique.

Progressivement l'ostéopathie s'enrichit donc de nouvelles méthodes et s'inscrit dans une dynamique de reconnaissance médicale. En 2004, la naissance officielle de la chambre nationale des ostéopathes a lieu et en 2009 la liste ADELI recense des praticiens ayant le droit d'user du titre d'Ostéopathe.



## ▪ Définition

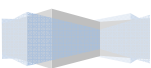
L'ostéopathie est une méthode de soins qui s'emploie à déterminer et à traiter les restrictions de mobilité qui peuvent affecter l'ensemble des structures composant le corps humain. Toute perte de mobilité des articulations, des muscles, des ligaments ou des viscères peut provoquer un déséquilibre de l'état de santé. L'ostéopathie est fondée sur la capacité du corps à s'auto-équilibrer et sur une connaissance approfondie de l'anatomie.

Le mot ostéopathie est constitué de deux racines grecques « *osteon* » qui signifie « *os* » et « *pathos* » qui généralement se traduit par « *affection* » ou « *maladie* ». La racine « *pathos* », en fait, est plus subtile. C'est l'expression d'une impression qui nous saisit, une information extérieure qui agit sur notre sensibilité interne. Nous retrouvons ce sens dans sympathie. Cela signifie une sensibilité particulière à l'autre, sur ce qu'il nous adresse et ce que nous recevons [5]. Selon cette approche, nous pouvons dire que l'ostéopathie porte attention à l'influence des os ou à des perturbations biomécaniques qui elles-mêmes entraînent une information d'alerte appelée maladie. Ce terme « *ostéopathie* » est utilisé pour la première fois en 1890, car on demanda à Still comment se nommait sa discipline. Il considéra à l'époque qu'il travaillait essentiellement sur l'ossature et se rappela de ses premières approches thérapeutiques sur les différentes tribus indiennes, comme les Pattawat et les Tamie. Il utilisa alors la contraction de ces différents termes et élaborait le nom « *osawatomie* » qui évoluera rapidement en « *ostéopathie* ».

## ▪ Principe de base et concept de l'ostéopathie

### ✓ Unité de l'être

Le corps est une unité de la personne c'est-à-dire l'unité du corps, du mental et de l'esprit [7]. L'ostéopathie se caractérise donc par la prise en charge de l'individu dans sa globalité mais aussi dans sa singularité. Elle respecte la définition de la santé donnée par l'OMS à savoir, la santé est un état complet de bien-être physique, mental, et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [8]. En Ostéopathie, lorsqu'une partie du corps est atteinte, cela signe un déséquilibre de l'harmonie du corps entier. Le traitement doit donc s'appliquer à retrouver non seulement la fonction de la partie atteinte mais aussi la balance du corps entier ; l'Homme étant un tout, mais aussi un élément du tout. Toutes les parties du corps sont reliées entre elles par l'intermédiaire des tissus organiques, mais aussi par l'ensemble de différents systèmes : système nerveux central et autonome, système immunitaire et endocrinien ainsi que le système psychique. Le corps constitue une véritable



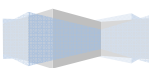
unité fonctionnelle indissociable, ainsi qu'une identité et une spécificité propre à chacun. Par conséquent, dès qu'une structure du corps présente une dysfonction, une perturbation dans son fonctionnement, cela ralentit le fonctionnement des structures situées à distance par le biais de ses corrélations de systèmes.

✓ **La structure gouverne la fonction**

Le deuxième principe de base décrit par Still est que les structures du corps et les fonctions qu'elles remplissent sont inter indépendantes. « Toute maladie remonte à quelque désordre mécanique dans la machinerie du corps humain » [9]. Spencer définit l'individu biologique comme « un tout concret possédant une structure qui lui permet, lorsqu'il se trouve dans les conditions convenables, d'accommoder constamment ses relations internes aux externes, de manière à conserver l'équilibre de ses fonctions » [10]. Lorsqu'une fonction est dérégulée, les structures et la « charpente » sont affectées. Le symptôme n'est alors qu'une expression de la perte de mobilité d'une structure. Les voies de communication nerveuse et liquidienne sont des agents de l'unité du corps. Toute entrave ou atteinte affaiblit l'adaptabilité de l'individu à son milieu et à sa capacité d'autoguérison. Cette inter relation entre structures est fonction et significative : si on règle la structure, la fonction reviendra ; mais l'inverse est également possible. Le rapport entre structure et fonction est une notion que l'on retrouve également en biologie. C'est un concept important qui met en relation la manière dont une partie est faite : la structure. Le rôle qu'elle a à remplir pour cet organisme est la fonction.

✓ **L'autorégulation, l'autodéfense et l'homéostasie**

La tendance naturelle du corps est le retour à l'équilibre. Le corps devrait normalement trouver les moyens de son adaptation, supporté par une alimentation adaptée et un environnement non traumatisant. C'est le principe d'homéostasie, initialement élaboré par Claude Bernard. L'homéostasie est la capacité que peut avoir un système, qu'il soit ouvert ou fermé, à conserver son équilibre de fonctionnement, en dépit des contraintes. Cette notion est apparue en biologie dans les années quarante, relativement à l'équilibre chimique des organismes vivants. L'homéostasie est la maintenance de l'ensemble des paramètres physico-chimiques de l'organisme qui doit rester relativement constant. D'ailleurs la stabilité du milieu intérieur est la condition d'une vie libre et indépendante.



### ✓ La règle de l'artère

A l'époque Still mettait l'accent sur l'importance de la circulation des fluides et sur la liberté des structures. « En premier, par l'ajustement normal de la charpente osseuse, l'ostéopathe recherche la perfection physiologique dans la forme, de sorte que les artères puissent délivrer le sang nécessaire à nourrir et construire toutes les parties ; également pour que les veines puissent emporter toutes les impuretés ce qui conditionne la rénovation ; [...] Un apport abondant et complet de sang artériel doit être amené et délivré à toutes les parties, organes et glandes, par les canaux appelés artère » [9]. Still pensait que le sang était capable de produire des substances nécessaires à maintenir l'immunité naturelle contre la maladie. Il fallait donc tout faire pour assurer une circulation fonctionnelle et efficace. Il s'agissait d'une idée assez novatrice et ingénieuse car à l'époque, la physiologie du système sanguin et immunitaire était très peu connue.

## B. La psychosomatique intégrative

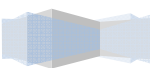
### ▪ Historique

Le terme « psychosomatique » est né dans la seconde moitié du XIX siècle en 1818, sa « paternité » est attribuée à un psychiatre Allemand Heinroth [11]. Il exprime la conviction de l'influence des passions sexuelles sur la tuberculose, l'épilepsie et le cancer. Ce nouveau courant médical avait pour objectif d'introduire dans le courant organiciste et expérimental de la médecine de l'époque des facteurs d'ordre psychique pour tenter de rendre compte de la causalité et de l'étiopathogénie de certaines maladies.

En 1828, ce psychiatre autrichien introduit également le terme de « somatopsychique ». Il s'applique aux maladies où le facteur corporel modifie l'état psychique. Ces deux termes sont les prémices de l'idée de l'unité psyché-soma qui est l'hypothèse et le concept de base de la médecine psychosomatique.

Néanmoins cette approche de l'individu dans sa globalité est plus ancienne. Hippocrate décrivait déjà que « l'Homme est un tout répondant aux stimulations internes et externes, corps et psyché, et que la séparation entre corps et esprit était artificielle ». La philosophie aristotélicienne considère également à l'époque que tout être, objet ou individu est composé de manière indissociable d'une matière et d'une forme c'est l'idée de « l'hylomorphisme ».

Ce concept d'unité sera repris au cours des siècles par de nombreux autres mouvements, avec entre autre « l'interactionnisme » de Descartes qui affirme que corps et âme sont deux



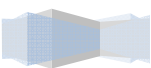
substances ayant une influence réciproque. Puis Freud décrira en 1923, qu'il était conscient de facteurs psychogènes dans les maladies. En 1952, Alexander décrit sept maladies psychosomatiques. Puis les précurseurs de l'école de Paris, Deutsch, élabore une méthode d'anamnèse associative des maladies psychosomatiques à partir d'un abord psychanalytique qui sera à l'origine de la méthode d'investigation de P. Marty [11].

Petit à petit, il se dégage de toutes ces théories une approche pluricausale de la maladie et du malade, confère Balint. Marty, quant à lui, soutiendra que « l'Homme est psychosomatique par définition ». Ses concepts seront repris, développés, enrichis et affinés par la suite par Stora qui introduit la notion « d'unité psychosomatique ». Il élabore en 1999, la psychosomatique intégrative. Cette nouvelle discipline intègre, pour ce qui est du modèle psychique, le modèle de fonctionnement psychique de la métapsychologie de Freud et pour ce qui est des autres systèmes, les découvertes les plus récentes du fonctionnement biologique ainsi que les approches des neurosciences.

#### ▪ Définition

Stora décrit la psychosomatique intégrative comme une approche de système de système [12]. C'est une discipline qui se trouve au carrefour des inter relations entre psychanalyse, médecine et neurosciences. Elle a pour objectif d'établir des liens entre les niveaux du vivant en prenant appui sur la recherche scientifique de toutes les disciplines scientifiques et médicales. La psychosomatique intégrative se réfère à l'arrivée de nouvelles disciplines, telle que la psycho-neurobiologie, la psycho-neuro-endocrinologie et la neuro-psychanalyse entre autres.

