



HAL
open science

Approche psychosomatique de l'Occident et de la médecine chinoise avec approche thérapeutique

Yong Zhou Wang

► **To cite this version:**

Yong Zhou Wang. Approche psychosomatique de l'Occident et de la médecine chinoise avec approche thérapeutique. Psychologie et comportements. 2014. dumas-01120601

HAL Id: dumas-01120601

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01120601>

Submitted on 26 Feb 2015

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 PERMANENTE

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

Membres du Jury de septembre 2014:

Pr. Marc Olivier BITKER, Pr. Jean-François ALLILAIRE, Pr. Jean Benjamin STORA, Stéphane FLAMANT, Michael STORA.

Approche psychosomatique de l'occident et de la
médecine chinoise avec approche thérapeutique

Mémoire de psychosomatique
présenté par " Wang Yong Zhou "

Jury du vendredi 19 septembre et du samedi 20 septembre 2014
Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière

Année universitaire 2013 – 2014

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Professeur STORA, co directeur de ce Diplôme universitaire, qui avec bienveillance et générosité m'a guidé tout au long de cette année universitaire. Qu'il soit assuré de ma profonde gratitude pour la confiance et la qualité de l'enseignement dispensé.

Remerciement aussi à l'équipe pédagogique pour leur enseignement et engagement dans ce projet de psychosomatique intégrative à la faculté de médecine de Paris VI.

Je tiens aussi à remercier sincèrement mon confrère Henri Ly qui a bien voulu d'une part m'aider pour le choix et le diagnostic des cas intéressants parmi mes patients et d'autre part effectuer une revue de ce mémoire.

Par confidentialité et par respect, les noms réels des personnes traitées ne seront pas communiqués, mais je tiens à les remercier car elles ont bien voulu m'accorder du temps, de la confiance et la permission de décrire leurs cas dans ce mémoire.

Résumé

Après une brève introduction et la présentation du contexte de travail, la notion de psychosomatique et la psychosomatique intégrative en occident sont présentés en comparaison avec la psychosomatique qui est une notion intégrée dans la médecine traditionnelle chinoise (la MTC).

Puis quatre cas cliniques seront présentés dans la partie II, (Partie d'observation et suivi des patients) avec les approches thérapeutiques et une évaluation psychosomatique complète d'un cas détaillée comme exemple d'illustration de diagnostic psychosomatique (Cas de Gérard J).

Enfin, avant la conclusion, nous tenons à présenter une partie de discussion concernant chaque cas clinique spécifique ci-dessus.

Mots clefs : MTC (Médecine Traditionnelle chinoise), Psychosomatique, Psychosomatique intégrative, Qi, Psychisme, Stress.

SOMMAIRE

Approche psychosomatique de l'occident et de la médecine chinoise et approche thérapeutique

INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : CONTEXTE DU TRAVAIL ET CADRE THEORIQUE.....	5
1. CONTEXTE DU TRAVAIL	5
1.1 Lieu et contexte.....	5
1.2 Les difficultés rencontrées	5
2. CADRE THEORIQUE	6
2.1 La psychosomatique en occident et la psychosomatique intégrative.....	6
2.2 La psychosomatique en médecine traditionnelle chinoise (MTC)	7
2.3 La Psychosomatique, les approches et relation avec les maladies.....	9
PARTIE II : OBSERVATION ET SUIVI DE QUATRE PATIENTS.....	14
1. PRESENTATION DE QUATRE CAS CLINIQUES	14
1.1 Cas Clinique de Gérard J.	14
1.2 Cas clinique de Jeanne et d' Alice Z.....	17
1.3 Cas clinique de Natalys A.....	21
2. EVALUATION PSYCHOSOMATIQUE	22
2.1 Evaluation de Gérard J.....	22
3. DISCUSSION	24
3.1 Discussion concernant le cas de Gérard J.....	24
3.2 Discussion concernant le cas de Jeanne et de sa sœur	26
3.3 Discussion concernant le cas de Natalys A.....	28
CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXE : Evaluation par les divers axes issus de la grille	32

INTRODUCTION

La médecine occidentale focalise sur les dysfonctionnements fonctionnels et/ou organiques et s'occupe peu de la relation entre le corps et l'esprit. La psychosomatique est une approche prenant en compte les interrelations entre la psyché et le soma. Distincte de la médecine traditionnelle ou organiciste et de la psychanalyse dont elle élargit le champ d'intérêt, la psychosomatique devient peu à peu une discipline en soi.

Dès lors pour cette branche, les troubles de comportements, de psychopathologie ou de pathologie sur les organes ou sur la peau même, apparaissent donc comme l'une des conséquences d'histoires traumatisantes, de blessures infantiles ou de situations de « stress » dues aux événements de vie et/ou du travail.

Cependant, traitant aussi bien le corps que le psyché, la médecine chinoise a une notion intégrante de la psychosomatique. La connaissance des liens et des relations entre le stress, les conflits, les traumatismes et pathologies (somatique et psychique) permet de mieux appréhender un patient et de l'aider souvent dans la voie de la guérison en comprenant sa structure mentale et sa désorganisation

Nous présentons rapidement les deux notions de psychosomatique entre l'occident et la médecine traditionnelle chinoise (partie théorique) avant d'aborder avec quatre cas de patients avec les diverses approches thérapeutiques (partie pratique). L'annexe fournit quelques précisions et le complément d'évaluation d'un patient.

Enfin, avant la conclusion, nous tenons à présenter une discussion concernant d'une part les patients dans le domaine psychosomatique et d'autre part les approches thérapeutiques proposées.

PARTIE 1 : CONTEXTE DU TRAVAIL ET CADRE THEORIQUE

1. CONTEXTE DU TRAVAIL

1.1 Lieu et contexte

La préparation du Diplôme Universitaire « Psychosomatique intégrative » à l'école de médecine de la Pitié Salpêtrière exige un stage cependant en tant que professionnelle soignant, je me suis permis de prendre quelques personnes parmi mes patients pour illustrer mes propos dans ce mémoire.

Mon cabinet se situe à Paris même au douzième arrondissement où j'exerce depuis plus de douze ans. En moyenne six à sept patients par jour en moyenne. Je travaille toute la semaine sauf le mercredi je me réserve pour l'étude de ce DU et certains vendredi et samedi où les cours se déroulent à la Faculté de Médecine de l'Université situant près de l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière sous la direction du professeur Jean Benjamin Stora lui même psychosomaticien et psychanalyste reconnu exerçant encore à la Pitié Salpêtrière.

1.2 Les difficultés rencontrées

Dans le cadre de ce stage psychosomatique, il convient de noter deux types de difficultés : les difficultés liées au problème de timing et celles liées à la connaissance et au phénomène de miroir et de projection avec les patients.

Difficultés liées au timing :

Dans mon cabinet, bon nombres de patients viennent me consulter souvent pour les douleurs (douleurs musculaires, lombaires...) que comme dernier recours. Ils viennent après avoir consulté souvent plusieurs soignants de la médecine générale voir après avoir vu quelques spécialistes. Souvent ils apportent leurs radios ne montrant aucunes lésions fonctionnelles ou musculaires et prétendent avoir consommé beaucoup d'antalgiques. Il y a aussi les cas des patients concernant les maladies de la peau (voir par exemple les cas des deux sœurs cités dans la partie pratique)

Chaque personne n'a qu'un créneau de 30 à 35 minutes seulement à la première séance et parfois soupçonné l'origine des maux psychosomatiques, je les demande de revenir au moins une fois en consultation double avec mon confrère. En majorité, ces

patients acceptent qu'après avoir fait plusieurs séances d'acupuncture sans que leurs maux partent vraiment et qui reviennent après un à deux semaines. Dans la majorité des cas, travaillant avec mon confrère, les maux d'origine psychosomatiques sont confirmés et le double traitement avec les aiguilles et avec les techniques de mon confrère est efficace. Mais ce dernier me fait connaître certaines autres difficultés ci-dessous.

