



HAL
open science

Étude psychosomatique intégrative d'un cas de colopathie fonctionnelle

Claude Marchand

► **To cite this version:**

Claude Marchand. Étude psychosomatique intégrative d'un cas de colopathie fonctionnelle. Psychologie et comportements. 2015. dumas-01269815

HAL Id: dumas-01269815

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01269815>

Submitted on 5 Feb 2016

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
SERVICE FORMATION CONTINUE

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

Membres du Jury de septembre 2015

**Pr. Marc-Olivier BITKER, Pr. Jean Benjamin STORA,
Stéphane FLAMANT, Michael STORA, Dr Frédérique TAFFOREAU**

**Etude psychosomatique intégrative
d'un cas de colopathie fonctionnelle**

**Mémoire de psychosomatique
Présenté par Claude Marchand**

**Jury des vendredi 4 septembre et samedi 5 septembre 2015
Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière**

Remerciements

Je tiens à remercier vivement le professeur Jean Benjamin Stora pour sa contribution éminente prolongée et intégrative au champ de la psychosomatique.

Je remercie chaleureusement Monsieur Stéphane Flamant pour sa disponibilité, son écoute attentive, ses enseignements et ses conseils avisés, notamment à l'occasion des ateliers cliniques.

Je remercie mes collègues de promotion pour leur sens critique, leurs observations éclairées et leur bienveillante sympathie.

Je remercie Tina d'avoir accepté répondre au questionnaire d'évaluation de santé psychosomatique et de s'être confiée à moi.

Je remercie enfin mon épouse Mireille et ma fille Aurore pour leurs soutiens inconditionnels et leurs encouragements.

Résumé

Le présent travail vise à éclairer, par la méthode d'investigation et de diagnostic de la santé psychosomatique et ses outils afférents (développés par le professeur Jean Benjamin Stora), le cas d'une jeune femme de 26 ans atteinte de colopathie fonctionnelle et souffrant d'une névrose d'angoisse. La prise en charge de cette patiente s'est déroulée, en complémentarité avec d'autres thérapeutes, dans le cadre d'un dispositif de soin en libéral sur un temps (7 mois).

La pathologie psychique de cette patiente se déclenche à la suite de deuils à répétition non résolus : deuils de proches, « syndrome de mère morte » (André Green), puis d'une déception amoureuse traumatisante ré-activatrice d'angoisses de perte d'objet et d'abandon infantiles. Nous partons de l'hypothèse de départ de l'incapacité pour la mère de la patiente d'être durablement « suffisamment bonne » (Donald Woods Winnicott) avec sa fille durant la petite enfance, difficulté renforcée par l'absence psychique concomitante du père. Nous observons alors un mouvement d'effondrement des imagos parentales voire familiales, idéalisées, expression d'un défaut de « famille suffisamment bonne ». Cette désillusion brutale active en cascade le développement d'un idéal du Moi exigeant voire tyrannique.

Dans le cas singulier de cette patiente, le processus de désorganisation de l'appareil psychique s'accompagne de fixations régressions de type orale et anale et le développement de troubles somatiques digestifs et gastriques inter-reliés à l'affection psychologique. Dans la présentation faite ici, les neurosciences apportent un éclairage particulièrement intéressant pour mieux comprendre comment les systèmes nerveux central et autonome fonctionnent en présence de phénomènes tels que l'anxiété, l'angoisse, la peur ou la panique.

Sur le plan psychothérapeutique enfin, la question essentielle qui se pose est celle du développement d'un noyau narcissique suffisamment solide et stable dans le temps pour faire face à un environnement parental voire familial pathogène. Dans cette perspective, l'approche thérapeutique intégrative est de mise pour permettre un travail aux différents niveaux neuro-psycho-somatiques.

Mots clés : colopathie fonctionnelle, névrose d'angoisse, psychosomatique intégrative, mère morte, famille suffisamment bonne, anxiété, peur, trouble panique, neurosciences

Table des matières

1. Introduction	2
2. Apports théoriques, état des recherches et hypothèses cliniques	4
2.1.Approche médicale de la colopathie fonctionnelle	4
2.2.Approche neuroscientifique de l'anxiété, de l'angoisse et du système de réaction de peur	6
2.3.Approche psychanalytique de la névrose d'angoisse	12
3. Présentation et analyse du cas de Tina, 26 ans, névrose d'angoisse	14
4. Discussion	32
5. Conclusion	35
6. Bibliographie	37
7. Annexes	38
• Questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique : scores de prévalence (exemple de Tina)	
• Fiche patient (exemple de Tina), tableau vierge des événements de vie et des troubles somatiques avec commentaires et résultats de l'examen clinique psychosomatique (exemple de Tina)	
• Nosographie psychosomatique du Professeur Jean Benjamin STORA	

Note : dans le texte les renvois entre crochets correspondent :

- pour les nombres, par exemple [150], au renvoi à la nomenclature psychosomatique du Professeur Jean Benjamin Stora (cf annexes)
- pour les noms et années de parution, par exemple [Freud 1911], à la bibliographie.

1. Introduction

Cette année de formation universitaire en psychosomatique intégrative marque à la fois pour moi le début d'une nouvelle étape dans mon cheminement personnel, et l'aboutissement d'une démarche professionnelle toujours tendue vers le rapprochement des sciences ayant pour objet la personne.

Après avoir longuement hésité dans mon choix d'orientation post bac entre des études de kinésithérapie et des études de psychologie, je suis souvent resté dans un sentiment d'incompréhension et d'inachèvement quant à la manière dont les disciplines enseignées à l'université (entre autre) ne cherchaient pas à s'intriquer mutuellement. Ce sentiment s'est renforcé lorsqu'en 1997 j'ai choisis de m'intéresser à la psychanalyse Freudienne, pour finalement engager un travail personnel dans la branche Lacanienne de la discipline en 2001.

En 1999, alors que je parvenais quasi au terme de mon parcours de formation initiale universitaire, j'ai pu réaliser par un DESS en psychologie mention « psychologie du sport » à l'université Paul Valéry de Montpellier. J'ai alors eu la satisfaction de constater lors de cette formation, qu'il y avait une considération à part entière de la dimension corporelle et une ouverture à des pratiques alternatives à la psychologie ou la psychanalyse, telles la relaxation ou l'hypnose Ericksonienne. L'année suivante, souhaitant poursuivre mes études en DEA à l'UFR STAPS de Dijon, j'ai tristement dû me rendre à la réalité. Ma candidature qui avait d'abord été acceptée, eu égard à ma pratique sportive de niveau national, a finalement été rejetée lorsque j'ai avancé l'idée d'un souhait d'intégration de la notion de psychologie clinique aux sciences sportives. Psychisme et somatique semblaient pour certains non compatibles dans une discipline alors essentiellement orientée vers l'amélioration de la performance sportive.

En 2010, alors que j'évoluais depuis près de 10 années en tant que psychologue dans diverses structures, j'ai eu le bonheur de rencontrer quelques personnes (médecins acupuncteurs, ostéopathes, kinésithérapeutes, spécialistes de médecine traditionnelle chinoise et quantique, etc.) ouvertes à une compréhension holistique de humain.

Sur les deux années qui ont suivi, j'ai été initié à des techniques psychocorporelles et de médecine traditionnelle orientale que je mets aujourd'hui en œuvre lors de mes consultations complémentaires aux approches psychanalytique et psychologique plus « classiques ».