Cette discipline se base sur une méthode psychosomatique décrite et validée scientifiquement grâce aux travaux de recherche de Stora. Il s'agit d'évaluer de façon globale le risque psychosomatique du patient somatique grâce à une méthode d'évaluation et de diagnostic de la santé psychosomatique. Ces outils seront utilisés dans l'élaboration et la prise en charge en psychosomatique de deux cas cliniques décrits dans la seconde partie de ce mémoire.



▪ **Principe de base, quelques concepts fondamentaux**

J'expliquerai ici très succinctement certains concepts qui soutiennent l'organisation psychosomatique ; avec principalement la notion de structure fondamentale : l'unité psychosomatique, le préconscient et la mentalisation.

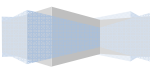
✓ **La structure fondamentale ou l'unité psychosomatique**

C'est l'organisation psychosomatique propre à chaque individu. Elle est constituée d'un étroit mélange de fonctionnement mental, de comportements moteurs et sensoriels ainsi que d'investissements psychiques. Ces derniers sont plus ou moins soutenus par la qualité libidinale ; c'est-à-dire l'importance que celle-ci occupe dans la santé et l'équilibre psychosomatique du sujet [13]. L'unité psychosomatique est un système de système qui comprend la psyché, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le génome.

Selon le principe de constance, l'appareil psychique a pour objectif de maintenir le quantum d'excitations au plus bas niveau. La quantité d'excitation subie par l'individu, doit rester le plus constant possible. Si l'appareil psychique est débordé, l'énergie délivrée par le quantum d'excitations se libérera alors dans l'un des cinq systèmes, décrit précédemment, engendrant l'entrée dans la somatisation et la maladie. « *L'unité psychosomatique* » est alors impactée et affectée [14]. Il est très important de dire que cette structure peut néanmoins évoluer, se modifier, et se restaurer au cours d'une cure thérapeutique ; avec notamment la possibilité de la reprise de la mentalisation grâce à la remise en place d'idées associatives par l'intermédiaire du thérapeute.

✓ **Le préconscient**

Le préconscient appartient au système de l'appareil psychique. Il est décrit dans la Première topique de Freud par opposition aux instances du conscient et de l'inconscient. Dans la Deuxième topique, il actualisera son point de vue en le qualifiant de contenus échappant à la conscience, sans être inconscient au sens strict [15]. Il fait alors appartenir le préconscient au système du moi et du surmoi. Les contenus et les opérations psychiques du système préconscient, absent du champ actuel de la conscience, sont susceptibles de s'y trouver actualisés. Il comporte la représentation de mots et de choses. On peut en fait comparer le préconscient à une réserve individuelle de tous les souvenirs, perceptions, sensations et représentations, aussi bien agréables que désagréables qui ont marqué notre vie [13]. C'est donc un contenu inscrit, engrammé et qui est donc susceptible d'être mis en paroles, en



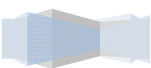
opposition au contenu mnésique inconscient. Marty parlait de l'épaisseur du préconscient pour désigner la richesse psychique individuelle du sujet. La représentation du préconscient est liée au langage. Il s'agit d'un niveau psychique auquel nous pouvons avoir accès dans certaines circonstances. La souplesse de circulation entre les instances psychiques garantit un bon fonctionnement du préconscient. Cela suppose que le sujet possède une connaissance relative de lui-même à son histoire. La possibilité de faire des liens entre des souvenirs d'une même époque ou entre ceux d'époques différentes et la possibilité de les associer librement avec d'autres représentations actuelles ou passées est un marqueur de bon fonctionnement de l'appareil psychique et du préconscient. C'est également ce système que l'on doit solliciter et réactivé au cours de la prise en charge en psychosomatique afin de relancer l'élaboration mentale pour canaliser et tendre à diminuer le quantum d'excitations.

### ✓ **La mentalisation**

C'est un terme introduit au début du siècle par Claparède pour désigner la prise de conscience. C'est aussi une liaison de la pulsion émergente à son objet signifiant. Parallèlement à la fantasmatisation, cette élaboration participe au processus secondaire de pensées. Elle atténue l'impact des excitations en leur conférant un sens. Elle diffère la satisfaction et elle maintient la contenance de l'objet [13].

Dans la nosographie psychosomatique, la mentalisation apprécie la qualité du préconscient en tenant compte de l'épaisseur, de la fluidité des représentations et de la permanence du fonctionnement. De façon générale, l'absence de mentalisation favorise la désorganisation de l'unité psychosomatique. La mentalisation est l'ensemble des qualités qui caractérise la pensée. Elle se rapporte à la réflexion, aux représentations, à la capacité de fantasmer, de rêver, d'imaginer et de créer. Elle est l'opposée de l'action irréfléchie ou de la décharge, que ce soit dans le comportement ou dans le corps.

On peut aussi la définir comme avoir la capacité de discuter avec soi-même. C'est une sorte de force intérieure où les différentes instances échangent entre elles avec souplesse, où le Moi pourrait freiner le ça, marchander ou trouver des compromis avec le Surmoi et veiller à son autoconservation. Elle permet de se plier au principe de réalité en empruntant une voie plus longue pour atteindre, in fine, la satisfaction de ses désirs de façon différée sans trop de frustration. La mentalisation en psychosomatique fait allusion aux acquis propres du développement intellectuel mais surtout au développement psycho-affectif durant l'enfance.



Lorsque les acquis intellectuels sont dissociés du plan psycho-affectif, cela favorise les caractères rigides, limités ou défensifs qui mutilent la personnalité. Une bonne mentalisation n'est pas synonyme d'intellectualisation. Une mentalisation défaillante laisse les conflits existentiels sans traduction psychique, réduits à une pure quantité d'excitations, ce qui favorise des états de détresse inélaborables, qui souvent, précèdent ou accompagnent de façon inexorable, les processus de somatisation.

Grâce à la définition de ces concepts de base on comprend pourquoi le psychosomaticien fait appel à la mentalisation au cours de la cure thérapeutique. Il a pour objectif d'aider son patient à mentaliser afin de restaurer une bonne qualité et une bonne épaisseur de préconscient dans le but de restaurer l'unité psychosomatique et de diminuer le quantum d'excitations.

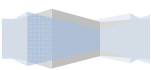
Cette première partie reprend donc succinctement les bases théoriques et les fondements de l'ostéopathie, mais aussi ceux de la psychosomatique intégrative. Il est désormais possible de faire des liens entre ces deux disciplines.

### **C. Les liens entre ces deux disciplines**

Tout d'abord, l'objectif premier de l'ostéopathie et de la psychosomatique intégrative est de prendre en charge la globalité de la personne c'est-à-dire l'ensemble de « l'unité psychosomatique » de l'individu. En effet, il n'est pas possible de cliver le corps et l'esprit. Soigner uniquement un symptôme sans tenir compte, par exemple, de l'étiologie n'est pas suffisant. Le symptôme en question peut être soulagé momentanément mais revenir ultérieurement. Il peut également se déplacer sur un autre système ou sur une autre zone du corps. Il faut plutôt chercher à savoir, pour chaque individu, ce que vient servir le symptôme. Un symptôme a souvent une fonction et un sens pour l'individu qui vient consulter.

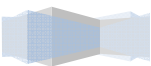
Par ailleurs, ces deux disciplines s'accordent également sur le principe d'homéostasie et sur la capacité de l'individu à élaborer sa propre solution afin de relancer le processus de « Self Care ». L'ostéopathe, en redonnant la mobilité et la bonne qualité tissulaire d'une région, favorise la reprise d'équilibre de la balance du corps dans son ensemble. Le psychosomaticien, en relançant le processus de mentalisation chez son patient, permet la bonne reprise de l'élaboration mentale afin de retrouver un état d'équilibre des excitations psychiques, auquel tout individu est soumis.

En tant qu'ostéopathe, je suis amenée à adopter cette ligne de conduite avec mes patients. Je soigne les maux du corps avec mes mains. J'écoute et j'accueille la ou les douleurs du patient,





mais aussi l'individu dans sa globalité. Néanmoins, j'ai vite senti mes limites en ce qui concerne le système psychique. Je possède quelques outils qui me permettent de faire verbaliser mes patients dans l'objectif de décharger leurs affects, à savoir, l'écoute active et la reformulation. J'adopte une attitude de neutralité bienveillante. Pour autant, au cours de mes consultations, la relance complète de l'élaboration mentale n'était pas suffisante. Par le suivi du Diplôme Universitaire et par l'étude des deux cas cliniques suivants, j'ai pu être confrontée à la mise en pratique de mes nouveaux acquis.



## II. Elaboration de deux cas cliniques

Dans cette seconde partie, je vais décrire la prise en charge de deux cas cliniques que j'ai reçu à mon cabinet, à la lumière des connaissances que j'ai pu acquérir durant cette année de DU de psychosomatique intégrative, dispensé par le Professeur Emérite Jean Benjamin Stora. J'utiliserai les outils diagnostics et méthodologiques qui nous ont été transmis, à savoir la méthode d'évaluation et de diagnostic de la santé psychosomatique, la grille d'évaluation du risque psychosomatique et le questionnaire d'aide au diagnostic psychosomatique (Annexes 1 et 2).