Difficultés liées à la connaissance et au phénomène de miroir et de projection avec les patients :

Toute relation entre un psy et un patient ne peut se concevoir sans la considération du problème de transfert et du phénomène miroir. D'abord la perception des patients dépend de notre propre vécu et analyse (et nos filtres). C'est à travers notre « être » et notre appareil psychique que l'on voit nos patients. On ne sait parfois pas ce que nous leur communiquons à notre insu. De leur côté, avec notre écoute bienveillante, le processus de transfert n'est pas loin : devient-on un père, une mère ou un frère compréhensif et bienveillant ? Enfin à travers tous ces paramètres et incertitudes générées, on doit tester le fonctionnement psychique à travers les récits de vie du patient, apprécier sa capacité de résistance face au monde extérieur et face aux demandes pulsionnelles tout en tenant compte des conflits au sein de sa famille et de son travail : son époux, ses enfants, sa fratrie, ses parents, ses collègues, sa hiérarchie...

2. CADRE THEORIQUE

2.1 La psychosomatique en occident et la psychosomatique intégrative

Le substantif « psychosomatique » est employé pour la première fois par le psychiatre allemand Heinroth au début du XIX ème siècle pour caractériser les problèmes liés à l'insomnie et depuis le siècle dernier, Pierre Marty, psychanalyste et psychiatre français par son apport et sa création de l'école psychosomatique de Paris a élargi les concepts et le champ d'application de cette science. Mais les problèmes psychosomatiques ne peuvent se concevoir, ni s'observer sans tenir compte des observations des pathologies somatiques ou comportements voire les relations avec

les troubles cognitifs. Or tous ces éléments sont la conséquence potentielle des désorganisations et des débordements mentaux, provenant eux-mêmes des évènements de vie, des traumatismes infantiles ou traumatismes plus récents. Beaucoup de soignants parlent même des causes d'origine fœtale avant même la naissance des sujets...

Les troubles de comportements, de psychopathologie ou de pathologie apparaissent donc comme l'une des conséquences d'histoires traumatisantes, de blessures infantiles ou de situations de « surstress » dues aux évènements de vie et/ou du travail. Un niveau de pression élevé présente un risque pour la santé. La connaissance des liens et des relations entre le stress, les conflits, les traumatismes et pathologies (somatique et psychique) permet de mieux appréhender un patient et de l'aider souvent dans la voie de la guérison en comprenant sa structure mentale et sa désorganisation

La psychosomatique intégrative du Professeur Stora

A un degré plus large, plus intégratif et suivant ses expériences, le Professeur Stora a défini la psychosomatique intégrative comme suit : « La psychosomatique intégrative (J.B.Stora) est une approche globale de l'être humain et de ses maladies se référant sur les plans théoriques et cliniques aux interrelations entre système psychique, SNC, SNA, Système immunitaire et Génome, en replaçant ces 5 systèmes dans un environnement culturel et social (famille et environnement socio-professionnel, et dans un sens plus élargi politique, économique, technologique et physique) ».

2.2 La psychosomatique en médecine traditionnelle chinoise (MTC)

La notion de psychosomatique n'existe pas en MTC. En effet, chez ces médecins, on soigne la globalité d'une personne qui est constitué de l'ensemble corps et esprit (qui est formé par un certain nombre d'esprit, voir infra). Cette médecine relie souvent une maladie « psychosomatique » à la dépression, au stress (généralisé par des situations déclencheuses et/ou par des traumatismes), à des maux des organes et aux problèmes de dermatoses, de la peau.

La psychosomatique en médecine MTC est une notion implicite (incluse, intégrée même). Selon la tradition chinoise en général et la MTC en particulier, l'être humain constitue une seule entité énergétique et il n'est pas soumis à une division. Le

psychisme ne peut donc en aucun cas être dissocié du physique: l'un et l'autre représentant des manifestations de la même énergie, suivant les mêmes lois et ils sont interdépendants comme les deux faces d'une pièce.

La différence fondamentale entre la psychosomatique orientale et celle de la MTC proviennent des notions partant du cerveau pour le premier et des notions « esprit » des organes pour la dernière. (Top down versus Bottom up).

Pour comprendre il faut faire un petit retour rapide de cette médecine millénaire.

La MTC est calquée suivant une hiérarchie impériale et chaque organe est équivalent à un général, ayant un esprit associé, mais tous font parties des organes des Cinq mouvements. Tous les organes (Zang) sont traversés par des entités suivantes : Sang (Sue), Esprit (Shen), Liquides organiques (jinye), Energie (Qi), Essence (Jing)

Du point de vue anatomique, le MTC distingue les Zang qui sont le Foie (gan), le cœur (Xin), La rate (Pi), le Poumon (Fei) et les reins (Shen) et les entrailles : Vésicule biliaire, estomac, intestin grêle, gros intestin et la vessie (ce sont des organes creux)

Chaque Zang a une fonction sur l'équilibre :

- du sang et de l'énergie
- des sentiments et des émotions
- des entités organiques (impact)

Chaque Zang a son esprit

- Le cœur c'est le Shen qui coordonne le psychisme et configure l'être humain
- Le Hun pour le Foie : génère les projets et donne toute sa richesse à l'inconscient (rêve, désirs...)
- Le Po pour le Poumon: partie consciente la plus corporelle déterminant certaines actions et réactions sans intervention mentale
- Le Zhi pour le rein qui correspond à la volonté et à la détermination
- Pour la rate c'est le Yi : partie du mental responsable de l'enregistrement des expériences de leur classement, conservation et compilation

Les plus importants concepts et notion de cette médecine sont :

- Le Yin et le Yan issus du Taoïsme

- Le principe de l'harmonie et de la MTC sont dans le Nei Jing et le Su Wen, bibles de la MTC, (les premiers écrits consignés dataient de 221 avant J.C)
- Le Xue (le sang) et
- Le Qi au sens large c'est l'ensemble des énergies et substances présentes dans la nature et l'être humain (notion venant de la philosophie Tao, « la voie»)

Une autre notion importante, c'est celle des cinq mouvements que nous ne détaillons pas ici. Enfin comme ça a été dit plus haut, Cette médecine relie souvent une maladie « psychosomatique » à la dépression et au stress (généralisé par des situations déclencheuses et/ou par des traumatismes)

En fait quelle est la définition du traumatisme même ? En psychanalyse, le traumatisme est décrit comme un « événement qui par sa violence et sa soudaineté entraîne un afflux d'excitations suffisant pour mettre en échec les mécanismes de défense habituellement efficaces ; le traumatisme produit le plus souvent un état de sidération et entraîne plus ou moins à long terme une désorganisation dans la vie psychique ». (in Dictionnaire international de psychanalyse, 2002).

Le traumatisme suppose un choc violent et perturbateur, portant atteinte à l'intégrité physique et psychique, mettant la personne en état de choc, alors qu'initialement il désigne une atteinte physique d'origine exogène, correspondant à un événement externe brutal. Dans l'épistémologie freudienne, on considère que, sur le plan psychique, le traumatisme peut avoir également une origine interne, par exemple, issu d'un conflit interne, d'une forte émotion liée à la perte brutale d'un être cher, d'un emploi. Ce trauma d'origine endogène provoque une désorganisation psychique chez le sujet et aboutit à un état de choc émotionnel ou traumatisme psychique durable. De là, apparaissent les problèmes psychosomatiques.

2.3 La Psychosomatique, les approches et relation avec les maladies

2.3.1 La psychosomatique et les approches

Le terme psychosomatique est né vers la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. On attribue sa paternité au psychiatre allemand Heinroth (1773-1843). Ce nouveau

courant médical visait à introduire dans le courant organiciste et expérimental de la médecine des facteurs d'ordre psychique pour rendre compte de la causalité et de l'étiopathogénie de certaines maladies. Cette approche nouvelle et globale de l'homme malade s'est poursuivie jusqu'à nos jours dans la pratique médicale et en constitue l'un de ses courants. Son activité s'est cependant heurtée au développement des découvertes et des conceptions biologiques qui organisent aujourd'hui les fondements de la médecine occidentale.