Le travail de présentation et d'analyse du cas d'une jeune patiente (Tina) reçue à mon cabinet et formalisé ci-après, s'inscrit dans cette visée holistique et intégrative des neurosciences, de la médecine et de la psychanalyse. Après avoir éclairé de quelques notions clés de ces disciplines la situation singulière de ma patiente, je me suis efforcé d'appliquer au mieux la technique d'évaluation de la santé psychosomatique qui m'a été enseignée cette année.

Sur un plan théorique purement psychanalytique, je me suis ici plus spécifiquement attaché aux concepts développés par Sigmund Freud, André Green ou Donald Woods Winnicott en ce sens qu'ils permettaient un éclairage significatif des éléments du tableau clinique global de ma patiente.

Non exhaustive, cette réflexion autour de la problématique de la colopathie fonctionnelle et de la névrose d'angoisse permet, me semble-t-il toutefois, de dégager, des pistes de réflexions sur des concepts avancés en amont par d'autres auteurs et chercheurs des trois disciplines précédemment citées.

2. Apports théoriques, état des recherches et hypothèses cliniques

2.1. Approche médicale de la colopathie fonctionnelle :

La colopathie fonctionnelle ou syndrome du côlon irritable (SCI) ou syndrome de l'intestin irritable (SII) est un trouble du fonctionnement de l'intestin (du côlon ou gros intestin), très fréquent, sans gravité mais responsable d'une gêne importante.

J. Frexinos considérait, en 2008-2009, que plus de cinq millions de français pouvaient être considérés comme ayant à des degrés divers des troubles fonctionnels intestinaux. Ceux-ci représentaient selon lui 50% des motifs de consultation en gastro-entérologie. « Le diagnostic initial se fait habituellement au cours de la troisième ou de la quatrième décennie de la vie, mais l'âge réel de début de la maladie peut être beaucoup plus précoce et les troubles fonctionnels intestinaux de l'enfant sont loin d'être exceptionnels. Des antécédents familiaux de troubles fonctionnels intestinaux sont retrouvés chez 33% des malades » [Frexinos 2008]¹.

Les mécanismes de survenue sont mal connus et multiples mais des facteurs comme le stress, les changements du quotidien... favorisent son déclenchement. C'est une affection fréquente et sans gravité. En revanche, elle altère notablement la qualité de vie des personnes qui en souffrent.

Dans cette pathologie on observe :

- un trouble de la motricité intestinale : les contractions de l'intestin grêle et du côlon peuvent être soit trop fortes, soit trop faibles. Les aliments se déplacent alors trop rapidement ou trop lentement, entraînant une diarrhée ou une constipation ;
- des anomalies de la sensibilité intestinale : les personnes qui ont une colopathie fonctionnelle ont des intestins plus sensibles. Elles ressentent plus péniblement des phénomènes pourtant normaux, comme des ballonnements, des flatulences, des maux intestinaux ;
- des anomalies de la flore digestive avec éventuellement une pullulation bactérienne.

¹ p 59

Les facteurs favorisants :

- la fatigue ou les situations de stress (changements dans le quotidien, voyages, etc.). À l'inverse, pendant le repos ou les périodes de vacances, les signes auraient tendance à diminuer,
- des facteurs psychologiques comme l'anxiété,
- des repas non équilibrés ou trop copieux,
- une infection intestinale sévère.

« Les signes les plus courants de la colopathie fonctionnelle sont de trois types :

- la douleur abdominale (qui est le symptôme le plus fréquent) ; Elle se caractérise par une sensation de spasme ou de crampe et se situe habituellement au niveau des fosses iliaques droite et gauche ou dans la région ombilicale. Elle survient, en général, après le repas mais peut aussi apparaître au réveil. Elle peut durer de quelques heures à quelques jours. Elle est classiquement soulagée par l'émission de selles ou de gaz ;
- les ballonnements abdominaux sont également fréquents. Ils peuvent représenter une gêne qui rend pénible le port de vêtements serrés, en particulier après les repas. Au maximum, il s'agit d'une tension permanente difficilement supportable, avec distension de la paroi abdominale. Le ballonnement peut s'accompagner de bruits à l'intérieur du tube digestif dus aux déplacements des gaz et des liquides (borborygmes). Comme la douleur, le ballonnement (ou flatulence) peut être amélioré par l'émission de gaz ou de selles ;
- les troubles du transit intestinal se manifestent le plus souvent par une constipation. Toutefois, des diarrhées ou une alternance de diarrhée/constipation peuvent également apparaître » [Améli 2014].

Evolution des symptômes :

Selon Frexinos, « dans la majorité des cas, les symptômes évoluent vers un mode intermittent avec des périodes de crise, déclenchées parfois par des facteurs apparents d'ordre psychologique (tensions affectives) professionnel ou social. Cependant les événements de la vie quotidienne ne paraissent pas être associés à des troubles fonctionnels à moins qu'ils ne déclenchent des situations anxieuses »².

² p 62

La colopathie fonctionnelle n'augmenterait pas le risque de développer un cancer du côlon ou une maladie inflammatoire chronique intestinale du type maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique. Elle ne nécessiterait pas non plus de chirurgie et ne diminuerait pas l'espérance de vie.

2.2. Approche neuroscientifique de l'anxiété, de l'angoisse et du système de réaction de peur

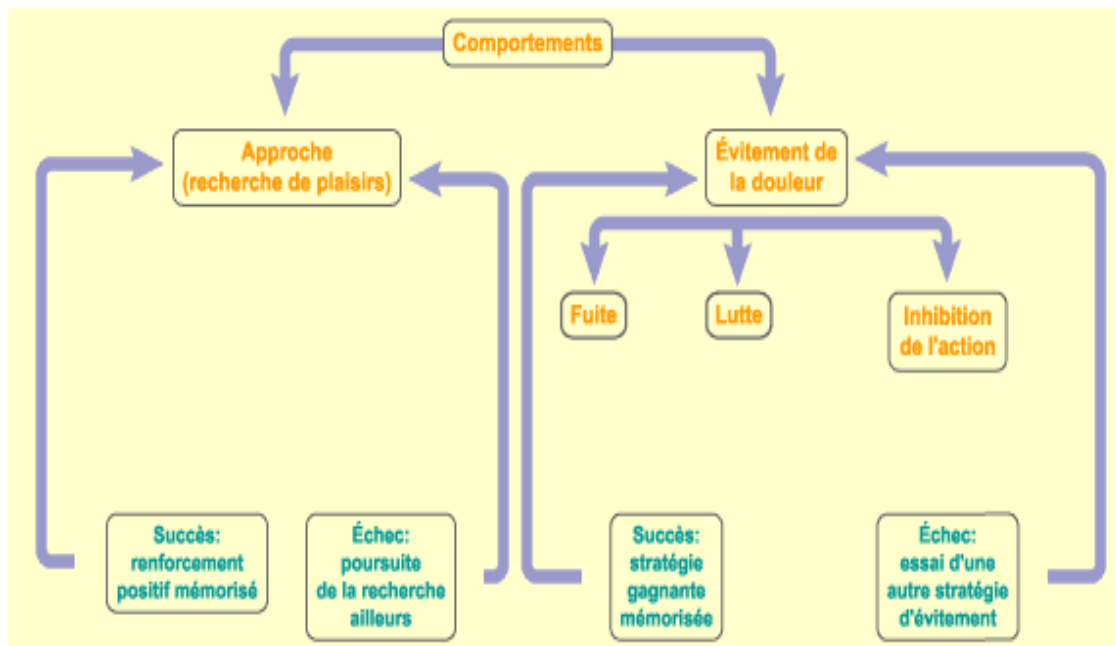
Les réactions de peur sont reliées à ce que nous appelons en psychanalyse le noyau paranoïde. D'un point de vue psychologique, la peur, l'anxiété et l'angoisse désignent trois réalités distinctes. « Elles sont toutefois apparentées et peuvent aussi être considérées comme trois degrés d'un même état : la mise en jeu du système nerveux sympathique qui pousse à l'action quand celle-ci est impossible »³. Mentionnons que le système nerveux sympathique est lui-même associé à l'activité de deux neurotransmetteurs à savoir la noradrénaline et l'adrénaline.