### A. Se rendre malade pour être entendu, le cas de Cécile

#### ▪ Présentation de Cécile

Cécile est une jeune femme âgée de 28 ans que j'ai suivi durant deux ans : soit un an et demi avant de commencer mon DU de psychosomatique.

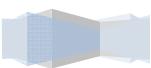
Je voyais Cécile en consultation ostéopathique à un rythme d'une fois par mois soient au total 14 séances. Ce suivi thérapeutique s'est poursuivi au cours de mon année de DU de psychosomatique, ce qui m'a permis d'aborder mes séances sous un autre angle, et d'apporter de nouveaux outils dans ma pratique professionnelle et ainsi d'aider au mieux Cécile.

J'ai eu de bonnes bases en psychologie lors de mes études en ostéopathie, et j'utilisais déjà quelques outils dans ma pratique au cabinet, comme l'écoute active, la verbalisation des affects et la reformulation. Néanmoins, il me manquait un outil de taille que j'ai appris durant cette année de DU : comprendre l'importance de ce qui se rejoue du passé dans notre relation avec nos patients.

Lors de la première consultation Cécile semble plutôt inquiète. En entrant dans le cabinet elle s'assoit timidement sur le fauteuil et adopte une posture plutôt défensive, bras croisées, épaules enroulées et tête baissée. Elle ne prend pas le temps de s'installer et elle n'enlève pas son manteau tout en gardant son sac sur ses genoux.

Cette patiente est de taille moyenne, elle a de longs cheveux châtain, qu'elle laisse libre pour cacher son visage. Elle n'est pas maquillée. Elle est vêtue d'un jean, un tee-shirt, des baskets. Elle est emmitouflée dans un grand manteau. J'ai l'impression que Cécile est à un carrefour entre la femme en devenir et l'adolescente qu'elle était.

Je commence la consultation en la questionnant sur la motivation de sa venue. Cécile vient alors pour des maux de ventre qui apparaissent par crise depuis janvier 2011. Ses douleurs sont accompagnées de nausées et de vomissements à un rythme de plusieurs fois par semaine.



Lors de cette consultation, Cécile parle à voix basse et lorsqu'elle s'exprime sa voix est hésitante. Elle rougit facilement. Dès cette première consultation, je perçois une forte charge émotionnelle dans sa façon de s'exprimer ainsi qu'une forte timidité.

▪ **Anamnèse médicale de la patiente**

Elle a consulté son médecin traitant qui a réalisé un bilan clinique et des examens complémentaires, à savoir un IRM cérébral, une fibroscopie, une échographie abdominale mais ceux-ci n'ont rien révélé d'anormal. Comme les signes cliniques persistaient, il y a eu la réalisation d'un bilan complet chez l'ORL mais ce dernier était aussi normal.

Elle me dit être très nerveuse, et souvent malade (gastro-entérite, otites, maux de dents, fatigue) depuis le début de l'année 2011.

Avant de faire le choix de prendre en charge Cécile en ostéopathie, je la questionne plus spécifiquement sur ses symptômes et les signes cliniques de ses maux de ventre.

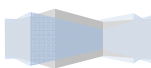
Les vomissements sont bilieux ou aqueux, il n'y a pas d'hématémèse. Il y a parfois des douleurs d'estomac mais pas de pyrosis, ni de reflux gastrique. Il n'y a pas de toux la nuit, ni de douleur postprandiale. La présence d'ulcère gastrique peut donc être écartée, ce qui a été confirmé par la fibroscopie.

Au niveau de l'appareil digestif bas, je m'assure qu'il n'y a pas de diarrhée, de rectoragie ou de méléna. La patiente est apyrétique. On peut donc éliminer les diagnostics de maladie de Chron, de rétro-colite hémorragique ou d'infection de type Micy.

Cécile m'explique qu'elle a du mal à s'alimenter. Elle mange en petite quantité et fractionne ses repas. Elle évoque l'appréhension de manger car elle angoisse d'avoir une crise de vomissements.

Lors de cette première consultation je trouve Cécile plutôt mince avec un IMC situé dans la tranche basse 19. Elle est pâle et cernée. À cet instant de la consultation, je m'interroge sur la possibilité d'une anorexie ; d'autant plus qu'elle éprouve des difficultés à s'alimenter et que des vomissements sont omniprésents.

Après ce début d'anamnèse je décide de prendre en charge Cécile en ostéopathie car il n'y a pas de contre indication au traitement ostéopathique.



▪ **Prise en charge de la patiente**

Je ne comprends pas tout de suite pourquoi, mais dès les premières séances c'est une patiente qui me touche, avec une personnalité attachante et je ressens l'envie d'aider cette jeune fille. Avec le recul et cette année de DU je comprends qu'il s'agit de « la magie » du transfert et du contre transfert. Mais aussi de la résonance du parcours de Cécile avec ma propre histoire.

Lorsque je lui demande de se dévêtir et de venir s'asseoir sur la table pour que je puisse commencer mon bilan ostéopathique, Cécile est gênée de se mettre en sous vêtements. Je lui propose de garder son débardeur, ce qui n'empêchera pas le bon déroulement de ma prise en charge afin quelle soit plus à l'aise durant les séances.

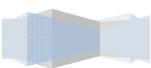
Cécile est mal à l'aise avec son corps, elle est plutôt pudique et adopte, comme au moment d'entrer dans le cabinet, cette posture de défense, son regard est fuyant et je ressens un intense malaise de sa part. Je prends conscience que c'est un exercice qui n'est pas évident pour elle, car en ostéopathie on se retrouve en sous-vêtements et le thérapeute soigne, avec ses mains, le corps de son patient.

En poursuivant mon bilan ostéopathique, je lui demande de me décrire ses douleurs et les conséquences de ses troubles gastro-intestinaux. Elle m'explique que ça arrive par crise, que ça commence par des maux de ventre, puis elle ressent une sensation de nausées et souvent il y a des vomissements. Elle me confie que ça l'angoisse beaucoup, qu'elle appréhende ces crises, qu'elle hésite même maintenant à sortir par peur que cela puisse lui arriver à l'extérieur.

Elle a été d'ailleurs récemment invitée chez des amis, mais elle n'a pas pu s'y rendre car elle a fait une crise avant de partir. Elle est allée plusieurs fois aux urgences pour ses symptômes et chez son médecin traitant qui lui a dit que c'était peut-être lié au stress. En effet, son médecin connaît bien son histoire de vie, me dit-elle.

Elle me confie qu'elle préférerait expliquer ses douleurs par un problème médical réel, plutôt que de ne pas savoir d'où ça vient. Elle préférerait avoir « une vraie maladie ». Cécile a besoin de rationaliser ses douleurs, il est compliqué et visiblement difficile pour elle de ne pas trouver une étiologie d'ordre purement médicale à ses souffrances.

Cécile travaille à l'URSSAF depuis ce début d'année. Elle a été très souvent arrêtée à cause de ses douleurs. Elle se sent fatiguée et manque d'énergie. Depuis janvier 2011, elle pose tous ses vendredis pour avoir un weekend de trois jours et se reposer.



Elle trouve peu d'intérêt et manque d'entrain dans son travail. Elle ne sort pas beaucoup, ne pratique aucune activité en dehors de son travail et n'a pas vraiment de passion. Elle me confie dormir beaucoup. Elle fuit le quotidien et ses problématiques dans le sommeil.

Cécile n'investit donc pas beaucoup l'extérieur. Depuis l'arrivée de ses douleurs, elle se replie encore plus sur elle-même. Dans l'évaluation globale du risque psychosomatique, le risque lié à l'environnement est élevé (score à 5) ce qui révèle une altération importante.

Elle me confie également avoir peur d'être malade. Elle a mal aux dents mais elle ne parvient pas pour autant à aller chez le dentiste. Elle doit contrôler l'état de ses grains de beauté mais se rendre chez le dermatologue lui est impossible.

Pourtant, elle parvient à consulter de multiples fois en une année : son médecin traitant et les urgences mais aussi un nombre important de spécialistes pour ses douleurs digestives, gastro-entérologue, otorhino laryngologue...

En s'appuyant sur ces observations, nous pouvons faire l'hypothèse d'un apparemment hystérique, comme décrit par Marty, entre la névrose actuelle et la névrose classique.

Les crises et les douleurs ayant commencé au début de l'année 2011, je lui demande s'il y a eu un événement particulier ou des changements de rythme dans sa vie depuis janvier.

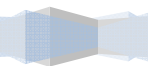
Elle m'explique qu'elle s'est installée avec son petit ami dans un appartement et qu'elle a quitté sa mère avec qui elle vivait. Depuis sa mère l'appelle des dizaines de fois par jour et si elle ne répond pas, elle laisse également des dizaines de messages sur son répondeur. Cécile se sent étouffée et harcelée par sa mère qui la culpabilise de l'avoir laissée seule. Elle la menace de faire une bêtise si elle ne répond pas au téléphone, ce qui angoisse considérablement la patiente.

Elle est submergée par la culpabilité que lui renvoie sa mère et ne sait qu'elle attitude adopter face à cette mère étouffante. De plus, elle ne parvient à partager avec les autres ses inquiétudes : Cécile a peu de personnes sur qui compter et elle a donc peur d'ennuyer ses amis ainsi que ses proches.