Approches diverses : De Sigmund Freud à Pierre Marty

- Au départ, il y a Freud et son concept d'Hystérie de conversion

On ne peut attribuer la paternité de la psychosomatique au père de la psychanalyse, cependant sa théorie sur la conversion hystérique qui est une notion « cousine » du symptôme psychosomatique. En effet, la conversion hystérique est une traduction d'un désir refoulé dans le somatique : expression au travers du corps, d'une manière symbolique. Les symptômes hystériques touchent souvent aux organes de la communication : yeux, gorge, membres...

Tant au niveau de son histoire que de sa personnalité, le malade psychosomatique diffère du malade hystérique : si le symptôme ou la maladie qui motive sa plainte est déterminée psychiquement, il n'en est pas moins réel. Un patient ayant des symptômes psychosomatiques est caractérisé par une alexithymie et un mode de pensée opératoire.

- Puis de Georg Groddeck à Pierre Marty en France.

Georg Groddeck (1866–1934), allemand et médecin psychothérapeute, contemporain de Freud, peut être considéré comme le père de « ça ». Notion que Freud a reprise mais complétée avec une connotation un peu différente. Pour Groddeck, toute maladie, et plus largement « **tout symptôme physique, provient d'un conflit psychique** ».

Les fondements de la psychosomatique comme discipline, reposent d'abord sur des observations cliniques rédigées par des psychanalystes comme Groddeck, Sandor Ferenczi, Felix Deutsch. Puis les premières études systématiques ont peu après été menées aux U.S.A. et ceci à l'instigation de compagnies d'assurance sur la vie. C'est ainsi que naît la "médecine psychosomatique" promue par l'École de Chicago autour

de Frantz Alexander (1891-1964). Médecin et psychanalyste hongrois émigré aux Etats-Unis, Alexander croit en une identité évolutive entre processus psychiques et physiologiques et cherche à comprendre l'articulation organique du psychique et du somatique. Si les recherches de l'École de Chicago n'ont pas véritablement abouti, c'est dû à une hypothèse qui voulait rapporter des syndromes psychosomatiques à des conflits spécifiques. Elles mettent néanmoins l'accent sur le lien structurel entre maladie et organisation psychique que l'École de Paris affinera avec les notions de fonctionnement mental et de somatisation.

Dès 1952, Pierre Marty (1918-1993), médecin et psychanalyste prétend la participation du sujet à l'écllosion de sa maladie et par conséquent à la mise en place de ses propres processus de guérison. À la suite de nombreux travaux poursuivis seul ou avec Michel Fain, Michel De M'Uzan, Christian David, est fondée en 1962 l'École Psychosomatique de Paris dont la visée princeps est d'intégrer la pathologie somatique à l'ensemble des moyens dont dispose un sujet pour réguler son homéostasie. Puis dans les années 60 émerge une pensée psychosomatique de l'enfant sous l'impulsion de la rencontre entre deux psychanalystes, Michel Fain et Michel Soulé et un grand pédiatre Léon Kressler. Ils écrivent ensemble un ouvrage décisif traitant des troubles psychosomatiques précoces du nourrisson: "L'enfant et son corps".

Certains auteurs introduisent les conceptions de Winnicott (spécialiste des relations d'objets) dans le champ de la psychosomatique. Philippe Jaeger à partir de 1995 montrait que des somatisations passagères ou des maladies graves peuvent se produire au cours de la psychanalyse de certains sujets s'ils ne sont pas assurés des "soins suffisamment bons" de la part de l'analyste, soins métaphoriquement analogues aux soins maternels de la première enfance. L'analyste, à partir de sa capacité maternelle primaire, devra répondre aux besoins du patient (sans toucher physiquement celui-ci en règle général bien sûr) de manière à ne pas laisser celui-ci isolé, privé de contacts et livré aux "agonies primitives" destructurantes. La technique sophistiquée du holding winnicottien initialement prévue pour des patients psychotiques et surtout "états-limites" nécessite une adaptation précise aux besoins du patient afin de lui fournir un nouvel "environnement facilitant" où il pourra faire l'expérience de la fiabilité et de la constance de l'analyste à la place de la mère. Aussi, avec chaque patient, l'analyste devra maintenir la distinction entre besoin et désir, c'est à dire ce

qui est de l'ordre de la simple frustration du désir et ce qui est de l'ordre de la déprivation d'un besoin fondamental pouvant entraîner une distorsion de la personnalité ou même une somatisation. Il n'est pas rare que le silence trop prolongé de l'analyste, s'appuyant sur la règle d'abstinence et de la frustration libidinale soit tellement intolérable au patient que celui-ci se retrouve en état de déprivation, organise un repli protecteur, et tombe malade physiquement pour échapper aux agonies primitives. C'est pourquoi pendant certaines phases, en psychothérapie analytique ou en psychanalyse, la tâche principale de l'analyste sera parfois moins de proposer des interprétations que de restituer au patient ce que celui-ci communique. Alors le patient se retrouve et se reconnaît dans les paroles de l'analyste, comme jadis le bébé dans le regard de sa mère. C'est l'expérience fondamentale de l'objet créé-trouvé qui ouvre au champ de l'espace transitionnel découvert par Winnicott avec ses objets transitionnels

2.3.2 Relation entre le stress, les maladies et la psychosomatique

Pour un certain nombre de médecins, la notion de stress n'est pas psychanalytique et pour les psychanalystes l'équivalent du stress se trouve dans les facteurs d'angoisse, liés à des événements traumatisants de la vie. Quand cette angoisse ne peut s'organiser par le psychisme, il y a débordement, celui-ci engendre un processus de somatisation (réf quand le corps prend la relève de STORA) et favorise le développement de la maladie (pathologie). Enfin dans la médecine chinoise, la manifestation de la notion psychosomatique est déclenchée faisant suite au rupture énergétique...

Par hypothèse on peut considérer qu'un sujet, dans les meilleures conditions a une organisation psychique assez stable. Cependant compte tenu des aléas de la vie et des événements traumatisants et stressants, son organisation psychique évolue vers le bas, change et se déséquilibre. A certains moments, ces déséquilibres l'amènent à des formations symptomatiques d'ordre psychique pour rétablir l'équilibre (par exemple, une dépression ou des symptômes névrotiques). Mais parfois, ces possibilités d'ordre psychique ne sont pas possibles, et c'est une évolution somatique qui prend le dessus.

Les traitements de psychothérapie peuvent modifier l'équilibre psychique qui a été déstabilisé, et redonner au psychisme, avec l'aide du patient, ses capacités de réguler les tensions qu'il a subies.

Pierre Marty dans son livre « Mentalisation et Psychosomatique » distingue les cas des sujets bien mentalisés et ceux des sujets fragiles que l'on rencontre plus dans les névroses mal mentalisées. Plus tard, les comportements de ces derniers seront accompagnés de désorganisation de préconscient et d'indisponibilité des représentations. Dès lors le processus de désorganisation progressive s'installe et les affections somatiques de cette désorganisation sont des maladies de type cardiovasculaire, des maladies auto-immunes, des cancers qui mettent en jeu le pronostic vital.

Tandis que pour les sujets bien mentalisés, il n'y a que les affections somatiques de type régressif tels que l'asthme, l'eczéma, la gastrite, l'ulcère, les migraines, les céphalalgies par exemple qui peuvent se manifester mais qui ne mettent pas en jeu le pronostic vital. Depuis plus de vingt ans maintenant, les travaux des médecins et chercheurs par le biais de concepts différents certes mais proches tels que le stress, l'angoisse, la crainte..., convergent vers l'existence d'un sens aux maladies. Autrement dit ces dernières ne tombent pas par hasard chez un individu.