L'activation du système nerveux sympathique prépare donc l'organisme à l'activité physique ou intellectuelle. Face à un stress important, c'est ce système qui « orchestre la réponse de fuite ou de lutte. Il dilate les bronches, accélère l'activité cardiaque et respiratoire, dilate les pupilles, augmente la sécrétion de la sueur et de la tension artérielle, mais diminue l'activité digestive ». La réaction de fuite, de lutte ou l'inhibition de l'action sont les trois réponses comportementales possibles à un stimulus nociceptif. « Comme pour les comportements gratifiants, la réaction de fuite, de lutte ou d'inhibition adoptée face à un stimulus menaçant peut s'avérer efficace ou non. Le comportement associé est alors mémorisé comme une stratégie gagnante ou perdante ».

Le schéma ci-après illustre comment l'efficacité d'un comportement permet la mémorisation d'un succès ou face à l'échec, l'adoption d'une stratégie alternative. Aussi, et afin d'avoir une représentation plus large de ce fonctionnement, nous proposons d'intégrer ici la notion « d'évitement de la douleur » dans celle plus exhaustive « d'évitement de la souffrance physique ou psychique ».

³ Cf « Quand la peur prend les commandes », sur le site :

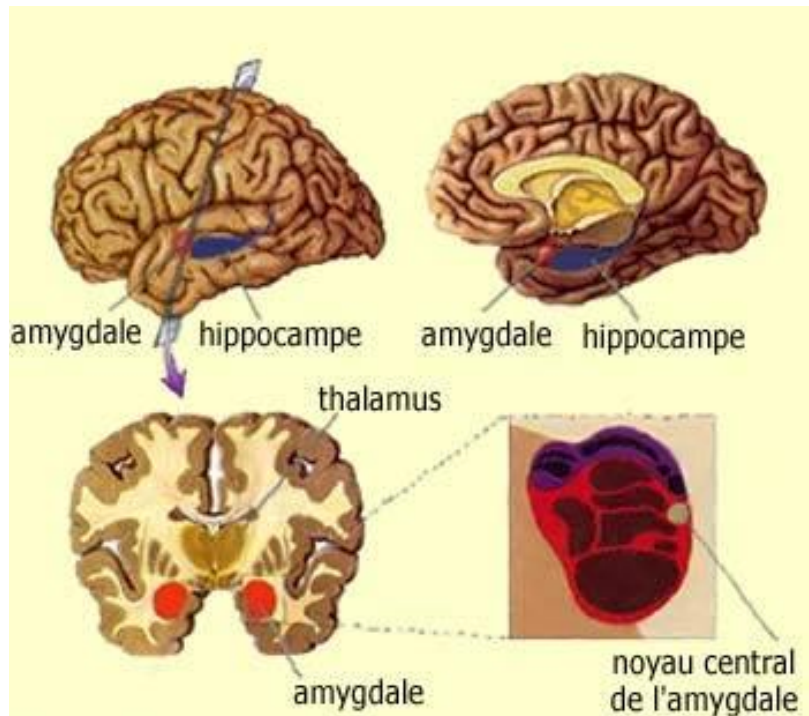
http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_04/a_04_p/a_04_p_peu/a_04_p_peu.html.



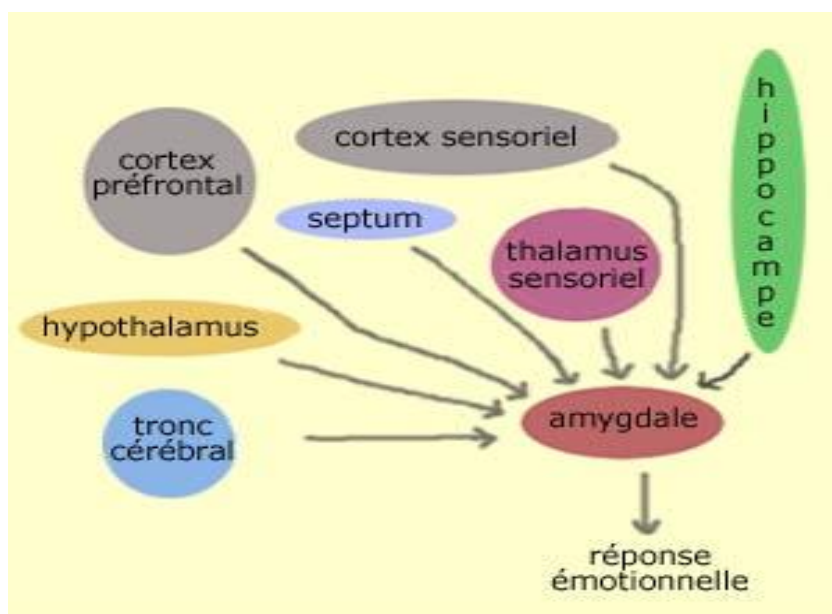
Le souvenir d'un échec après une lutte incite donc un sujet à adopter une réaction de fuite. Toutefois, lorsque celle-ci est rendue impossible (par exemple, par un phénomène de jeu de dépendance), le sujet apprend que le meilleur compromis à adopter pour lui est d'inhiber son action et d'accepter son « statut de subordonné ». Ce mécanisme, qui permet d'entrevoir comment s'établissent parfois certains liens sociaux et familiaux, a toutefois à long terme des retentissements désastreux sur les plans somatiques et psychiques.

Les trois réactions d'évitement de la souffrance physique ou psychique engendrent des remaniements hormonaux et vasomoteurs nous l'avons vu sous contrôle du système nerveux sympathique. L'activation de ce système va permettre une adaptation mais ces changements ne peuvent être durables sous peine de nuire au bon fonctionnement de certaines régions, comme les viscères par exemple. « La source menaçante disparue, l'équilibre de l'organisme doit donc être rapidement restauré ».

La peur qui est une « émotion forte et intense éprouvée en présence ou d'une menace réelle et immédiate » peut aussi surgir à la pensée d'un danger potentiel. Les principales voies nerveuses à l'origine de la réaction comportementale défensive face à la peur sont aujourd'hui connues. L'évolution humaine a regroupé plusieurs circuits du système d'alarme de notre organisme dans l'amygdale, « structure cérébrale essentielle au décodage des émotions et en particulier des stimuli menaçants pour l'organisme ».