D'après la grille d'évaluation globale du risque psychosomatique, les processus et les mécanismes psychiques de Cécile sont momentanément altérés avec une irrégularité du fonctionnement mental, débordés par excès d'excitations (score à 2).

La capacité d'expression des affects au cours de ce premier entretien est plutôt somatique avec des douleurs et de la fatigue (score à 4).

Pour diminuer ses angoisses et ses douleurs, elle me confie fumer du cannabis car cela l'apaise. Elle y a recours de plus en plus souvent afin de gérer ses angoisses. Cette confiance



témoigne de la confiance qu'elle m'accorde, mais crée en moi une peur. Je me fais du souci pour elle, car je m'interroge sur le possible risque d'addiction de cette patiente. La prévalence des comportements est moyenne avec un score de 3, avec un risque vers l'addiction.

L'évaluation du risque psychosomatique est de 14. Nous sommes à un niveau intermédiaire avec une possibilité de réversibilité, grâce à une réorganisation à partir des points de fixations de régression.

A cet instant de la consultation j'évoque la possibilité d'une relation nocive avec sa mère, et emploie volontairement le mot toxique. Un blanc s'installe dans la conversation. Ce mot semble toucher Cécile, elle semble au bord des larmes, j'espère ne pas l'avoir trop brusquée. Ce mot me semblait juste et j'attends de voir si Cécile se l'approprie. Après un instant d'hésitation, elle se lance et me dit que sa mère lui empoisonne la vie.

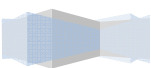
#### ▪ **Interprétation personnelle**

Cette première séance m'a permis de faire connaissance avec Cécile, de mettre en place un climat de confiance et de comprendre son profil et ses attentes qu'elle met dans cette relation thérapeutique.

Cette première rencontre met en évidence un profond manque de confiance en soi et révèle une faille du noyau narcissique. Depuis son départ de la maison familiale, Cécile est en proie à de nombreuses angoisses intrapsychiques auxquelles elle ne peut faire face, ce qui submergent son appareil psychique. Elle n'est plus en mesure de se défendre psychiquement, ce qui engendre une somatisation importante au niveau du système gastro-intestinale avec des maux de ventre, des nausées, des vomissements et une perte d'appétit. Le point de fixation régression semble toucher la fonction alimentaire avec des douleurs gastro-intestinales et des troubles du comportement alimentaire (axe 1C de la grille d'observation de Jean Benjamin Stora).

Cécile me semble avoir besoin de réassurance afin de renforcer son noyau narcissique. Je choisis donc d'adopter un rôle maternel sécurisant.

L'objectif de la thérapie est de travailler sur la confiance en soi et sur la prise en charge des inquiétudes somatiques et psychiques de Cécile. Ce qui est indispensable c'est que Cécile se réapproprie sa vie et ses choix afin qu'elle se réapproprie son corps et qu'elle diminue le contrôle du cours de sa vie sur la fonction alimentaire (déplacement de sa culpabilité sur la fonction orale ?).



Au fil des séances Cécile m'accorde sa confiance et elle me livre son histoire de vie.

J'apprendrai par la suite que sa mère est dépressive et alcoolique depuis que Cécile est toute petite. Elle me confira que sa mère était très dure verbalement et physiquement.

Elle se souvient que lorsqu'elle prenait le bain elle craignait que ce soit sa mère qui fasse sa toilette, car elle était violente dans ses gestes. Pour laver les cheveux de sa fille, sa mère ne faisait pas attention. Dans ses souvenirs, elle lui mettait de la mousse dans les yeux et lui tirait ses cheveux.

Elle se remémore également qu'à l'âge de 7 ans, elle avait mis sa culotte à l'envers. Sa mère l'a alors giflé et lui a enlevé sa culotte, en lui disant qu'elle était incapable. Cette réaction excessive et inadaptée n'a pas été sans conséquence. Cécile m'a raconté de nombreuses fois cette histoire au cours de différentes séances, cet épisode peut être considéré comme un événement traumatique dans l'histoire de Cécile. Elle me dit avoir eu le sentiment d'être humiliée et se souvient être très en colère contre sa mère.

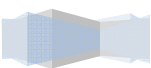
Elle me confie également avoir souvent peur des réactions de sa mère, elle avait peur de mal faire ou peur d'avoir fait une bêtise et craignait d'être sanctionnée par sa mère. Souvent elle n'osait donc pas entreprendre ou faire des choses car, pour sa mère, cela n'était jamais suffisant ou toujours mal fait. Cette mère semble très exigeante envers sa fille.

Cette mère avait également des propos dévalorisants vis-à-vis de Cécile mais aussi de son jeune frère. Son comportement était parfois inapproprié, elle criait et sanctionnait ses enfants sans motif ou raison valable, d'après les dires de Cécile.

Lorsqu'elle évoque son père elle se souvient qu'il était plus aimant et qu'il câlinait ses enfants. Elle préférerait que ce soit lui qui s'occupe d'elle pour la toilette car il avait des gestes plus doux et il était attentionné.

Néanmoins son père était peu présent et fuyait plutôt la maison familiale. Elle me dit également qu'elle aurait aimé qu'il la protège plus des excès d'agressivité de sa mère. Aux 22 ans de Cécile, son père lui confie avoir une relation extra conjugale et qu'il envisage de quitter sa mère. Les enfants sont dans la confiance durant plusieurs mois avant que leur père entame la procédure de divorce. Le père de Cécile quitte la maison alors que Cécile a 23 ans. Elle a vécu son départ comme un véritable abandon, laissant les enfants seuls à gérer leur mère dépressive et alcoolique. La mère de Cécile la sollicite beaucoup plus que son jeune frère : lui aurait réussi à se protéger dit-elle de cette relation toxique avec sa mère, il parle peu et il sort souvent.

D'après Cécile, sa mère est dépressive et alcoolique depuis que Cécile est toute petite. Cécile rapporte de nombreuses scènes de violence verbale et physique de la part de sa mère.

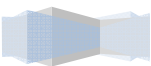


Plusieurs hypothèses sont possibles. Face à l'état de la mère de Cécile c'est-à-dire face à son alcoolisme et ses états dépressifs, une distance entre la mère et l'enfant a pu s'installer dès les premiers temps de vie. Or, lors de l'installation du narcissisme primaire, dans le stade d'indifférenciation tout se joue par la réponse de la mère aux attentes du nourrisson. Comment les besoins primaires de Cécile ont-ils été satisfaits ? Une carence dans les soins maternels s'est-elle opérée ?

Nous pouvons ici faire référence au concept de la mère suffisamment bonne de Winnicott, qui se définit par trois fonctions nécessaires. Le Holding ou le portage de l'enfant, il a une valeur affective qui introduit le corps dans l'espace. Le Handling, qui est la manipulation de l'enfant dans le cadre des soins qu'on lui apporte introduisant l'éveil sensoriel pour le bébé. C'est par l'intermédiaire du Handling que l'enfant peut dissocier son corps de l'environnement. L'Object presenting, qui est la présentation de l'objet maternel à l'enfant, ce qui l'aide à découvrir et investir le monde.

La mère winnicottienne, en touchant, en enveloppant, en ouvrant au monde le bébé, permet au bébé de se développer tout en le préparant à la découverte de la sexualité. C'est ce qu'il manque entre autre lorsqu'il y a une faille narcissique chez une personne. Cela ne se fait pas, ou se fait mal. Lorsqu'une véritable relation objectale avec la mère n'a pas pu se faire, l'objet libidinal n'est pas ressenti comme construit. Il n'est pas suffisamment intériorisé.

Chez Cécile, nous pouvons nous interroger sur la qualité de l'introjection de l'objet, néanmoins cette patiente rapporte de bons souvenirs avec son père, qui était lui beaucoup plus aimant. Elle préfère d'ailleurs que ce soit lui qui lui donne le bain car il était plus doux et attentionné dans ses gestes. Le père a ici sûrement pallié à la carence affective de la mère. La présence du tiers ou du père est ici salvatrice, ce qui a sans doute permis l'introjection de l'objet maternel, en jouant son rôle de par-excitation. Cécile a dû trouver avec ce tiers une relation maternelle complémentaire suffisamment bonne, jouant ainsi le rôle de substitut maternel puisqu'elle ne se trouve en aucun cas dans le versant de la psychose ou de l'état limite. Elle a pu se construire psychiquement. Il faut aussi se demander qui a joué le rôle de substitut maternel : est-ce uniquement son père ou une autre proche présente comme une grand-mère ? Cécile a-t-elle abordé tous ses souvenirs positifs aimants ? Il serait intéressant d'approfondir les relations primaires de Cécile afin de la faire relativiser sur son passé. Certes sa mère a des défauts mais elle a pu trouver des personnes sur qui elle a pu compter. Faire revivre des souvenirs attachants à Cécile peut permettre un vécu positif pour la patiente.





Il faut aussi se questionner sur la profondeur de ses relations avec son père. Elle dresse un portrait positif de son père. Qu'en est-il de son complexe d'Œdipe ? Elle préfère son père à sa mère.

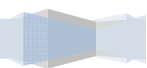
Pour en revenir à l'état somatique de la patiente, il semble qu'à cette étape de sa vie, Cécile rejoue l'état de somatisation légitime aux yeux de sa mère pour que l'on prenne soin d'elle. Dans les différentes consultations, Cécile précise que sa mère ne s'intéresse à elle que lorsqu'elle ne va pas bien. Par des comportements somatiques, Cécile cherche à s'adresser directement à sa mère et à l'interpeler. C'est sans doute le seul mode de communication que Cécile a connu avec sa mère. Le fait, que ce mode de communication perdure, renforce l'importance de la somatisation, la rendant désormais habituelle et inévitable.