Actuellement le stress est le seul concept médical, admis par la communauté scientifique, qui fait un pont entre le psychisme et les maladies somatiques via les réactions neuro-hormonales. Cette réaction démontre la participation du cerveau dans la genèse des maux du corps. Le Professeur J. L. Dupond, chef du Service de Médecine Interne du CHU de Besançon, est l'un des pionniers français qui a mis en exergue le rôle du stress dans les maladies. Dès 1987, il écrivait que « la médecine moderne a rassemblé en quelques années suffisamment d'arguments cliniques, biochimiques, neurophysiologiques et immunologiques pour accorder à **l'immunopsychopathologie** le droit de naître... » J.L Dupond, s'appuyant sur de multiples travaux internationaux, attirait aussi l'attention du monde médical, jusqu'alors sourd, sur l'action du stress. Il montrait son influence sur l'équilibre immunitaire, avec son intervention dans certains processus d'immuno-suppression, expliquant la survenue de diverses infections, dans les allergies, dans certaines maladies auto-immunes (maladies de système), voire dans les cancers, cas où il y aura

un pronostic vital. L'adaptation de l'organisme à l'environnement extérieur est en effet sous le contrôle de trois systèmes d'**intégration** qui assurent l'homéostasie interne : ce sont les **systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire**. Le premier permet la transmission de signaux de type électrique modulés grâce à des neuromédiateurs ; le second utilise des messagers moléculaires ou " hormones " qui circulent et transmettent une information spécifique à distance ; le troisième transmet des messages grâce à des cellules qui circulent dans l'organisme et produisent localement des molécules actives, les "cytokines " et les anticorps.

Ainsi par la découverte du contrôle central des glandes endocrines par le cerveau et en particulier par l'axe hypothalamo-hypophysaire, la science a désormais démontré et établi le lien entre le cerveau et l'immunité. Dès lors, ne reste t'il pas à préciser la nature des troubles cérébraux à l'origine des maladies pour établir l'hypothèse que toute maladie a une grande probabilité d'origine psychique autrement dit que la majorité des maladies sont de nature psychosomatique !

PARTIE II : OBSERVATION ET SUIVI DE QUATRE PATIENTS

1. PRESENTATION DE QUATRE CAS CLINIQUES

1.1 Cas Clinique de Gérard J.

Gérard J. 34 ans est un commercial indépendant dans un réseau de vente par correspondance. Entre autre, il travaille comme free lance pour un autre réseau commercial pour le thé et café bio logique. Il nous a été recommandé par un confrère psychologue clinicien qui s'installe à l'étranger et n'ayant plus du temps pour le prendre en charge.

La demande de départ était une aide de résolution de stress et d'insomnie et surtout quel comportement à adopter face à une partenaire volage de 11 ans sa cadette, dont il est éperdument amoureux.

En fait d'emblée, lors de la première consultation, il se déclare comme « étiqueté schizophrène » et avait été par deux fois en observation et traitement dans les hôpitaux

Relation entre événements de vie et événements somatiques de Gérard J.

Date	Événements somatiques	Événements de vie
1975		Naissance le 08/05/1975 en Bretagne
1982	Fièvre forte due à une infection Choc et Trauma énorme	Suite à un accident de jeu avec un ami, il s'est coupé le doigt et subi une entorse
1995 (Septembre)		Enfance heureuse malgré l'incident précédent, après le BAC, il entre dans la vie professionnelle.
Dans les années 2000		Entre dans la vie professionnelle avec des employeurs très autoritaires, puis arrive la première période d'hospitalisation en 2002 (se voit dissocié, et « les images de l'écran de son ordinateur tournent)
2003 (juin)	Choc émotionnel, dissociation devant l'écran de travail...	Première période d'hospitalisation (2 mois) soupçon de la Schizophrénie
2004 (Mars)	Choc émotionnel	Deuxième période d'observation et de Traitement à l'hôpital Mondor où l'on lui a mis l'étiquette de schizophrène *
2004 -2005		Suivi en ville par Angela R. (médecin de Mondor) disant pratiquer du TCC (Sans exercices, ni résultat au dire de Gérard).
2006-2007	Tristesse, crise d'angoisse	Changement de psychothérapeute avec le Dr F. Ferrachi (6 mois)
2007	Retour habité chez les parents	Changement de psy : Dr Simon B. il écoute et ne parle point au désespoir de Gérard, mais le dosage des médicaments semble bonne : pas de manifestation épileptique, ni crise d'angoisse
Depuis 2009		Arrêt complet des psychothérapies
2010	Retour habité avec les parents	Puis très marqué par le divorce de ces parents

De 2010 à 2011	Augmentation graduelle de poids. Pb d'insomnie et d'allergie (Pb de peau). Nous remarquons que durant ce laps de temps, il y a eu deux abandons symboliques (divorce des parents et rupture amoureuse).	Vie insatisfaite malgré le succès dans les affaires car ayant une rupture avec une femme qui souhaite l'engagement de Gérard (avoir un bébé avec lui). Il refuse et c'est la rupture
Fin 2012- début 2013		Rencontre avec sa compagne actuelle de 11 ans sa cadette. Fille d'origine des îles française, très volage
2014		Première consultation chez nous car craignant des crises épileptiques et manifestations psychosomatiques : Pb de peau, de diarrhée...et souhaitant prendre une décision vis-à-vis de sa compagne

Hypothèse d'interrelations entre événements somatiques et événement de vie:

La relation de compensation et/ou régression semble évidente depuis les événements arrivés dans sa première entreprise où Gérard se sent opprimé et traité d'une façon arbitraire par ses employeurs.

* Pendant son hospitalisation à Henri Mondor, trop de médicaments ont été donnés par les psychiatres : antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques, somnifères... C'est cette période que Gérard avait pensé au suicide.

Rappelons que la forme la plus complexe et la plus difficile à soigner parmi les états psychotiques fut nommée Schizophrenia par le psychiatre allemand Eugen Beuler en 1911. D'après lui, c'est une dissociation intrapsychique, avec altération des associations mentales nommé aussi la « spaltung » : la pensée et l'affectivité se désorganisent. Le sujet se replie sur soi. D'autres éléments pathologiques tels que l'excitation, la dépression, hallucinations, idées délirantes, passages à l'acte auto ou hétéro- agressifs.

Néanmoins, Gérard J. n'est jamais été agressif mais l'idée de suicide lui avait traversé l'esprit dans son dernier épisode dans l'hôpital psychiatrique. « J'étais bourré de médicaments et se comporte comme un zombie, je voulais une fois me suicidait car ne voyant pas d'avenir ici » disait-il...

Cependant, d'après ses dires et son dossier médical, nous ne pensons pas l'existence d'une schizophrénie mais Gérard possède plusieurs épisodes aigus d'épilepsie.

1.2 Cas clinique de Jeanne et d'Alice Z.

Jeanne Z est une belle jeune femme de 19 ans, elle est étudiante dans le médical et paramédical, en troisième année. Elle a une sœur nommé Alice et ayant des problèmes d'eczéma. Jeanne pourrait être qualifiée comme un EHP (enfant à haut potentiel ou surdouée). En effet, elle avait passé vers 12 ans différents tests WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), obtenu un QI de 140. Son Bac mention B, elle l'avait obtenu à 16 ans et 2 mois.

Jeanne a des douleurs et des maux de tête et surtout une peur panique devant son lieu de stage (l'hôpital) et aux cours théoriques ; Elle tombe en larmes et n'ose plus rentrer dans ces lieux.

Issue d'une famille mixte et d'une éducation stricte, elle est l'aînée d'une fratrie de 2 enfants. Famille d'origine polonaise, Jeanne est née en France dans le Nord. En raison de la profession du père, cette famille a beaucoup déménagé et actuellement cette famille souhaite rester stable et est installée près de Lille depuis un an.

Son père est entrepreneur et sa mère ex enseignante au foyer suite à l'accident sur la voie publique (AVP)

La vérification du poids et de l'IMC permet d'écarter une variation brusque, signe de dépression acquise et/ou d'anorexie potentielle. Elle a un IMC normal de 18,65 (avec un poids 52 Kg et une taille de 1,67 m).

- L'anamnèse permet de découvrir un processus psychosomatique issu du même type de trauma subi en famille par les sœurs: lors de leur tendre âge 10 ans et 4 ans, elles ont subi un grave accident sur l'autoroute, leur père est transporté par l'hélicoptère directement à l'hôpital car étant dans le coma (le toit de la voiture a été sillée, pour le dégager), puis la mère et les 2 filles par ambulance, par voie terrestre. Mais elles étaient toutes dans le déni (oubliant la gravité de l'accident).

Le cas d'Alice, la sœur de Jeanne

Le cas d'Alice semble plus simple car la somatisation passe par la manifestation apparente d'un début de psoriasis. Elle est traitée par 4 séances d'acupuncture à la fin desquelles, le symptôme a disparu. Concernant son poids excessif, elle n'a pas fait de demande. Nous n'avons pas « creusé », mais pensons à un risque cardio-vasculaire...