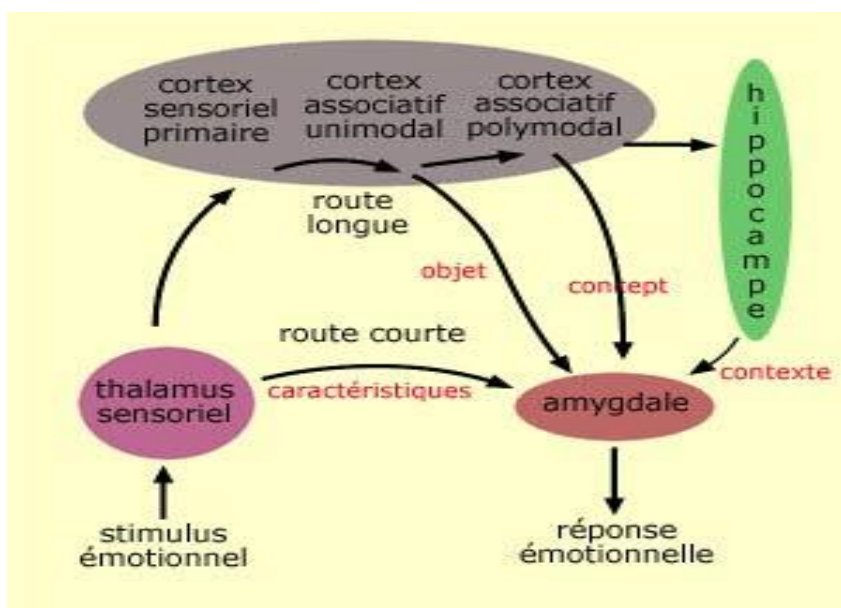
Les inputs sensoriels qui convergent vers l'amygdale pour l'informer des dangers potentiels de l'environnement lui parviennent soit directement du thalamus sensoriel, soit des différents cortex sensoriels. Plusieurs autres régions du cerveau envoient également leurs axones à l'amygdale, comme l'hypothalamus, le septum et la formation réticulée du tronc cérébral, par exemple. « L'amygdale reçoit aussi de nombreuses connexions de l'hippocampe. Celui-ci étant impliqué dans le stockage et la remémoration de souvenirs explicites, ses connexions à l'amygdale peuvent être à l'origine d'une émotion déclenchée par un souvenir particulier ».



« L'hippocampe est aussi spécialisé dans le traitement non pas d'un seul stimulus mais d'une collection de stimuli, ou si l'on veut du contexte d'une situation. C'est à cause de l'hippocampe, et de ses liens étroits avec l'amygdale, que tout le contexte associé à un événement traumatisant peut devenir une source d'anxiété.

Des connexions importantes à l'amygdale proviennent enfin du cortex préfrontal médial. Elles seraient impliquées dans le processus d'extinction de la peur conditionnée. Le cortex préfrontal serait également impliqué dans la dernière phase de la confrontation à un danger, celle où après la réaction émotionnelle automatique initiale, nous devons réagir et choisir l'action la plus efficace pour se soustraire au danger. (...) Les connexions du cortex préfrontal à l'amygdale permettent aussi d'exercer un certain contrôle conscient sur notre anxiété. Toutefois, cette faculté peut en même temps créer de l'anxiété en imaginant l'échec d'un scénario donné ou même la présence de dangers inexistantes ».

Les deux voies de la peur : « Un stimulus sensoriel évoquant la présence d'un danger pour l'organisme va d'abord atteindre le thalamus. De là, il sera pris en charge par deux voies parallèles : la voie thalamo-amygdalienne (route courte) et la voie thalamo-cortico-amygdalienne (route longue). La première véhicule une perception grossière et rapide d'une situation puisque c'est une voie sous-corticale qui ne bénéficie pas de la cognition. Elle active l'amygdale qui, par l'entremise de son noyau central, fait naître des réactions émotionnelles avant même que l'intégration perceptuelle n'ait eu lieu et que le système puisse se représenter complètement le stimulus ».



« Dans un deuxième temps, le traitement de l'information par la voie corticale longue arrive à l'amygdale et précise si c'est un véritable stimulus menaçant ou s'il n'y a pas lieu de s'inquiéter. Pour ce faire, différents niveaux de traitement cortical sont nécessaires. En effet, après un traitement des différentes modalités de l'objet par le cortex sensoriel primaire, le cortex associatif unimodal fournit à l'amygdale une représentation de l'objet. À un niveau d'analyse encore supérieur le cortex associatif polymodal conceptualise la chose et en informe également l'amygdale. Cette représentation élaborée de l'objet peut alors être comparée au contenu de la mémoire explicite grâce à l'hippocampe qui entretient lui aussi des liens étroits avec l'amygdale. (...) La présence imminente d'un danger poursuit alors le travail d'activation de l'amygdale dont les patterns de décharge vont activer les structures efférentes responsables des manifestations de la peur comme la fréquence cardiaque et de la pression sanguine élevées, les mains moites, la bouche sèche, les muscles tendus, etc. »

« L'**anxiété** est une émotion vague et déplaisante qui traduit de l'appréhension, de la détresse, une crainte diffuse et sans objet. L'anxiété peut être produite par diverses situations : une surabondance d'information qu'on ne parvient pas à traiter, la difficulté d'admettre certaines choses (comme la mort d'un proche), le manque d'information qui fait nous sentir impuissant, des événements imprévisibles ou incontrôlables dans notre vie, le sentiment de ne pas pouvoir faire face à un événement, etc. L'anxiété peut aussi résulter, et cela est proprement humain - donc issu d'un processus néocortical - de la construction imaginaire d'une situation qui n'existe pas mais qui est redoutée. C'est cette anxiété d'origine corticale qui peut être apaisée par des médicaments comme les benzodiazépines qui potentialisent l'effet du principal neurotransmetteur inhibiteur du cortex, le GABA ».

Alors que l'anxiété passagère est normale et sans conséquence, l'anxiété chronique peut perturber les performances de plusieurs fonctions cognitives comme l'attention, la mémoire ou la résolution de problèmes.

« Bien qu'elles aient une origine linguistique commune (*angh* de racine indo-européenne signifie serrer, comprimer), l'anxiété se différencie de l'**angoisse** par l'absence de modifications physiologiques (sensation d'étouffement, sueurs, accélération du pouls) qui ne manquent jamais dans l'angoisse. En effet, l'angoisse se caractérise par l'intensité du malaise psychique ressenti qui résulte d'une extrême inquiétude, d'un danger vague mais imminent devant lequel on serait désarmé et impuissant. L'angoisse survient souvent sous forme de crises qui sont très difficiles à contrôler.

L'individu a alors du mal à analyser l'origine de son angoisse, et s'affole d'autant plus qu'il sent les palpitations, les sueurs et les tremblements l'envahir. L'angoissé se concentre alors sur le présent et ne peut plus assumer qu'une tâche à la fois. Il présente des signes de tension musculaire et respire avec peine et digère mal ».

Les troubles paniques :

L'attaque de panique est définie comme étant une « période délimitée marquée par l'apparition soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente et qui atteint généralement son maximum en 10 minutes ».