Cécile se souvient aussi que sa mère avait des gestes violents. Elle la giflait souvent. Elle ne s'excusait jamais, sauf les fois où le corps de Cécile se manifestait. Elle se souvient par exemple que sa mère s'est excusée et l'avait cajolé en s'occupant d'elle lorsqu'elle a eu une otite, après avoir été giflés par sa mère, selon ses dires. Lorsqu'après une gifle, Cécile se mit à saigner du nez, sa mère s'en serait également beaucoup voulu et elle l'aurait prise dans ses bras.

Finalement la souffrance de Cécile devient légitime aux yeux de sa mère uniquement lorsque son corps signifie la souffrance physique et psychique par des réactions visibles (saignement de nez, infection ORL ...).

C'est donc ce qui se rejoue en consultation avec moi : un rôle maternel où Cécile me signifie que son corps est malade. Or cette communication avec autrui a trouvé ses limites : étant enfant, sa mère était plutôt imperméable à ses souffrances psychiques et elle ne lui a pas accordé le droit d'exprimer ses ressentis. Désormais, cette somatisation handicape Cécile au quotidien puisque les répercussions ont lieu sur son travail (accumulation des arrêts de travail notamment). L'état somatique est le signal d'alarme de Cécile pour dire que quelque chose ne va pas. L'expression de son mal-être passe par le corps. Il n'est plus mentalisé. L'objectif de ma prise en charge va donc être d'aider Cécile à faire du lien entre sa propre histoire et sa somatisation mais aussi d'entraîner Cécile à verbaliser le plus possible ses vécus sans se sentir jugée ou dénigré.

Un travail sur ses mécanismes de défense est indispensable. Vers la troisième séance, les processus des mécanismes psychiques de Cécile sont rééquilibrés avec un score à 1. Elle est bien mentalisée avec une bonne épaisseur de préconscient. Elle a une bonne capacité de



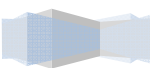
remémoration du passé. Elle fait des bons allers-retours entre le présent et le passé ce qui témoigne d'une forte capacité d'élaboration.

L'état somatique de la patiente et l'étude des relations primaires maternelles permettent d'évoquer un problème dans la relation aux femmes renvoyant une problématique à la mère qui s'est mal occupée de sa fille : physiquement et psychiquement. Le comportement actuel de Cécile est probablement lié au rapport de l'imaginaire maternel. Cécile pense inconsciemment ne pas pouvoir être aimée par sa mère, autrement que par un état somatique précaire. Par conséquent, Cécile rejoue indéfiniment ce scénario dans la relation à l'autre, notamment dans sa vie professionnelle avec la peur de ne pas faire correctement son travail vis-à-vis de sa supérieure hiérarchique. C'est aussi le cas dans sa vie personnelle avec ses relations amicales et la crainte d'ennuyer ses amis. Elle me confie ressentir très souvent le sentiment d'être jugée négativement par les autres.

Au travers de ses nombreuses consultations chez des thérapeutes différents, Cécile cherche peut-être l'expérience d'une mère idéale, bienveillante, que sa propre mère n'a pas eu à son égard. Elle est dans une quête affective qui lui permettrait enfin de tisser ce lien avec l'amour maternelle.

La somatisation peut aussi être l'expression d'une colère réprimée ou refoulée. Cécile me raconte avoir eu un fort sentiment d'injustice et de colère vis-à-vis de sa mère. Cette colère n'a jamais pu être extériorisée. Et c'est d'ailleurs, cette même colère qu'elle ressent aujourd'hui lorsque sa mère la harcèle de messages. Je devrais être vigilante dans ma prise en charge afin d'identifier dans la relation transférentielle, ses mouvements agressifs à mon égard. En effet, j'endosse le rôle maternel dans ses bons et mauvais côtés.

Pour le cas de cette patiente, il est justement possible de s'interroger sur le devenir des pulsions agressives. Cécile a du mal à verbaliser sa violence. Il s'opère alors un processus de refoulement jouant un rôle de défense du Moi (axe 1D de la grille d'observation) et tendant à diminuer les pulsions agressives ; les déchargeant à l'intérieur de l'individu lui-même. Des conséquences peuvent alors avoir lieu sur son narcissisme et son estime de soi. Cécile peut ressentir de la haine envers elle. Comment parvient-elle à s'aimer en retournant les pulsions agressives envers elle-même ? Quelle image Cécile a-t-elle d'elle-même ? Cela me renvoie à la première séance où la patiente a du mal à s'installer sur son siège et à se dévoiler physiquement. De plus quel est la qualité de l'introjection de l'objet ? Cécile était plutôt en présence d'une mère sadique, elle a pu incorporer un mauvais objet, ce qui expliquerait



aujourd'hui la présence d'un fort noyau masochique, conduisant à la décharge irrépressible des pulsions agressives à l'intérieur d'elle-même.

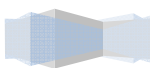
Mon objectif est donc d'aider Cécile à prendre conscience de sa colère. C'est un travail qui peut être long, je lui propose donc en parallèle l'éventualité de trouver une activité physique lui permettant la décharge de ses pulsions afin de diminuer le quantum d'excitations.

Cécile a mis du temps à trouver sa place professionnelle. Nous pouvons nous demander si aujourd'hui, elle a fini par la trouver, et si elle la trouvera un jour.

Après son bac, Cécile a entrepris des études de psychologie. Elle est allée jusqu'en quatrième année sans pour autant n'avoir pu aller au bout des choses. Elle a décidé d'arrêter car elle s'est dit que de toute façon elle ne serait jamais admise en cinquième année.

Aujourd'hui elle travaille dans un bureau à l'URSSAF. Elle me confie également avoir le sentiment de mal faire et se sent jugée par sa supérieure hiérarchique.

M'interroger finement sur le cas de Cécile me permet donc de comprendre ce qui se rejoue en ma présence dans les séances d'ostéopathie. Cécile me confie son corps pour que je prenne soin d'elle et que j'endosse alors le rôle de l'image maternelle. Il ne tient qu'à moi thérapeute de devenir cette mère bienveillante à l'égard de Cécile afin qu'elle expérimente et prenne conscience qu'il est possible pour elle de vivre autre chose que des relations maltraitantes. Cette expérience sera salvatrice et permettra peut être d'extraire Cécile de ce scénario rejoué perpétuellement avec autrui. C'est l'axe de travail que j'ai donné à la thérapie pendant ces nombreuses séances. Au cours de la prise en charge, j'ai pu observer une bonne reprise de la mentalisation et une relance de l'appareil psychique. Ce constat s'appuie sur des faits objectifs. Cécile apparaissait maquillée et féminisée aux séances, comme si il s'était opéré une restauration de son noyau narcissique qui m'a semblé perdurer et s'inscrire dans le temps. J'ai aussi pu constater un investissement de son environnement et une réappropriation de son histoire. Elle a entrepris la construction de son arbre généalogique en collaboration avec sa famille. Nous avons donc travaillé la possibilité de la fin de la prise en charge, tout en lui signifiant que je resterai disponible pour elle en cas de besoin. Depuis février 2013, Cécile n'a pas repris rendez-vous.



## B. Se détruire pour se différencier, le cas de Laura

### ▪ Présentation de Laura

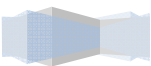
Laura est une adolescente de 17 ans qui m'a été adressée par sa maman, lors de la première consultation en ostéopathie. Toutes les deux prennent place au bureau et s'installent chacune sur une chaise face à moi. La mère commence en prenant la parole, et m'explique que sa fille souffre d'une douleur à la jambe droite depuis maintenant presque un an. Elle me confie ne plus savoir quoi faire car les différents traitements entrepris n'ont pas abouti. L'ostéopathie est son dernier espoir selon elle. Cette attente de résultats, exprimée très clairement par la mère, engendre chez moi, je dois bien l'avouer, une certaine pression.

La mère de Laura est plutôt logorrhéique, laissant peu de place à sa fille dans la conversation. Lorsque que je pose mes questions, je m'adresse à Laura pour lui donner sa place, et voir comment elle s'en saisit. Laura répond alors très brièvement en regardant sa mère, guettant les signes approbateurs et donc l'aval parental.

Laura est une jeune fille très mince, de taille moyenne, aux cheveux courts, d'un noir profond. Elle semble plutôt impressionnée lors de ce premier rendez-vous. Elle est toute recroquevillée sur sa chaise et elle évite mon regard. Son émotion est palpable, elle rougit facilement.

Au moment de commencer la séance la mère de Laura demande à sa fille si elle doit partir, Laura répond très rapidement que oui et qu'elle préfère être seule avec moi durant la consultation.