Travail thérapeutique avec Jeanne

Après une séance d'anamnèse, il y a eu deux autres séances en tout et deux suivis téléphoniques.

La première séance permet de diagnostiquer son malaise psychique et permet de révéler dans un état de transe, les scènes enfouies et refoulées et de déterminer les approches thérapeutiques. Revenons à l'anamnèse avant de dévoiler les traitements.

Anamnèse :

Jeanne est pratiquement en pleurs quand je la reçois pour la première fois. Elle se qualifie comme élève et étudiante modèle et a obtenu son bac avec mention B. « Il ne me fallait que quelques points pour avoir la mention TB et je suis perfectionniste » disait-elle. En effet elle n'a jamais redoublé dans son cursus. Elle se plaint de ne pouvoir suivre les cours : dès que les professeurs parlent des pathologies telles que le cancer ou les cas d'urgence d'accident, les AVC... elle sort de la salle de classe en pleurant. Il en est de même face aux patients sur son lieu de stage hospitalier. Sa demande concerne le souhait de retrouver son état normal d'antan. Pis, elle n'arrive pas à dormir et le matin elle est épuisée...

Ainsi, pendant cette séance, nous avons trouvé le lien entre sa tristesse et ses troubles de comportement avec la reviviscence de l'épisode d'accident antérieur de 10 ans auparavant sur une autoroute suisse où son père (tombé dans le coma) était amené par hélicoptère en urgence à l'hôpital et le reste de la famille par ambulance...

Diagnostic : Trauma secondaire généré par une reviviscence du trauma primaire. Mademoiselle Jeanne Z est en train de tomber dans un état dépressif qui sera difficile à faire revenir surtout si elle prend des anxiolytiques et antidépresseurs classiques pouvant générer plus tard un éventuel problème de sevrage.

Les trois types de traitements :

Hormis l'acupuncture, les autres types de traitement ont été utilisés : la psychopédagogie et les thérapies brèves et la phytothérapie

a/ La psychopédagogie et la thérapie brève

Par la parole et par la méthode de la technique de dialogue (présenter une Jeanne qui avait des ressources et une Jeanne actuelle dans un état de début de dépression).

La psychopédagogie est un élément de la thérapie même si elle n'est pas suffisante en soi. Comprendre le processus de fonctionnement du cerveau reptilien et du limbique (tous les 2 inhibant le cortex préfrontal) et apporter des informations permet de mettre en place et de valoriser d'autres éléments thérapeutiques qui seront intégrés au cours du traitement global.

La méthode de la technique du dialogue intérieur a été mise au point au début des années 1980 par Hal et Sidra Stone, psychanalystes californiens d'inspiration jungienne. Cette méthode se base sur le fait que nous ne sommes pas une entité unique, mais faits d'un certain nombre de sous-personnalités. Les sous-personnalités fonctionnent par paires, une « dominante » et une « étouffée ». Le principe : cette méthode permet aux personnes de régler un problème ponctuel (relationnel ou personnel) rapidement. Appartenant à la famille des thérapies brèves, cette méthode peut être pratiquée avec quelques séances d'une heure ou d'une heure trente (en général moins de trois à quatre séances d'environ une heure seront suffisantes pour voir les premiers effets).

En effet, je pense que Jeanne, côté d'une fille normale, intelligente et épanouie était étouffée par une autre sous personnalité sous l'emprise de la reviviscence découverte lors de la première consultation.

Pour remonter sa confiance de soi, nous avons traité par l'asservissement et le renforcement de son estime de soi. En effet ceci est nécessaire car Jeanne avait ces propos concernant son stage : « Je me sens honteuse si je n'arrive pas à piquer les patients comme il faut, aussi quand je reçois des remarques désobligeantes de la part des infirmières... J'ai envie de disparaître sous terre... ». Puis, nous pratiquons aussi l'EMDR (Eye Movement Desentization and Reprocessing) avec Jeanne.

b/ Traitement par la phytothérapie

Concernant son anxiété et son appréhension devant son hôpital pour son stage, les deux plantes suivantes : Mélisse et Rhodiala sont conseillés sous forme d'Arkogélule associés aux exercices de respiration. Et pour redonner un coup de fouet pour son état physique et psychique, les gélules d'Acérola et de Guarana lui sont conseillées. Car dans ce dernier, il existe de la caféine entraînant la combustion des corps gras et incitent l'éveil. Alors que dans l'acérola, nous avons de la vitamine A et des oligo-éléments (Ca, Mg, fer, phosphore). Elscholzzia est proposé dès la deuxième semaine pour un repos compensateur...

Enfin, pour enlever ses appréhensions occasionnelles, un point d'ancrage positif lui est suggéré lors de la deuxième séance. Point auquel elle peut faire appel à tout moment pour trouver le calme et la sérénité (technique issue de la vision et de l'EMDR).

En fait pour bien installer ce point d'ancrage, les phases d'intensité, de synchronicité, du caractère exceptionnel du stimulus sont exercés. Les exigences de répétitions et de tests ont été également respectées.

Deux semaines après la deuxième consultation, le message suivant atteste le re basculement dans son état d'avant : « Bonsoir Docteur, bonne nouvelle, aujourd'hui j'ai eu un déclic en stage. J'ai retrouvé mes sensations, le plaisir dans le relationnel avec les patients. Ce soir j'ai enfin été capable d'ouvrir mes livres pour travailler. J'ai l'impression qu'une flamme de vie se réveille de nouveau en moi. Je suis heureuse et ça fait du bien... Bonne soirée. ».

c/ Le traitement par acupuncture à trois reprises (une fois par mois):

Symptôme : maux de ventre, mal à la nuque (raide au toucher, limité par le mouvement)

Quand elle est fatiguée et stressée, les maux de tête et de la nuque se manifestent et le ventre devient gonflé et douloureux au toucher.

Diagnostic MTC : blocage d'énergie du foie, blocage des méridiens du foie, vésicule biliaire et vessie avec irritation et colère (inhibée).

Soin par l'acupuncture sur les joues :

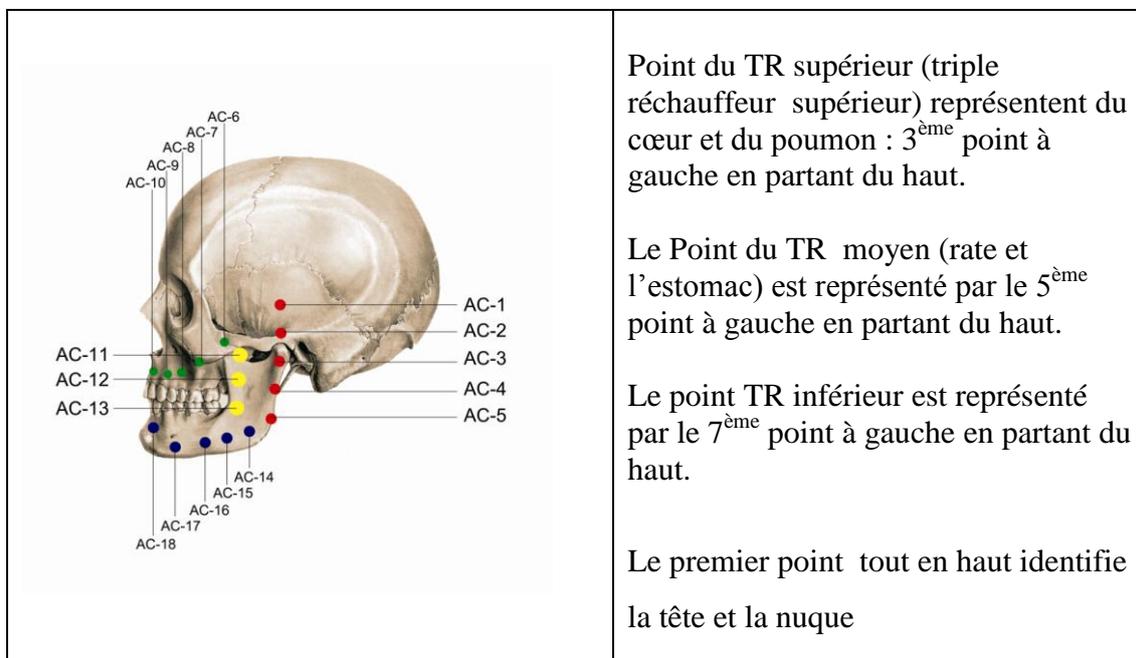
Point du TR supérieur (triple réchauffeur supérieur) représentant du cœur et du poumon

TR moyens (rate et l'estomac) et

TR inférieur (rein et foie)

Afin d'établir une communication fluide de l'énergie (rétablir la fluidité)

Pour débloquer la nuque et la tête : Point représentant la tête et la nuque sur la joue est choisi.