Lors d'une attaque de panique on peut observer des symptômes tels que :

- des sensations de souffle coupé ou de manque d'air,
- des palpitations,
- des douleurs ou une gêne thoracique,
- des sensations d'étranglement et/ou des impressions d'étouffement,
- la peur de « devenir fou », de mourir, et/ou de perdre le contrôle sur soi,
- des tremblements ou des secousses musculaires,
- des nausées et/ou des troubles digestifs,
- des sensations de vertige,
- des engourdissements ou des picotements,
- des frissons ou des chaleurs

« Les troubles paniques sont semblables aux phobies et à l'état de stress post-traumatique en ce qui concerne l'intense montée d'angoisse qu'elles provoquent mais se distinguent par le fait que l'origine de cette angoisse est plus souvent interne que reliée à un stimulus externe donné. Il devient alors très difficile pour le patient de développer des comportements d'évitement ciblés comme peuvent le faire par exemple les personnes atteintes de phobies spécifiques. En fait, certaines personnes souffrant de troubles paniques développent des comportements d'évitement, mais envers une catégorie si large d'endroits que l'on parle alors de troubles paniques avec agoraphobie ».

Certaines différences semblent avoir été constatées quant à l'observation du trouble panique entre les hommes et les femmes. Le **trouble panique agoraphobique** serait ainsi diagnostiqué deux fois plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

Pour ce qui concerne le trouble panique sans agoraphobie, celui-ci semble être diagnostiqué trois fois plus souvent chez les femmes⁴. Le **trouble panique sans agoraphobie** se caractérise quant à lui par la présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues associées à la crainte persistante d'en revivre une autre. «Celui-ci est de plus relié à des préoccupations quant aux conséquences possibles de ces attaques de panique et à un changement significatif de comportement découlant des attaques paniques. Il est à noter dans ce trouble, que les critères étant associés à l'agoraphobie doivent être absents. (...) Une façon courante de comprendre ce phénomène est de le voir comme un conditionnement entre un phénomène physiologique particulier (par exemple une hausse de pression artérielle) et une situation désagréable (comme une agression). Par la suite, l'activation du même phénomène physiologique (la hausse de pression artérielle) provoqué par une toute autre situation (une discussion devant un supérieur ou un vaste public par exemple) fera augmenter la pression qui, par association, fera ressurgir le sentiment désagréable qui enclenchera l'état de panique ». L'amygdale serait la structure cérébrale créatrice de l'association entre une réaction physiologique et une situation menaçante.

2.3. Approche psychanalytique de la névrose d'angoisse

Dès 1893, Freud [in Laplanche et Pontalis]⁵ s'est préoccupé de la question de l'origine de l'angoisse et de ses rapports avec l'excitation sexuelle et la libido.

D'un point de vue symptomatologique et de par la prédominance de l'angoisse, Freud a distingué la névrose d'angoisse de la neurasthénie. « Sur un fond d'excitabilité générale, se détachent différentes formes d'angoisse : angoisse chronique ou attente anxieuse susceptible de se lier à tout contenu représentatif qui peut lui offrir un support ; accès d'angoisse pure, accompagné ou remplacé par différents équivalents somatiques (vertige, dyspnée, troubles cardiaques, sudation, etc.) ; symptômes phobiques où l'affect d'angoisse se trouve lié à une représentation mais sans qu'on puisse reconnaître en celle-ci un substitut symbolique d'une représentation refoulée ».

D'un point de vue étiologique, il l'a distinguée de l'hystérie en ce sens que la névrose d'angoisse est une névrose actuelle « caractérisée par l'accumulation d'une excitation sexuelle qui se transformerait directement en symptôme sans médiation psychique ».

⁴ Pour plus d'informations voir le lien suivant : <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/troubles-anxieux/trouble-panique-avec-ou-sans-agoraphobie.html>

⁵ p 274

Plus précisément, et alors que dans les deux cas il se produit une sorte de conversion, dans l'hystérie « c'est une excitation psychique qui emprunte une fausse voie exclusivement dans le somatique, tandis que dans la névrose d'angoisse c'est une tension physique qui ne peut pas passer dans le psychique et reste alors sur une voie physique ».

Freud considère la névrose d'angoisse comme une névrose actuelle. « C'est une névrose où prédomine une angoisse massive, sans objet nettement privilégié et où le rôle de facteurs actuels est manifeste. En ce sens, elle se différencie nettement de l'hystérie d'angoisse ou névrose phobique dans laquelle l'angoisse est fixée sur un objet substitutif ».

« Freud rapporte la névrose d'angoisse à des étiologies spécifiques dont les facteurs communs sont :

- L'accumulation de tension sexuelle,
- L'absence ou l'insuffisance d'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique, celle-ci ne pouvant se transformer en libido psychique qu'en entrant en connexion avec des groupes préétablis de représentations sexuelles. Quand l'excitation sexuelle ne se trouve pas ainsi maîtrisée, elle est directement dérivée sur le plan somatique sous forme d'angoisse. Freud voit les conditions de cette insuffisance d'élaboration psychique soit dans un développement insuffisant de la sexualité psychique, soit dans une tentative de répression de celle-ci, soit encore dans sa dégradation, soit enfin dans l'instauration d'un écart devenu habituel entre la sexualité physique et la sexualité psychique ».

La conceptualisation de la névrose d'angoisse a notablement évolué depuis Freud. Jean Paul Chartier [in Bergeret et col. 1996]⁶ souligne à ce titre que aujourd'hui « la vue réactionnelle vis-à-vis du comportement sexuel est abandonnée. La bouffée d'angoisse est considérée comme un échec du refoulement et de la mise en place de symptômes. La bouffée d'angoisse signe donc avant tout l'absence d'une structure névrotique suffisamment élaborée voire inexistante ».

⁶ p 146

3. Présentation et analyse du cas de « Tina », 26 ans, névrose d'angoisse

A. Synthèse des entretiens psychosomatiques

Je rencontre Tina pour la première fois le 28 octobre 2014 sur orientation d'une collègue psychologue et hypnothérapeute qui a évoqué avec elle l'approche psycho-somatique que je développe. Tina se présente ainsi dans un premier temps à moi avec une demande de résolution de ses symptômes somatiques et ce complémentirement au travail qu'elle continue de réaliser par ailleurs avec sa thérapeute habituelle.

Tina est une jeune femme se présentant comme célibataire et sans enfant lors de notre première rencontre. Elle est d'apparence plutôt menue, sans signe de maigreur apparent et d'emblée je remarque qu'elle semble porter une attention particulière à sa présentation physique. Elle est étudiante (prépare le concours de professeurs des écoles) et elle travaille à temps partiel. Elle pratique régulièrement diverses activités de loisirs ou sportives telles que le yoga, la danse (Zumba) et la musculation.

Au cours des entretiens elle se montre généralement souriante et courtoise. Je ressens par contre chez elle systématiquement une certaine réserve voire une certaine pudeur dont je ferais l'hypothèse à posteriori qu'elle est en lien avec un sentiment intense de honte. Tina est une jeune personne sensible qui oscille régulièrement au cours des entretiens entre une colère contenue et un lâcher prise à l'évocation d'événements pénibles ou douloureux.

Tina vit la plupart du temps chez ses parents qui habitent à quelques dizaines de kilomètres de Dijon, ville où elle fait ses études et travaille. Sa mère est nourrice agréée et son père est mécanicien automobile dans un garage situé dans le village de résidence familial.

Tina est l'aînée d'une fratrie de trois enfants :

- Clément né en 1994, qu'elle décrit comme « dépressif ».
Son frère aurait en effet perdu cinq personnes proches dans deux accidents de voiture à quinze jours d'écart courant mai 2013. Son meilleur ami « Christopher » est décédé à cette occasion et il « ne s'en est jamais remis », dira-t-elle.