Les parents de Laura se sont séparés il y a un an. Laura me dit être contente de cette séparation. En effet, depuis 2010, sa mère et Laura partageait un secret : sa mère entretenait une liaison avec un autre homme. Laura avait appris cette nouvelle car sa mère n'était pas discrète selon elle. Par exemple, elle passait des nuits au téléphone avec cet amant. Elle l'avait même fait venir au domicile lorsque Laura était présente. Laura s'est alors retrouvée dans un conflit de loyauté vis-à-vis de ses parents. Elle a précisé que du moment où l'on ne fait pas souffrir l'autre, on peut tout faire ; sauf que son père semblait souffrir d'après elle. Laura a essayé de ne pas prendre parti dans cette histoire mais elle précise que son père fuyait la maison depuis longtemps. Est-ce qu'elle rend responsable son père d'avoir négligé sa propre mère ? Quelles relations paternelles étaient possibles ? En effet, son père était souvent absent, il travaillait beaucoup et faisait beaucoup de sport. Il a pour habitude de fuir les discussions dès que des conflits sont susceptibles d'avoir lieu.



Les relations entre Laura et sa mère sont fortes. Sa mère se confie beaucoup à elle. Laura me dit que les rôles sont inversés car sa mère lui demande souvent des conseils sur ce qu'elle doit faire avec son nouveau petit ami. Laura se sent délaissée : sa mère s'intéresse peu à elle tout comme son père. Les seules choses qui les intéressent ce sont ses études mais pas elle. Laura ne se sent pas entendue, écoutée et reconnue.

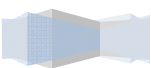
Cela entraîne un sentiment de solitude important. Elle dit le ressentir depuis longtemps. Laura est fille unique. Petite déjà, vers 12 ans, elle aimait partir de chez elle en vélo pour être tranquille, pour lire ou pour réfléchir.

Laura me raconte qu'à l'âge de 11 ans elle admirait beaucoup le grand frère de son petit ami de l'époque. Il s'appelait Jean-Philippe. C'était un garçon, bien plus âgé qu'elle, à part et incompris des autres. Elle me confie l'avoir aimé en secret. Mais Jean-Philippe est mort dans un accident. Ce décès l'a énormément touché. Ses parents n'ont jamais compris sa tristesse. Elle me dit que la mort de cet ami, aimé en secret, lui a enlevé une partie d'elle. Durant un an, elle s'est rendue tous les jours sur sa tombe. Un jour, elle est allée lui parler sur sa tombe. Elle s'est alors fait chasser manu militari par la police du cimetière qui lui a dit qu'elle n'avait rien à faire là. De rage et de colère, elle a réagi de manière auto-agressive. Elle s'est brûlée la peau. C'est le premier acte de mutilation sur son corps. A l'anniversaire des un an de la mort de Jean-Philippe, elle a réalisé une deuxième scarification. Un jour l'infirmière du lycée a pris le temps de parler avec elle de ses cicatrices et de ce qu'elle s'infligeait. Cela l'a apaisée. L'infirmière lui a dit que son ami décédé était dans son cœur. Depuis cette discussion, elle ne ressent plus le besoin de se rendre sur la tombe de son ami.

En tant qu'adolescente, Laura aime traîner dans les bars. Elle y retrouve des amis plus vieux qu'elle, qui la comprennent, qui l'écoutent et qui font attention à elle. Elle est surnommée « destroy » par rapport à ces antécédents et à ces alcoolisations ponctuelles. Laura boit parfois. Elle a des cicatrices de scarification et deux tatouages qu'elle a réalisés elle-même. Laura ne mange pas beaucoup et seulement deux repas par jour : le matin et le soir.

#### ▪ Anamnèse médicale de la patiente

Dans un premier temps, je la questionne plus spécifiquement sur cette douleur à la jambe droite. Elle me décrit que la douleur parcourt un trajet qui part du bassin, qui descend dans la fesse et dans la cuisse droite. Ses douleurs apparaissent par crises. Elles sont présentes à la marche et tendent à disparaître au repos. Il n'y a pas de douleurs nocturnes. Il n'y a aucun antécédent de chute ou de traumatisme direct sur le membre inférieur droit. Il n'y a aucun trouble digestif ni urinaire associé à cette douleur. La patiente est apyrétique. Il n'y a aucun



signe neurologique anormal. La force musculaire et les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux. Nous sommes en présence d'une douleur mécanique musculo-squelettique de type sciatique ou sciatalgie. Il n'y a donc aucune contre indication à prendre Laura en charge d'un point de vue ostéopathique.

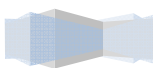
Depuis 1 an Laura prend donc des antidouleurs quotidiennement pour ses douleurs à la jambe droite. Le médecin lui a prescrit du Spifen 400 toute les 6 heures. Son médecin traitant a également réalisé de la mésothérapie afin de diminuer les douleurs mais ces injections n'ont pas vraiment soulagé Laura.

#### ▪ **Prise en charge de la patiente**

Au moment de se dévêtir Laura n'est pas vraiment à l'aise, elle préfère garder son tee-shirt. En s'allongeant sur la table elle semble inquiète, tendue. Elle regarde sans cesse vers la porte qui mène à la salle d'attente, elle parle tout doucement. Je lui demande ce qui la met dans cet état et pourquoi elle paraît si anxieuse. Laura a peur, elle a peur que sa mère entende ce qu'elle me dit. Je la rassure en lui disant que de la salle d'attente, nous ne pouvons pas entendre les conversations qui se déroulent dans le cabinet. Elle me reposera la même question à plusieurs reprises durant la séance. A chaque fois, je prendrai le temps de la rassurer et de la mettre en confiance. Cette inquiétude m'interpelle : qu'a-t-elle de si important à cacher ? Pourquoi est-t-elle autant hypervigilante ? Quelle réaction craint-elle de la part de ses parents ?

Laura m'explique qu'elle a un petit ami beaucoup plus vieux qu'elle, que ses parents s'en sont rendu compte. En décembre, au moment du conseil de classe, ses parents et ses professeurs se sont interrogés car Laura a rendu une copie vierge lors d'un examen avec écrit en tout petit Sergio sur la feuille. Sa mère lui a demandé expressément de lui dire qui était ce Sergio. Laura n'a alors voulu rien dire mais ses parents ont trouvé tous les messages qu'ils se sont envoyés par téléphone portable. Son père est rentré dans une colère folle et il a eu des gestes violents envers Laura. Ses parents voulaient appeler la police et porter plainte contre Sergio. Laura a fait une crise de nerfs me dit-elle, elle était dans un autre état et elle a du mal à se souvenir.

Les réactions excessives de ses parents ont continué. Laura a été interdite de sorties. Ses parents lui ont confisqué son portable. Sergio a depuis décidé de lui en acheter un autre, qu'elle cache tend bien que mal. Elle me confie qu'elle angoisse que ses parents trouvent ce portable. Ils se rendraient alors compte que cette relation perdure et que Laura est rentrée dans des mensonges récurrents afin de continuer cette liaison en cachette.



Laura est donc dans un état de stress et d'angoisse important. Lorsqu'elle me confie son secret elle parle vite et fort. Elle qui semblait si timide, change de comportement. Il est possible de penser que le poids du secret est trop grand et qu'il est visiblement lourd à porter. De plus, elle n'a personne à qui se confier car ses amies ne la comprennent pas. Elle me dit compter les jours avant d'être majeure et d'avoir 18 ans, elle attend d'être libre.

Laura a procédé à de nouvelles scarifications depuis qu'elle est avec son petit ami Sergio. Elle va finir par m'avouer qu'elle m'a menti : Sergio n'a pas 30 ans mais 42 ans.

Après m'avoir livrée son histoire, Laura semble plus calme. Son corps se relâche la tension qui l'animait s'apaise. Elle semble moins sur la défensive, elle respire plus calmement. Je laisse volontairement un blanc dans la conversation pour qu'elle puisse se saisir de cet état.

#### ▪ **Interprétation personnelle**

Au cours de cette séance, je me suis fait du souci pour Laura. L'idée qu'elle puisse se mettre en danger ou porter atteinte à ses jours m'effleure l'esprit. Je vais alors relativiser en me disant que son discours est tout de même rassurant. Elle dit que malgré tous les conflits, elle aime ses parents et elle ne veut pas leur faire de mal. Elle affectionne aussi beaucoup son professeur de guitare qui, lui, la comprend et la fait rire. Elle prend beaucoup de plaisir à se rendre à ses cours de musique et aime jouer avec son groupe d'amis qui partage la même passion pour la musique.

L'évaluation globale du risque psychosomatique donne pour Laura un score total de 11 au moment de la première séance. Laura témoigne d'un fonctionnement psychique momentanément altéré du au débordement momentanés des possibilités d'élaboration mentale. Cela entraîne un excès d'excitations et une répression des représentations. Les processus et mécanismes psychiques ont un score de 2. En ce qui concerne la prévalence des comportements, le score est à 3 avec une tendance plutôt sado-masochique, décharge dans le comportement notamment avec des conduites à risques : scarification, alcool. La capacité d'expression des affects a un score de 2 avec répression des affects engendrant fatigue et douleur (Axe 3). Enfin le risque lié à l'environnement est à 4, avec des difficultés d'intensité moyenne, du entre autre au divorce récent de ses parents engendrant pour Laura une perturbation temporaire (Axe 4). On se situe donc dans un risque intermédiaire avec possibilité de réversibilité, par une réorganisation à partir des points de fixations régressions. Pour Laura le point de fixation régression est d'ordre moteur avec la présence de douleurs musculo-squelettiques. Pour ce qui est du mécanisme de défense du Moi (Axe 1D) Laura se place probablement dans le retournement sur soi. Notamment par le biais des scarifications et

de sa propre mise en danger (alcool, entourage). On peut s'interroger sur le devenir des pulsions agressives chez Laura. La relation à l'objet (Axe 1) est difficile pour moi à aborder car je manque d'information concernant la petite enfance de Laura. Néanmoins il semble plutôt probable que l'objet Soi introjecté car Laura ne se situe pas dans le cadre de la psychose. La question est de savoir si il n'y a pas eu de carence ou quel type d'objet a été introjecté.