1.3 Cas clinique de Natalys A.

Natalys A. est une belle jeune femme de 21 ans, elle est étudiante en 2^{ème} année de l'Ecole vétérinaire à Maison Alfort. Elle est issue d'une fratrie de deux. Son frère est en Terminale, et elle déclare s'entend bien avec celui-ci. Papa est enseignant et maman est comptable aux services des impôts.

Questionnée sur les relations avec sa famille, elle nous révèle aucun souci de ce côté.

Elle est venue nous (moi et mon confrère) consulter avec son compagnon, étudiant ingénieur.

Elle se plaint des douleurs sciatiques depuis l'âge de 12 ans. Donc 9 ans de douleurs. Elle a été suivie par son médecin généraliste sans succès et ce dernier l'avait orientée vers plusieurs spécialiste en rhumatologie...Elle nous a présenté plusieurs radios ne montrant aucun anomalie flagrante...cause possible pour cette douleur réelle et sans origine apparente. Douleur sciatique qui était survenue à l'âge de 12 ans et demi, un peu avant ses règles (non régulières)...Elle a déclaré aussi avoir des périodes dépressives suite à ces douleurs intenses. Pendant ces périodes pour marcher, elle a utilisé même les béquilles ou cannes. Et prenant des antalgiques

Avant cette dernière consultation, elle était déjà venue me voir et a suivi 5 séances d'acupuncture pour ces maux sciatiques. Dès la sortie de chaque séance, sa douleur disparaît mais malheureusement elle revient au bout d'un mois à 5 semaines ... A la dernière semaine je l'ai proposé une double entretien et consultation avec mon confrère. En effet je soupçonne ce problème d'ordre psychosomatique.

Interrogée sur sa relation d'intimité avec son compagnon (qui est en attente dans l'autre salle), elle rougit et déclare d'emblée qu'elle est encore vierge et leur relation est platonique et qu'elle souhaite garder jusqu'au mariage alors qu'elle sortait avec lui depuis trois ans.

Intrigué par ce comportement, mon confrère lui propose une séance d'hypnose après l'avoir bien expliqué le processus afin de trouver les blocages infantiles éventuels. Elle demande réflexion car d'après elle tout va bien et le seul problème consiste ses douleurs depuis l'âge de 12 ans et parfois elle a dû marcher avec une canne et elle sentait un état dépressif...

Enfin avant de nous quitter une séance d'acupuncture aux points suivant a été pratiqué :

- Point MingMen : pour tonifier l'énergie du rein et
- Trois points d'acupuncture sur les joues au niveau des « Triples réchauffeurs afin de faire mieux circuler le Qi (Cf Schéma précédent).

Puis nous avons signalé que comme pour les autres fois, ses douleurs peuvent revenir sans trouver la cause psychique éventuelle.

2. EVALUATION PSYCHOSOMATIQUE

2.1 Evaluation de Gérard J.

(En fonction de la grille d'observation et de Diagnostic psychosomatique du Prof. STORA)

Méthodologie :

Pour explorer le fonctionnement et le dysfonctionnement psychique de Gérard, les éléments d'interview sont recueillis puis la démarche est la suivante : analyse de ces éléments et remplissage des rubriques des axes suivants :

1 b : ces items s'appliquent aux états psychiques et aux évènements de vie personnels

1 c : concernant les éléments relatifs aux points de fixation, régressions et mécanisme de défense

2 a : éléments relatifs aux traits de caractère

2 b : éléments relatifs aux activités sublimatoires et oniriques.

2 c : éléments relatifs aux comportements et manifestations corporelles dans la relation

Une fois les éléments de ces axes déterminés, nous pouvons identifier l'axe 1 a, correspondant à la relation d'objet (ref. annexe). Puis nous procédons à une évaluation du fonctionnement et du dysfonctionnement psychique (voir aussi l'annexe) avant d'établir une évaluation de l'état somatique avec l'interne. Toutes ces informations nous aident à établir in fine l'état psychosomatique globale.

Ainsi, compte tenu des éléments précédents, nous avons dressé un tableau pour déterminer l'évaluation globale du fonctionnement psychosomatique de Gérard (voir aussi l'annexe) avec une organisation psychique S123 (névrose mal mentalisée) ou au moins structure S122 (névrose à mentalisation incertaine : doute) prenant en compte la classification de Pierre Marty de 1987. Ceci correspond à un risque modéré à élevé. En effet, la sommation des cotations est de 12. Note comprise entre 10 et 15 points.

Rappelons pour mémoire la correspondance des risques en fonction des notes :

Note inférieure à « 5 » : absence de risque

De 5 à 10 : Risque faible à modéré

De 10 à 15 : Risque modéré à élevé

15 et plus : Risque élevé à très élevé

Constat :

Pour ce patient, il y a de graves problèmes d'essoufflement, de fatigue (asthénie)

Gérard a peur de « sombrer » dans la fatigue, la dépression et d'avoir des crises d'épilepsie. En fait ce sont ces éléments d'appréhension qui lui pousse à nous consulter...

Il a l'impression de jouer un double rôle dans la vie disant qu'il n'est pas capable d'avoir un jugement positif sur lui-même. Surtout dans le cas de sa fiancée : il hésite à la quitter et à s'accrocher dans leur relation malgré la souffrance qu'il subit devant cette femme qu'il qualifie de volage...En fait, il avait beaucoup souffert de cette relation (qu'il n'arrive pas à gérer disait-il): ça a dû lui peser et c'est probablement l'origine de son sentiment de jouer un double rôle dans la vie !

3. DISCUSSION

3.1 Discussion concernant le cas de Gérard J.

Le nombre restreint de cas dans ce contexte de stage ne nous permet pas d'affirmer certaines hypothèses à 100% telle que la suivante « le stress subi dans deux contextes familial et professionnel engendre un phénomène psychosomatique, un développement d'un surpoids, d'une obésité et par la suite le développement des facteurs de risques cardiovasculaires ». Cependant, même ces observations limitées tendent vers les résultats des recherches de ces dernières décennies, à savoir que le stress engendre des facteurs de risques cardiovasculaires. En effet, un grand nombre d'observations est plus que nécessaire pour montrer que les soucis et problèmes familiaux et professionnels génèrent et accentuent plus rapidement les FARCVC (Une co-morbidité pathologique ayant un double « sources », n'est-elle pas accélératrice des troubles psychosomatiques ?). D'autre part, le sens d'un symptôme n'est pas nécessairement sa cause, comme l'exemple connu dans la littérature : la présence du bacille de Koch est une condition nécessaire mais non suffisante pour déclencher une tuberculose. Tiens, tiens, en terme de logique, ceci nous rappelle étrangement le domaine de la logique mathématique disant parfois qu'une condition est nécessaire mais parfois non suffisante pour valider une démonstration ! Pour confirmer un théorème, rien n'est plus validant si l'on trouve sa réciproque. Dès lors une fois trouvée, nous pouvons affirmer sans risque d'erreur que « la condition est alors nécessaire et suffisante »...Malheureusement ni la médecine, ni la psychologie en

général, ni la psychosomatique en particulier ne sont encore confirmées ou considérées comme des sciences exactes !

En ne se fondant que sur les observations initiales et le temps de traitement (4 à 5 séances), les analyses ne sont certainement pas assez approfondies, donc peut être réductrices.