Tina n'a elle-même pas pu se rendre à l'enterrement du dit Christopher et elle en éprouve lors des entretiens des remords et de la culpabilité vis-à-vis de son frère qu'elle aurait aimé pouvoir soutenir à cette occasion.

Tina précise qu'en amont de ces accidents son frère « a eu une adolescence difficile ». Clément est devenu père début octobre 2014 d'une petite fille dont Tina dit : « c'est un accident ! ».

- Julian né en 1998, qu'elle décrit comme un jeune homme « ne disant rien et souffrant en silence ».

Tina évoque avoir très peur en voiture. Il lui est ainsi impossible de ne pas être au volant lorsqu'elle doit se déplacer en compagnie de plusieurs personnes (« Il n'est pas possible que je ne conduise pas »). Lors des sorties entre amis, elle assure donc toujours les transports aller et retour.

Tina rapporte avoir été une « petite fille joyeuse » avec une enfance « sans grande difficulté ». Elle précise toutefois que sa relation à sa mère est devenue conflictuelle depuis la naissance de son frère Clément. Elle avait alors 5 ans. La relation à son père est dit-elle depuis toujours marquée par une forme d'absence affective et émotionnelle. Tina a le souvenir durant son enfance d'un père qui allait très fréquemment à la pêche. Ce comportement n'a pas évolué au fil des ans. Celle-ci souligne également que son père « n'avait sans raison valable jamais été là pendant les fêtes d'école de fin d'année ». En février 2015, alors qu'elle rencontre des soucis de réparation de son véhicule et rappelons-le que son père est mécanicien, ce dernier ne lui fournit aucune aide pour dépanner sa voiture.

Tina mentionne « qu'il n'y a pas de communication » entre ses parents et que leur couple « ne fonctionne pas bien ». Il en est de même pour ce qui concerne la communication entre les parents et les enfants, ce qui ne correspond pas aux valeurs familiales de Tina. La grand-mère maternelle, chez qui Tina loge parfois quand elle est présente sur Dijon, la « défend beaucoup » de ses parents. Elle est manifestement pour elle une personne ressource chez qui elle ne se sent pas angoissée et qui l'accueille bien volontiers lorsqu'elle le souhaite ou par commodité. Les grands-parents paternels, qui ont adopté le père de Tina sont eux tous deux décédés et se seraient révélés être beaucoup plus distants avec leur petite fille.

Depuis février 2012 l'endettement de la famille n'a fait qu'augmenter pour atteindre la somme d'environ 150 000 euros fin 2014 suite à quatorze crédits à la consommation contractés par la mère de Tina. Aussi, parallèlement à ses études, Tina occupe un emploi à temps partiel dans un collège (aide aux devoirs pour les élèves en difficulté). Elle augmente progressivement son temps de travail depuis le début de son contrat pour aider financièrement ses parents. Au démarrage de la prise en charge il n'était pas concevable pour Tina de « laisser ses parents dans cette terrible situation ». Sa position sur ce sujet a nettement évolué au fil des séances dans le sens d'une distanciation, Tina comprenant finalement le caractère pervers de la relation qui s'est instaurée entre elle et ses parents. Le plus jeune des frères de Tina (Julian) habite encore chez ses parents. « Faute de mieux il effectue un apprentissage » et participe, bon gré mal gré, lui aussi au financement des charges et des dettes de la famille.

Tina dit que ses symptômes physiques la handicapent beaucoup dans ses relations aux autres. A titre d'exemple elle me rapporte ainsi ses dernières vacances de l'été 2014 où elle avait décidé de partir avec deux amies dans le sud de la France. Son malaise grandissant lors de ce séjour elle a finalement dû rentrer chez elle en urgence après seulement trois jours sur place. Prise de panique d'avoir des diarrhées elle ne pouvait plus quitter l'appartement de location autant que de désir et que ses amies l'auraient souhaité. Après avoir tenté de « prendre sur elle », Tina s'est finalement sentie mal par rapport à celles-ci et à préférer les « laisser profiter sans elle de leurs vacances ». Elle est alors rentrée chez ses parents, laissant ses amies sur place. Ces dernières ont alors dû rentrer en Bourgogne par leurs propres moyens. Suite à cet incident Tina n'a jamais revu ces amies.

Au début de la prise en charge et lorsque Tina avait le souhait de « sortir avec des copains et des copines ». Elle se demandait toujours à priori comment cela allait se passer avec ceux-ci ce qui renforçait alors potentiellement les maux de ventre et les diarrhées. Elle prenait « son courage à deux mains » pour sortir quand même mais se retrouvait alors systématiquement à passer ses soirées aux toilettes. Tina indique en février 2015 qu'elle « aimerait davantage sortir car elle se sent isolée et en éprouve une certaine souffrance ». Elle est consciente qu'elle « se rend malade » et elle « en a marre d'aider tout le monde sans avoir de retour ». A ce sujet, elle reste très attachée à ses parents même si dernièrement elle a pu leur dire que la situation familiale l'induisait en échec. A cette période il convient par ailleurs de noter que Tina souffrait en parallèle de ne pas parvenir à s'investir durablement dans une relation amoureuse.

Dans la perspective du passage du concours de professeurs des écoles en avril 2015, Tina a finalement décidé d'aller vivre quelques temps chez sa grand-mère et chez une copine. Après coup son hypnothérapeute m'apprend que Tina a obtenu son concours et qu'elle ne souffre plus de maux de ventre.

B. Tableau des évènements de vie et des troubles somatiques avec commentaires

Commentaires	Evènements de vie	Dates / âges	Troubles somatiques
Ces deux décès sont vécus comme « un choc pour tous les membres de la famille »	Décès de la compagne d'un oncle et d'une arrière-grand-mère	2003	
Disparition d'un idéal du père, d'un idéal masculin	Décès du grand-père maternel (rupture d'anévrisme)	2004	
Début de la désorganisation progressive Fixation orale	Décès d'une cousine du côté maternel âgée de 25 ans lors d'un accident de voiture Décision de redoublement de la classe de seconde fin juin	2005	« stress physique » important Problèmes digestifs (légumes, laitages) sans allergie repérée : trouble fonctionnel
Apparition de marqueurs somatiques Régression psychique stade anal		2007	Apparition de maux de ventre avec diarrhées importantes
Atteinte narcissique forte	Séparation amoureuse à l'initiative de son petit ami	Mars 2008	
Apparition d'angoisses : « d'être avec les autres », « sentiment d'oppression », « ne peut pas respirer » et de peurs : « peur d'être éloignée des siens » (parents). Complication des sorties avec les ami(e)s Dépression essentielle Excitation somatique très importante	Passage du BAC économique et social Passage du permis de conduire	Jun 2008	Déclenchement de maux de ventre importants avec perte de poids de 4 kg en 15 jours durant le Bac Déclenchement quasi systématique de diarrhées quand il lui faut sortir de chez elle (ex : soirées chez des amis)
	Entrée à l'université en section Anglais	Sept 2008	