Les confidences, dont Laura témoigne, prouvent que malgré sa profonde souffrance, des attaches affectives sont présentes ce qui est plutôt rassurant.

Laura à 17 ans elle est donc dans la période d'adolescence. C'est une phase de restructuration affective et intellectuelle de la personnalité, un processus, d'individuation et de métabolisation des transformations physiologiques liées à l'intégration du corps sexué. Par des conduite à risque, elle cherche à se différencier des ses parents et de ses modèle parentaux. Elle va donc entretenir une relation avec un homme plus âgé, par son comportement et ses choix, elle s'inscrit dans un processus de développement normal de type d'opposition aux attentes parentales. Ce qui pose question est en revanche le motif de consultation à savoir sa douleur musculo-squelettique de sa jambe droite.

Dès la première consultation ce qui me frappe est l'existence de relation conflictuelle avec ses deux parents. Laura n'arrivant pas à faire accepter sa relation sentimentale avec un homme plus âgé à son entourage, elle rentre dans des mensonges répétitifs. Le poids du secret est à l'origine d'un quantum d'excitations élevé auquel elle ne peut faire face. L'impossibilité momentanée de mentaliser les vécus engendre un débordement de l'appareil psychique. Il n'est plus efficace, la relève est assurée par le corps, le mode de somatisation empreinte la voie du système musculo-squelettique. Les angoisses viennent accentuer ce mode de défense. Par ailleurs, Laura ne se sent écouté par les autres. Elle se sent incomprise et seule. Il est donc possible d'envisager qu'elle a peu confiance en l'autre. Cette situation peut renforcer son mutisme. Plus elle se renferme sur elle-même, moins elle communique sur ses ressentis, ses affects et son vécu. La décharge ne se fait pas par la verbalisation, mais sur un mode corporel. De plus, comme bon nombre d'adolescente elle choisit des conduites à risque auto-agressive : scarification. Il faut s'interroger sur le poids de la culpabilité. La première scarification est liée au décès d'un amour secret. Aurait-elle aimé porter secours à cet homme ? Quels fantasmes entretient-t-elle autour de ce décès ? Pour Laura la scarification peut être aussi une punition infligée à soit même à la fois pour une procuration d'un mieux-être immédiat mais aussi pour garder un souvenir indélébile de cet amour perdu. Enfin le choix de la scarification témoigne d'une recherche de contrôle et de maîtrise sur soi-même et sur les événements.



Les symptômes actuels semblent donc liés à une situation conflictuelle et l'expression de ces conflits se fait de manière somatique. Par les scarifications, Laura montre que son corps est le moyen de communication et d'expression de son mal-être.

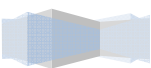
Au cours des séances, j'ai pu observer une amélioration de son état. Laura avait moins de douleurs, elle prenait donc moins d'antalgique. J'ai donc proposé d'espacer les séances. J'ai aussi fait ce choix en fonction de la demande de ses parents : le coût financier avait été abordé précédemment.

L'état de Laura s'est aussi amélioré lorsque nous avons cherché des solutions pour diminuer ses angoisses. Laura m'a confié que le téléphone portable offert par Sergio lui posait problème. Elle devait le cacher et elle redoutait qu'il soit découvert. Elle a donc décidé de rendre le téléphone à son compagnon, ce qui a eu pour effet de diminuer considérablement son état de stress. Entre temps, ses parents ont décidé de lever la punition sur l'interdiction de portable.

Lors du règlement d'une séance, son père n'a pas voulu reprendre de rendez-vous à l'avance. Il m'a précisé qu'il appellerait si sa fille en manifestait le besoin. En cette fin présumée de prise en charge, j'ai soumis l'idée à son père, qui aime le sport, d'emmener sa fille avec lui. Laura était emballée par cette suggestion.

Depuis, la séance de juin, je n'ai pas revu Laura.

Ce cas reste à élaborer puisque des questions restent en suspend.



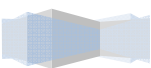
## Conclusion

Cette année de DU de psychosomatique intégrative fut riche d'enseignements théoriques et pratiques. Au fur et à mesure de l'apprentissage de ces nouveaux outils, j'ai pu appliquer mes nouveaux acquis dans la prise en charge de mes patients. Aujourd'hui, je comprends mieux tout ce qu'il se joue dans mon cabinet, lorsque je prends en charge un patient. Il est nécessaire de savoir quel rôle nous jouons pour l'autre, en tant que thérapeute ; que se rejoue-t-il ici et maintenant dans la relation thérapeutique, du passé de nos patients ?

Il est également enrichissant de prendre conscience de ce qui se passe pour nous, dans la relation avec notre patient. C'est là toute la complexité de la relation transférentielle et contre-transférentielle. Nous pouvons apporter de nombreuses choses à nos patient, dans la restauration de leur unité psychosomatique, dans l'accueil, l'écoute et la compréhension de leur douleur ; si nous prenons en compte ce qui nous appartient et ce qui leur appartient. Il faut rester à l'écoute de nos ressentis. Nous sommes amenés à apprendre beaucoup de nous à travers eux. Il me semble essentiel, en tant que thérapeute, d'avoir accès à cette dimension dans la relation soignant-soigné.

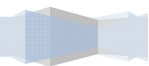
Au travers de cette année universitaire, j'ai pu découvrir la richesse de la psychosomatique intégrative. J'ai pris plaisir à m'initier à cette démarche thérapeutique à part entière. En cette fin d'année, je prends conscience que le chemin est encore long pour utiliser habilement et efficacement les connaissances acquises durant cette année.

Il serait intéressant de sensibiliser de nombreux professionnels à cette démarche pour améliorer la prise en charge des patients : nous sommes tous des thérapeutes. Comment interpeler le plus grand nombre d'entre nous à être intéressé par cette démarche ?



## Références bibliographiques

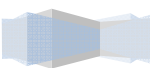
- [1] Bardinet, T. (1995). *Les papyrus médicaux de l'Égypte pharaonique*, Fayard.
- [2] Site internet de la Permanence ostéopathique de Lausanne : [www.p-o-l.ch](http://www.p-o-l.ch)
- [3] Galien, (1994). *Œuvres médicales choisies*, Gallimard.
- [4] Phillip Greenman, E. (1996). *Principales of Manual Medecine*, Williams &Wilkins.
- [5] Pilate, P. (2006). *L'ostéopathie, Techniques et exercices pour tous*, Eyrolles Pratique.
- [6] Taylor Still, A. (Edit. 2013). *Autobiographie, le fondateur de l'ostéopathie*, Sully.
- [7] de Pommereau, R. (2012). Mémoire intitulé : *La philosophie ostéopathique. Fondement indispensable de notre pratique, de 1874 à nos jours*, IDHE.
- [8] O. M. S. Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, (1946). *Actes officiels de l'OMS*, n°2.
- [9] Taylot still, A. (1899). *Philosophie de l'ostéopathie*, Sully.
- [10] Spencer, H. (1987). *Autobiographie*, Traduit par P., Tort., PUF.
- [11] Stora, J.-B. (2012). Cours Année 2012-2013, Intitulé : *Histoire de la psychosomatique*.
- [12] Stora, J.-B. (2012). *Les cahiers de recherche de psychosomatique intégrative n°1*, Société de Psychosomatique Intégrative.
- [13] Castellano-Maury, E. (2009). Mémoire intitulé : *La structure psychosomatique au processus de somatisation*, Association international de psychosomatique de Pierre Marty.
- [14] Stora, J.-B. (1999). *Quand le corps prend la relève*, Odile Jacob.
- [15] Doron, R. & Parrot, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*, PUF.



## Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique : cas Cécile

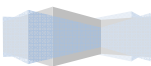
Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique : cas Laura



Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique : cas Cécile

J.B.STORA 2009 GRILLE DE CALCUL INDICATEURS PSYCHOSOMATIQUES															
Q	V	F	Q	V	F	Q	V	F	Q	V	F	Q	V	F	
1		0	41		0	81	0	121	0	161	0				
2		0	42		0	82	1	122	0	162	1				
3	1		43		0	83	0	123	0	163	0				
4		0	44		0	84	1	124	0	164	0				
5	1		45	1		85	0	125	1	165	1				
6	1		46	1		86	0	126	0						
7		0	47	1		87	0	127	0						
8	1		48		0	88	0	128	1						
9	1		49	1		89	1	129	1						
10		0	50		0	90	0	130	0						
11	1		51		0	91	0	131	1						
12		0	52		0	92	0	132	0						
13		0	53	1		93	0	133	0						
14		0	54		0	94	0	134	0						
15		0	55	1		95	0	135	0						
16		0	56	1		96	0	136	0						
17	1		57		0	97	0	137	0						
18	1		58		0	98	0	138	0						
19		0	59		0	99	0	139	0						
20	1		60	1		100	0	140	0						
21		0	61		0	101	0	141	1						
22		0	62		0	102	0	142	0						
23	1		63	1		103	0	143	0						
24	1		64	1		104	1	144	0						
25		0	65	1		105	0	145	0						
26		0	66		0	106	0	146	0						
27	1		67	1		107	0	147	0						
28	1		68		0	108	1	148	1						
29		0	69		0	109	1	149	1						
30		0	70	1		110	1	150	1						
31		0	71	1		111	0	151	0						
32	1		72	1		112	0	152	0						
33		0	73	1		113	0	153	0						
34		0	74	1		114	0	154	1						
35	1		75		0	115	0	155	1						
36		0	76		0	116	1	156	0						
37	1		77		0	117	0	157	0						
38		0	78	1		118	0	158	0						
39	1		79		0	119	0	159	1						
40	1		80	1		120	1	160	0						
															Scores prevalence scores
VALIDITE si score=0 invalide si score = 2															0
X.REVELATION SUR SOI/ FRANCHISE															1
Y. DESIR DE PARAÎTRE SOUS SON MEILLEUR JOUR															7
Z. DEPRECIATION DU PATIENT DANS SA RELATION AU MEDECIN															6

INDICATEUR ALCOOL																		0
INDICATEUR DROGUE OU MEDICAMENT NON PRESCRIT																		2
INDICATEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE																		0
INDICATEUR CONSOMMATION CAFE																		0
INDICATEUR ACTIVITE SPORTIVE																		3
INDICATEUR CIGARETTES																		0
<b>INDICATEURS SANTE MENTALE</b>																		
AA. ECHELLE ANXIETE-TENSION																		13
BB. ECHELLE DEPRESSION																		6
CC. ECHELLE DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF																		12
DD. ECHELLE DE FLUCTUATIONS EMOTIONNELLES																		10
EE. ECHELLE DE COMPORTEMENT DEFENSIF (pulsions agressives, noyau paranoïde)																		5
patients irritables et agressifs envers le corps médical																		
<b>COMPORTEMENTS D'ADAPTATION</b>																		
1.COMPORTMTS de retrait et d'absence d'affect-peu communicants																		8
2A.COMPTMT craintif, inhibé, perte estime de soi conséquence de la maladie																		13
2B. COMPTMT d'anhédonie, incapacité de jouir de l'existence																		6
3.COMPTMT coopérant en apparence, déni de la maladie-relations agréables																		24
4. COMPTMT d'observance, recherche l'approbation, coopère avec les médecins																		9
5.COMPTMT de confiance et d'observance, attente d'être traités avec courtoisie																		5
6A.COMPTMT sceptique, non-conforme, action impulsive																		14
6B.COMPTMT autoritaire agressif peu observant																		1
7.COMPTMT responsable, coopératif-vit la maladie comme une blessure																		12
8A.COMPTMT imprévisible, observance fluctuante, troubles de l'humeur, insatisfait																		12
8B.COMPTMT plaintif -pense qu'il ou elle mérite de souffrir -dimension masochique																		13
<b>RELATIONS A LA MALADIE, environnement et capacité de résistance</b>																		
A. APPREHENSION DE LA MALADIE																		16
B. EVALUATION SUBJECTIVE DES DEFICITS FONCTIONNELS																		5
C. SENSIBILITE A LA DOULEUR																		8
D. EVALUATION DU SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL																		7
E. EVALUATION DU PESSIMISME CONCERNANT LE FUTUR DE LA MALADIE																		3
F. ABSENCE DE RESSOURCES SPIRITUELLES																		3
<b>PRONOSTIC DES TRAITEMENTS</b>																		
G. Réaction émotionnelles, appréhension traitements et procédures médicales																		16
H.Comptmt d'observance problématique																		8
I. Cptmt de tout ignorer de leur maladie, refus défensif d'information médicale																		0
J. Demande excessive de soins(recherche inconsciente de soins maternels)																		8
K. Comportement de non-observance(dans tous les aspects des soins)																		0
<b>RECOMMANDATIONS</b>																		
L. EVALUATION DES DIFFICULTES D'ADAPTATION DU PATIENT																		2
M. INDICATIONS DE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE																		6



Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique : cas Laura

J.B.STORA 2009 GRILLE DE CALCUL INDICATEURS PSYCHOSOMATIQUES

	Q	V	F	Q	V	F	Q	V	F	Q	V	F	Q	V	F					
	1		0	41		0	81	1		121	1		161		0					
	2	1		42		0	82	1		122		0	162		0					
	3		0	43		0	83		0	123		0	163	1						
	4		0	44	1		84	1		124		0	164		0					
	5		0	45		0	85	1		125	1		165	1						
	6		0	46	1		86		0	126		0								
	7	1		47		0	87		0	127		0								
	8		0	48		0	88		0	128	1									
	9	1		49		0	89	1		129		0								
	10	1		50		0	90	1		130		0								
	11		0	51	1		91	1		131		0								
	12		0	52		0	92		0	132	1									
	13		0	53		0	93	1		133		0								
	14	1		54	1		94		0	134	1									
	15		0	55		0	95	1		135	1									
	16		0	56		0	96		0	136	1									
	17	1		57		0	97		0	137		0								
	18	1		58		0	98		0	138		0								
	19		0	59		0	99		0	139		0								
	20		0	60		0	100	1		140	1									
	21		0	61	1		101	1		141		0								
	22		0	62		0	102		0	142	1									
	23		0	63		0	103	1		143		0								
	24	1		64		0	104	1		144		0								
	25		0	65		0	105	1		145		0								
	26	1		66	1		106		0	146		0								
	27		0	67	1		107		0	147		0								
	28		0	68		0	108	1		148		0								
	29		0	69		0	109	1		149		0								
	30		0	70		0	110		0	150	1									
	31		0	71	1		111		0	151		0								
	32		0	72	1		112		0	152		0								
	33		0	73		0	113	1		153		0								
	34		0	74	1		114		0	154		0								
	35	1		75		0	115		0	155		0								
	36	1		76		0	116	1		156	1									
	37		0	77		0	117	1		157		0								
	38	1		78		0	118		0	158		0								
	39	1		79		0	119		0	159	1									
	40		0	80	1		120	1		160		0								
																		Score prevalence scores		
VALIDITE si score=0 invalide si score = 2																				0
X.REVELATION SUR SOI/ FRANCHISE																				1
Y. DESIR DE PARAÎTRE SOUS SON MEILLEUR JOUR																				9

Z. DEPRECIATION DU PATIENT DANS SA RELATION AU MEDECIN																				0
INDICATEUR ALCOOL																				0
INDICATEUR DROGUE OU MEDICAMENT NON PRESCRIT																				1
INDICATEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE																				0
INDICATEUR CONSOMMATION CAFE																				1
INDICATEUR ACTIVITE SPORTIVE																				1
INDICATEUR CIGARETTES																				1
<b>INDICATEURS SANTE MENTALE</b>																				
AA. ECHELLE ANXIETE-TENSION																				9
BB. ECHELLE DEPRESSION																				7
CC. ECHELLE DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF																				7
DD. ECHELLE DE FLUCTUATIONS EMOTIONNELLES																				5
EE. ECHELLE DE COMPORTEMENT DEFENSIF (pulsions agressives, noyau paranoïde)																				16
patients irritables et agressifs envers le corps médical																				
<b>COMPORTEMENTS D'ADAPTATION</b>																				
1.COMPORTMTS de retrait et d'absence d'affect-peu communicants																				11
2A.COMPTMT craintif, inhibé, perte estime de soi conséquence de la maladie																				2
2B. COMPTMT d'anhédonie, incapacité de jouir de l'existence																				3
3.COMPTMT coopérant en apparence, déni de la maladie-relations agréables																				6
4. COMPTMT d'observance, recherche l'approbation, coopère avec les médecins																				9
5.COMPTMT de confiance et d'observance, attente d'être traités avec courtoisie																				9
6A.COMPTMT sceptique, non-conforme, action impulsive																				13
6B.COMPTMT autoritaire agressif peu observant																				7
7.COMPTMT responsable, coopératif-vit la maladie comme une blessure																				14
8A.COMPTMT imprévisible, observance fluctuante, troubles de l'humeur, insatisfait																				19
8B.COMPTMT plaintif -pense qu'il ou elle mérite de souffrir -dimension masochique																				7
<b>RELATIONS A LA MALADIE, environnement et capacité de résistance</b>																				
A. APPREHENSION DE LA MALADIE																				12
B. EVALUATION SUBJECTIVE DES DEFICITS FONCTIONNELS																				13
C. SENSIBILITE A LA DOULEUR																				10
D. EVALUATION DU SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL																				6
E. EVALUATION DU PESSIMISME CONCERNANT LE FUTUR DE LA MALADIE																				6
futur maladie																				
F. ABSENCE DE RESSOURCES SPIRITUELLES																				6
<b>PRONOSTIC DES TRAITEMENTS</b>																				
G. Réaction émotionnelles, apprehension traitements et procédures médicales																				4
H.Comptmt d'observance problématique																				12
I. Cptmt de tout ignorer de leur maladie, refus défensif d'information médicale																				3
J. Demande excessive de soins(recherche inconsciente de soins maternels)																				11
K. Comportement de non-observance(dans tous les aspects des soins)																				0
<b>RECOMMANDATIONS</b>																				
L. EVALUATION DES DIFFICULTES D'ADAPTATION DU PATIENT																				6
M. INDICATIONS DE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE																				5