En outre, il est intéressant de chercher pour chaque patient son « Moi » et ses mécanismes de réponse associés pour établir l'homéostasie en fonction des éléments établis par JB Stora (cours psychosomatiques du 7 décembre 2007 et de l'année 2013.). Ces éléments sont les suivants :

1. La recherche dans les relations amicales et sociales (vie associative par exemple) avec présence physique rassurante, voix rassurante, mouvements rythmiques de tapotement, de balancement... (rappelant l'agissement de la mère avec son enfant)
2. La recherche d'une gratification en cherchant à obtenir l'approbation d'autrui en adoptant temporairement un comportement régressif infantile.
3. L'élaboration des activités fantasmatiques et /ou oniriques.
4. Le retrait émotionnel dans un sommeil excessif ou inhabituel
5. La confession ou la verbalisation des émotions
6. L'intellectualisation de son problème
7. La recherche des actions pour changer le cours des événements à l'origine du stress
8. La recherche de décharge des tensions par le rire, les pleurs, la profération des jurons
9. La transposition des excès de tensions par le corps : uriner, déféquer fréquemment, manger trop ou trop vite, fumer, boire de l'alcool, avoir une vie sexuelle accrue

Revenons maintenant à Gérard :

Gérard est à la recherche dans les relations amicales et sociales (vie associative par exemple) avec présence physique rassurante, voix rassurante, mouvements rythmiques de tapotement, de balancement... (rappelant l'agissement de la mère avec son enfant) : il joue dans un groupe musical dès que son emploi du temps le permet

La recherche d'une gratification en cherchant à obtenir l'approbation d'autrui en adoptant temporairement un comportement régressif infantile (Docteur, je vous dis tout, je suis épileptique, ne dis rien à personne ».

Concernant, l'élaboration des activités fantasmatiques et /ou oniriques, il a souvent rêvé de voyager de se mettre en relation avec les gens...Le rêve récurrent de Gérard avait cessé au moment où il a trouvé un travail commercial, nécessitant des voyages de surcroît...

.D'autre part, à l'instar du cas du patient M. A de Heinz Kohut (in Le soi – la psychanalyse des transferts narcissiques), nous pouvons poser l'hypothèse suivante : L'insuffisance de la neutralisation amène la sexualisation et de l'amour excessif de Gérard pour sa fiancé (un surinvestissement)... C'est pour cela qu'il souffre de cette relation avec sa fiancée qu'il qualifie quelque peu de femme volage. Femme qui aime bien être séduite par les autres hommes même devant sa présence.

Mais elle lui avait assuré sans jamais passer à l'acte avec les autres hommes ...

Narcissique, Gérard l'est : ceci est confirmé par les deux exemples flagrants que j'ai pu noter lors de nos entretiens. Voulant le féliciter sur son métier de commercial comédien (il prétend dépassant le quota fixé par son manager, dès la première année), Gérard m'a surpris en répondant : « Vous savez, je m'en fous des clients, mais pour moi, tout le plaisir est pour moi car je me savais bon vendeur ... ». Or la perfection, le sentiment de toute-puissance, la recherche de l'autonomie et de l'estime de soi ne sont-ils pas imprégnés de dimension narcissique ? (Réf : Gunberger (1971) et les cours du professeur J.B Stora sur le Narcissique).

Enfin, concernant la transposition des excès de tensions par le corps, Gérard risque d'avoir des crises épileptiques...D'ailleurs c'est aussi pour ça qu'il est amené à nous consulter.

3.2 Discussion concernant le cas de Jeanne et de sa sœur

Le cas de Jeanne est un cas typique de début de dépression. En effet, elle a des ATCD lourds, un accident enfoui depuis l'âge de 10 ans qui remonte de son inconscience en voyant une personne entrer en urgence à l'hôpital suite à un AVP, remonte à la surface ...

Une reproduction inconsciente de l'image de son père accidenté (dans le coma) et transféré en urgence par hélicoptère revient après avoir vu un patient décédé dans

l'hôpital où elle était en stage (la reviviscence). Cette image est déniée depuis longtemps : c'est le rôle de son propre mécanisme de défense

L'explication du fonctionnement des 3 cerveaux (le néo cortex, le limbique et le reptilien) lui permet de comprendre le déclenchement automatique de panique face à l'hôpital où elle devrait faire son stage. Ce déclenchement automatique est aussi responsable de sa sortie et de l'abandon du cours de pathologie à la faculté de médecine dans laquelle on parle des processus de cancérisation et de la mort.

L'acupuncture permet de réduire le stress et surtout de diminuer les douleurs et les maux de tête (influence de la psyché sur le corps). Mais elle serait plus profitable avec d'autres types de thérapie en parallèle. En effet, dans ce cas typique de Jeanne, on peut identifier un processus psychosomatique nécessitant une thérapie par la parole.

La somatisation des deux sœurs

Concernant la somatisation des deux sœurs, nous nous posons plusieurs questions, en voici la liste de ce questionnement :

- Quels sont les comportements adoptés par les deux sœurs ?, et
- Pourquoi la somatisation des 2 sœurs n'est pas identique?
- Quels sont les points d'acupuncture choisis et quels sont les autres outils que nous devons utiliser ?

Sachant en background que la grande a une peur panique d'affronter les stages et les cours de médecine dès que l'on parle de mort imminent et/ou de cancer et que l'autre sœur a des problèmes de peau (pathologie d'eczéma) et d'anxiété.

En pratiquant l'analyse approfondie, nous avons trouvé les comportements des deux sœurs différents :

- Comportement passif (somatisation seulement pour Alice)
- Comportement actif (acting out : peur panique et somatisation pour Jeanne)
- Niveau de comportement habituel des deux sœurs à ce jour : l'inconscient et le déni

Les somatisations ne sont pas les mêmes, en effet en voici les causes:

- Le degré de mentalisation n'est pas le même (dû à l'âge)
- Leurs systèmes immunitaires ne sont pas les mêmes
- Les réminiscences et la reviviscence ne sont pas les mêmes
- Les manifestations sont dues à la faiblesse de l'organe différent de chaque sœur.
- Le quantum d'excitation s'accumule différemment pour chaque sœur

- Les facteurs déclenchant de la somatisation ne sont pas les mêmes pour chaque cas.
- Les manifestations ne sont d'ailleurs pas situées au même moment.

3.3 Discussion concernant le cas de Natalys A.

Le cas de Natalys est un cas typique de somatisation dans notre panel. Sa douleur sciatique qui a perduré pendant 9 ans a été l'objet de cette somatisation. Elle a pratiqué une « nomade médicale » légitime car aucune lésion n'a été trouvée et les soignants consultés n'ont pas pu l'aider : « Pourtant, j'en ai fait un certain nombre d'échographie et de rayon X et vu pas mal de personnes soignante » disait-elle.

La découverte de son traumatisme et agression sexuelle infantile l'a libérée de cette douleur sans origine apparente, mais qui était survenu à l'âge de 12 ans, un peu avant ses règles (non régulières)...

La formation en sexologie et en psychosomatique de mon confrère ont permis de poser l'hypothèse éventuelle d'un traumatisme sexuelle infantile et l'hypnose a permis de confirmer. En médecine traditionnelle chinoise (MTC), on dit que c'est « le Qi bloqué » par cet évènement qui engendrait cette douleur sciatique alors en Occident, on établit un lien de psychosomatisation . Trois semaines après la dernière séance d'hypnose (dans laquelle elle a pleuré énormément quand elle a visionné une scène quand elle avait 5 ans environ), elle nous a téléphoné pour prendre un rendez-vous en signalant que ces maux physiques ont disparus mais elle désire travailler sur ce traumatisme qui la tourmente.

En effet, gérer cette information découverte est une autre histoire, d'ailleurs Natalys est consciente et c'est pour cela peut être qu'elle a pris des rendez-vous planifiés à partir de fin septembre...

CONCLUSION

Pour Sigmund Freud, le traumatisme est alors vu comme faisant effraction et débordant la capacité de liaison de l'appareil psychique qui forme un symptôme sous l'emprise de la répétition. Son modèle du destin du « quantum » d'excitation peut être considéré comme un modèle de fonctionnement d'un appareil psychique envisagé

comme un système clos, dynamique avec retour à l'équilibre quelle que soit l'amplitude des mouvements pulsionnels, les mécanismes de défense facilitant ce retour (JM Stora, 1999). Cette notion de quantum du psychisme n'existe pas dans la médecine traditionnelle chinoise.