	Obtention de la Licence d'anglais et engagement sur un master d'enseignement	Sept 2011	
Forte augmentation du niveau d'excitation pulsionnelle Tina montre alors des capacités d'adaptation fortes à l'annonce traumatique : il y a une phase d'impact avec choc puis sidération de l'appareil psychique renforcée par un masochisme déjà bien ancré	Relations conflictuelles entre les parents et entre Tina et ses parents (« ça use », « ça a tout détruit ces disputes ») La mère de Tina lui annonce qu'elle a contracté plusieurs crédits à la consommation en 10 ans et qu'ils se sont endettés à hauteur de 100 K€. A la même occasion elle indique à sa fille qu'elle a voulu se suicider. Tina s'investit alors fortement pour comprendre ce qu'il s'est passé. Par la suite elle sollicite l'aide d'une assistante sociale et fait une demande de dossier de surendettement (août 2013) pour ses parents.	Février 2012	
Modification de l'investissement libidinal : passage d'un objet externe à un objet interne	Séparation amoureuse à son initiative (depuis cette période a régulièrement des petits amis mais sur des temps courts) Mise en place de séances de sophrologie	Courant 2012	Plusieurs examens médicaux qui n'indiquent aucuns troubles lésionnels
Augmentation de l'anxiété Démarrage d'une prise d'anxiolytiques	Echec au concours d'entrée à l'école de professeur des écoles	Avril 2013	
	Obtention du master d'enseignement	Juin 2013	
	Mise en place de séances d'hypnothérapie pour une demande initiale de travail sur la réduction du stress. (12 séances effectuées à fin février 2015)	Depuis septembre 2013	
	Nouvel échec au concours de professeur des écoles	Avril 2014	

Peur importante de la mort Problèmes d'endormissement avec parfois réveils nocturnes et effacement de la vie onirique Ruminations anxieuses très importantes		Octobre 2014	
	Déménagement de son frère « Clément » dans une caravane à Chatillon sur Seine	Décembre 2014	
Mise en place de la phase d'acceptation et début d'intégration de l'événement traumatique	Prend de la distance géographique avec ses parents en intégrant de temps en temps le domicile de la grand-mère maternelle	Janvier 2015	
	Nouveau passage du concours de professeurs des écoles	Avril 2015	

C. Analyse du risque psychosomatique

Le questionnaire dévaluation de la santé psychosomatique rempli par Tina (cf annexes) est valide et pourra nous aider dans notre évaluation. Les scores faible de 1/10 à l'échelle « révélation sur Soi-franchise », élevé de 10/13 à l'échelle « désir de paraître sous son meilleur jour » et enfin faible de 2/15 pour « dépréciation du patient dans sa relation au médecin », sont d'emblée des éléments d'importance permettant d'avancer l'hypothèse d'une activation relativement forte de la dimension narcissique chez Tina. Ces scores confirment les observations des premiers entretiens quant à la sensibilité du noyau schizo-paranoïde chez Tina d'une part, et, d'autre part, quant à la mise en place de stratégies pour lutter contre le sentiment de dévalorisation de Soi consécutif à une relation à l'environnement parental difficile dans les premières années de la vie.

1. AXE 1 – Processus et mécanismes psychiques

a. Axe 1A – Relation d'objet

Dans le cas de Tina, le Moi est préobjectif [151]. Il y a dans le tableau clinique d'ensemble une prédominance de traits liés à la pré-généralité. L'objet apparaît partiellement introjecté et carencé. Dès le plus jeune âge les relations parentales ne semblent pas étayantes pour la construction du Moi (père « absent », mère manquant de « consistance »).

Cette observation est corroborée par un score de prévalence de 68/115 à l'échelle de mesure des « demandes excessives de soin » (répétition du comportement de recherche de soins maternels).

La naissance d'un jeune frère vient réactiver la faille dans la stabilité de l'objet interne et la mère n'est alors pas en mesure de jouer le rôle de par-excitation. Le conflit à la mère perçue comme persécutrice débute alors de manière plus sensible mais très contenue de par l'angoisse de perte. La position schizo-paranoïde telle que décrite par Mélanie Klein semble ne pas être dépassée. Rappelons à ce sujet que la position schizo-paranoïde est caractérisée par l'envie, distincte de la jalousie [Klein 1957]. Si la jalousie cherche une possession de l'objet aimé et l'élimination du rival, s'inscrivant dans une différenciation des objets et une relation triangulée, l'envie implique, elle, une relation duelle où le sujet veut posséder une « bonne » propriété de l'objet malgré les conséquences possibles (destruction de l'objet par exemple). Cette envie se révèle parfois par une certaine agressivité lorsqu'un objet externe leur apparaît « bon » (comme dans la relation avec le soignant). L'envie conduit le patient à posséder les bonnes qualités de l'objet, quitte à le détériorer en y projetant les parties destructives de lui-même (identification projective), attaquant ainsi la relation.

Le score de prévalence élevé de 81/110 à l'échelle de « comportement défensif » confirme cette tendance en partie masquée lors des entretiens par le « désir de paraître sous son meilleur jour ». Tina, qui n'apparaît pas de prime abord comme une personne irritable, suspicieuse ou sur la défensive a toutefois pu montrer des signes de lassitude voire d'énerverment lors de la passation du questionnaire d'évaluation psychosomatique. Alors que les précédents entretiens s'étaient déroulés de manière tout à fait cordiale et détendue, ce jour-là j'ai pu ressentir une certaine irritabilité chez la jeune femme. La situation d'interrogatoire a probablement ainsi constitué une forme de répétition de la relation à « un agresseur ».

Depuis l'enfance et jusqu'en février 2012, Tina semble s'être montrée plutôt « crédule à l'égard de son milieu familial » et plus spécifiquement vis-à-vis de ses parents. Elle évoque avoir adopté un mode de fonctionnement plutôt marqué par l'inhibition et la recherche d'approbation parentale. En fait, je fais plus précisément ici l'hypothèse qu'elle se positionnait déjà dans un comportement agressif passif qui a conduit dans sa relation au soin à la mise en échec des traitements prescrits (prise abusive de médicaments).

Le score de prévalence élevé de 79/115 à l'échelle d'évaluation des « comportements d'observance problématiques » tend à confirmer cette hypothèse.

Selon les contextes, le sentiment d'estime de Soi paraît faible à modéré. Tina obtient un score de 66/115 à l'échelle de « comportement craintif, inhibé, perte d'estime de Soi ». Les assises narcissiques sont instables (doute de soi permanent, envahissement par des angoisses archaïques) et à mettre en perspective avec la qualité des interactions précoces avec les parents. La relation aux parents dans les premières années de la vie et aujourd'hui encore n'est pas bien vécue et conduit Tina à mettre en place des stratégies pour lutter contre le sentiment de dévalorisation de Soi. On peut ici véritablement parler d'un sentiment de honte signe du déclenchement d'une dépression essentielle en 2008 [208]. A la suite, la perte de contrôle dans les épisodes de crise diarrhéiques poursuit la destruction du sentiment d'estime de Soi. Le sentiment de confiance en soi est lui-même très modeste et régulièrement mis à mal par des vécus douloureux d'échec à répétition face aux situations anxiogènes.

Tina a un idéal du Moi [156] fort et prédominant dans le tableau clinique global mais celui-ci revêt un caractère tyrannique pour la patiente. Tina présente ainsi une dimension masochique certaine. Le score à l'échelle « comportement plaintif, pense qu'elle mérite de souffrir » est élevé (75/115). Tina se confronte volontairement régulièrement à des situations très anxiogènes pour elle. Elle se met au défi face à celles-ci et ne parvient pas à faire le choix de s'en détacher.