Quant au stress et à la dépression, la MTC considère comme la manifestation et le dysfonctionnement du corps et de l'esprit de la personne avec le Yin et le Yang qui ne sont plus en harmonie. En effet, le psychisme et le corps font partie intégrante de la constitution d'un individu : donc inséparable dès la conception et l'origine de la personne. C'est pour cela, les soins prodigués par les médecins MTC concernent l'ensemble de l'esprit et du corps...Ceci converge au moins dans la réflexion de Platon : « L'erreur présente répandue parmi les hommes est de vouloir entreprendre séparément la guérison du corps et celle de l'esprit » ; cette phrase est d'ailleurs reprise dans le livre du professeur Stora « Quand le corps prend la relève » (Paris, 1999).

BIBLIOGRAPHIE

- RoCHAT de la vallée E. et Larre C. (2005), *La vie, la médecine et la sagesse*, Su Wen les 11 premiers traités”, Edition Instituts Ricci, CERF, Paris
- Cannon W.B, American J (1935), *Stresses and strains of homeostasis*, Medical Sciences, Magazine 189
- Collectif (2003), *Schéma des méridiens*, Edition You Feng, Paris
- Firsh R (2005), *Traitement de cas difficiles*, Edition Seuil Paris
- Freud S (1967), *L'interprétation des rêves*, PUF, Paris
- Freud S (1973), *Cinq leçons de psychanalyse*, PUF, Paris
- Freud S (1973), *Névrose, psychose et perversion*, PUF, Paris
- Grunberger, B. (1971) *Le Narcissisme*, Essais de psychanalyse. Payot, Paris
- Hawawini R. (2008), *Acupuncture et troubles psychiques*, Edition Dangles
- Kohut, H. (1971), *Le Soi, la psychanalyse des transferts narcissiques*, traduction de Lussier M.A, PUF, Paris, « coll. Le Fil rouge »
- Lu Jingda et Amnon Yaïsh (1998), *Les points d'acupuncture, leurs fonctions, indications et applications*, Edition You Feng
- Marié E. (1977), *Précis de médecine chinoise*, Edition Dangles , Labège
- Marty P (1980), *L'ordre psychosomatique*, Edition Payot, Paris

- Marty P (1991), *Mentalisation et psychosomatique*, Edition « Les Empêcheurs de Penser en rond »
- Minkowski E (1999), *Traité de psychopathologie*, Edition : Empêcher de penser en rond
- Nguyen Tai Thu (1988), *Sémiologie thérapeutique en*, Editions Résurgence, Belgique, 1998
- Renaud J (1984), *Le Stress : un extraordinaire ballet d'hormones*, Sciences et vie N° 804
- Rochat de la vallée E. et Larre C. (2005), *La vie, la médecine et la sagesse, Su Wen les 11 premiers traités*, Edition Instituts Ricci, CERF, Paris
- Stora JB (2006), *Le stress*, P.U.F
- Stora J.B (1999), *Quand le corps prend la relève, Stress, Traumatisme et maladie somatique*, Edition Odile Jacob, 1999
- Thurin JM, N. Baumann (2003), *Stress, Pathologie et immunité*, Edition Flammarion Médecine – Sciences

Mémoires du DU psychosomatique intégrative

- de Mme Abric et de Mme Bardoux (Promotion 2005)
- de Monsieur Henri Ly (Promotion 2008)

ANNEXE : Evaluation par les divers axes issus de la grille

Evaluation de Gérard J.

Les états psychiques et événement de vie personnels (Axe1b).

Les états psychiques d'une part laissent apparaître la prévalence des irrégularités du fonctionnement mental associées à un mode de vie et de pensée opératoire.

Ceci est peut-être dû à deux traumatismes dans la vie. Le premier émane de son accès à la vie professionnelle et à la découverte d'un patron très autoritaire

Le tout sur un fond quasi permanent d'angoisses diffuses (« j'ai des membres qui tremblent et des sueurs sur mon front») engendrant une espèce de fuite en avant par actions « j'aime voyager, voir des gens, c'est pour ça que j'ai choisi un métier de commercial me permettant de voir plus de gens et de faire des voyages ».

Les points de fixations régressions et mécanismes de défense (Axe 1c).

Les points de fixations somatiques (axe 1c) semblent s'établir autour de la fonction alimentaire. Les points de fixation-régression les accompagnent dans une fixation orale où l'organisation cénesthésique pré objectale domine. Le seul mécanisme de défense semble être de l'ordre d'une attribution causale : « J'aime bien les bons repas, les aliments sucrés »

Les traits de caractères (Axe 2a).

Ses traits sont éminemment de types oraux. Régression orale possible par compensation faisant suite aux divers traumatismes subis : rencontre d'un patron trop autoritaire dans son premier travail dans un bureau

Les activités sublimatoires, et oniriques (Axe 2b).

Concernant cet axe, les activités artistiques sont très fortes, Gérard aime la musique et en fait dès que son emploi du temps lui permet.

Enfin concernant les activités oniriques, il signale peu de rêves durant son sommeil mais il y a quelque années, un rêve récurrent s'imposait : « je rêvais de voyage de liberté... ». Ce rêve a cessé depuis qu'il est commercial VRP...

Prévalence des comportements, le corps en relation (Axe 2c).

Depuis l'enfance, Gérard a probablement un problème d'identité (code 467) dû aux problèmes culturels et avatars du développement de sa personnalité, parti de sa Bretagne préférée, Gérard a dû déménager maintes fois à cause de la profession du père...

La relation d'objet (Axe 1a).

Pour ces cinq axes explorés nous pouvons raisonnablement penser que la première décision de l'hospitalisation du patient Gérard est le fait d'une prise de conscience du mal-être généré autant par son corps (le métabolisme et la neurologie désorganisés). Les médecins l'ont donné un diagnostic d'épileptique puis plus tard de schizophrénie. Or Gérard nous a confié que c'est plutôt les nombres d'excès d'anxiolytiques, de neuroleptiques et de somnifères qui l'ont assommée et lui fait rentrer dans un état vaseux et comateux disait-il.

Fonctionnement et dysfonctionnement psychique :

Compte tenu des analyses ci-dessus, l'attribution de la note **2** semble raisonnable pour cette rubrique « fonctionnement et dysfonctionnement psychique » dont les éléments constitutants appartiennent aux axes 1a, 1b, 1c, 2a et 2b) ci-dessus.

Considérons maintenant les axes 3 et 4.

Capacité d'expression des affects (Axe 3)

Pour conclure sur les affects, je poserai le diagnostic d'alexithymie tel que nous le propose SIFNEOS, à savoir une incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments (dans la vie réelle), une limitation de la vie imaginaire, une tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits. Cependant il est capable de donner une description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques (son mal-être corporel). De ce fait, la note proposée est de **2**.

Capacité de relations à l'environnement familial et professionnel. (Axe 4)

Gérard est bien intégré dans son métier de commercial. Il aime ce métier et actuellement il travaille comme VRP multicarte à son compte et le métier principal est la vente des produits pour les boissons diététiques et énergisantes

Concernant sa vie de couple, il s'est montré très attachant et « trop aimant », cependant il est à remarqué qu'il est difficile de gérer sa fiancée, une fille de 11 ans sa cadette. D'après ses dires, cette demoiselle n'est pas encore très mature...

Avec les éléments précédents de diagnostic, je propose une note de **4** sur l'échelle allant de 1 à 7 pour cet axe.

Evaluation de l'état somatique de Gérard

L'état somatique est évalué après une discussion avec l'intéressé et mon confrère. Il s'avère que Gérard n'a pas de pathologie particulière à l'exception de sa déclaration d'emblée d'épileptique lors de la première consultation. Il n'a pas encore de risque cardio-vasculaire ni de diabète (consultation de ces feuilles d'analyse). Son IMC est de 25 pour un individu de 80 Kg et mesurant 1,75 m.