Jusqu'en février 2012, moment où Tina prend conscience du poids des conflits familiaux, nous pourrions parler de masochisme mortifère [159]. Celui-ci représente un désinvestissement de l'objet et pour le monde objectal suite à l'affaiblissement de la libido objectale [Stora 2011b]. Il semble qu'à partir de cette date il y ait une évolution des processus et mécanismes de fonctionnement psychique vers une structuration davantage d'apparence masochiste [158]. Le comportement reste toutefois agressif passif et ce en particulier à l'égard du corps médical. Le comportement de non observance médicale est ainsi problématique (score élevé de 75/115 à l'échelle correspondante). Avec l'avancée de la prise en charge thérapeutique Tina a toutefois pu prendre conscience de la nécessité d'une certaine distanciation géographique et psychologique, et y parvenir avec succès.

L'épaisseur du préconscient de Tina est modérée. Les capacités à jouer avec l'imaginaire sont réduites. Les capacités d'association sont modestes [161] et ce probablement davantage encore en état de stress. Tina dit avoir une très faible activité onirique. L'accès aux rêves se révèle particulièrement difficile. Le sommeil est perturbé et marqué par des agitations nocturnes sans capacités de remémoration immédiate des sources de perturbation [170]. De même, en entretien nous pouvons souligner des difficultés certaines à lier représentation de mots et représentations de choses. En état modifié de conscience Tina parvient tout de même à revivre les scènes traumatiques vécues et à communiquer sur celles-ci.

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

L'instabilité précoce et permanente des imagos parentales n'a pas permis la constitution d'un Moi fort. Des deuils durant la période pré-pubertaire [202] et des deuils récents [203] sont non résolus à l'entame de la prise en charge psychothérapique. Il subsiste pour Tina un stress traumatique [210] important suite à ces décès à répétition de proches. L'angoisse de perte d'objet est massive [201]. La pesée traumatique est importante [209] et l'observation du parcours de vie de Tina nous laisse entrevoir qu'elle revêt progressivement un caractère de plus en plus invalidant dans sa vie familiale, sociale et affective. Les troubles somatiques développés par Tina l'empêchent clairement de jouir de l'existence et elle en exprime une grande souffrance. A ce titre, les scores de 60/115 à l'échelle de « comportement d'anhédonie, d'incapacité à jouir de l'existence » et à l'échelle « perte de qualité de vie versus capacités fonctionnelles » ne sont pas tout à fait représentatifs du mal être témoigné lors des entretiens.

Il faut de plus souligner de fortes émergences anxiogènes en lien avec une évaluation pessimiste du futur (anticipation du sentiment de détresse lors des crises intestinales). Le score à l'échelle « d'appréhension de la maladie » est ainsi très élevé (score de 75/115). Pour autant, l'évaluation de l'évolution future de ses troubles physiques est positive (score de 15/115 à l'échelle correspondante du questionnaire). Le score à l'échelle de « tension – anxiété » est en revanche très élevé : note de 84/115 et confirme les données des entretiens. L'exposition au stress quasi permanente ainsi que les problèmes familiaux durables et importants (dettes, conflits parentaux, conflits parents – enfants) ont été le terreau d'un processus de désorganisation progressive [220] qui débute en 2005. L'angoisse d'être séparée des parents et les troubles phobiques sont également marquants. La dépression essentielle [208] apparaît semble-t-il alors au cours du second trimestre de 2008.

Nous pouvons observer dans l'histoire de Tina une forme très précoce de parentalisation : elle a pris depuis assez longtemps le rôle de « bonne mère » pour ses propres parents et ses frères. Elle est régulièrement envahie par des préoccupations maternelles venant en permanence contraindre ses choix personnels et professionnels. Elle se sent investie d'une mission « de protection de la famille contre les aléas » et de préservation de l'intégrité psychique de ses membres. Les pensées suicidaires de sa mère viennent renforcer ce phénomène. Un mouvement dépressif semble s'être assez rapidement instauré dans l'enfance de Tina face à ce caractère insécurisant des parents. « La déception entraîne d'autant plus aisément le mouvement dépressif que les deux objets (maternel et paternel) auront été désillusionnants de trop bonne heure, non fiables, trompeurs » [Green 2007]⁷.

Le « complexe de la mère morte » [Green 2007]⁸ nous apporte un éclairage tout à fait intéressant sur la problématique de Tina. Le sentiment de perte d'amour représente un traumatisme narcissique et la désillusion brutale est une perte de sens que Tina attribue à ses pulsions envers l'objet et/ou à son investissement d'un tiers. Green relève dans ces cas que le père répond rarement à la « détresse » de l'enfant. Devant son impuissance à réparer la mère ou la relation avec la mère et devant l'inefficacité des signes d'appel que sont les cauchemars, etc., le Moi utilise d'autres défenses pour lutter contre l'angoisse. La première est le désinvestissement de l'objet maternel et, en même temps l'identification à la mère morte. Cette identification a pour objectif de rétablir une union à la mère et de dériver la destructivité sur le père. Chez Tina cette destructivité est belle et bien présente. Elle n'est effectivement pas dirigée contre l'objet maternel par crainte de le perdre mais partiellement orientée vers l'objet paternel et contre elle-même comme sujet qui se perçoit comme faible et dépendante à un objet ne correspondant pas à ses attentes. Les effets sur le narcissisme sont ainsi délétères.

Les capacités d'expression émotionnelle de Tina sont perturbées. Le score à l'échelle de fluctuation émotionnelle est significatif (67/115). Il s'agit là de « troubles du système neuronal de l'émotion (système limbique, ganglions de la base) (...) qui révèlent une déliaison entre les pensées (représentations mentales) du système psychique, les émotions du système limbique et des ganglions de la base, et dans l'appareil psychique le sentiment d'une émotion ». [Stora 2013]⁹.

⁷ p 160-161

⁸ Chapitre La mère morte, 1980, p 247-283

⁹ p 5

Le processus de désorganisation psychique se traduit chez Tina par des oscillations régulières entre des phases de prostration au domicile parental et des épisodes d'angoisse lorsqu'il s'agit de le quitter. La tendance au repli sur Soi est marquée dans un premier temps mais elle finit par évoluer au fil de la prise en charge vers davantage d'autonomie et de possibles réactions de colère.

c. Axe 1C – Points de fixation / régression

Les entretiens réalisés et le tableau des événements de vie (cf ci-avant) nous permettent de relever des points de fixation suivants :

- Fonction alimentaire [303] : estomac, troubles du comportement alimentaire
- Fonction excrétion [304] : contrôle sphinctérien
- Position schizo-paranoïde [354]
- Fixation passive orale [356]
- Fixation sadique anale 2^e temps [359]

La colopathie fonctionnelle constitue un bénéfice secondaire dont la fonction est pour Tina de lui permettre de retourner chez sa mère et donc d'acter de ne pas la quitter. Le cas de Tina confirme la thèse développée par Stora selon laquelle « sous l'impact des différents événements traumatiques, les irrégularités de fonctionnement mental conduisent progressivement à des fluctuations désordonnées de l'énergie psychique. L'inhibition de l'énergie génitale entraîne une régression aux points de fixation anale et orale » [STORA 1999]¹⁰. La perte de sens liée à la désillusion brutale des imagos parentales déclenche chez Tina une fixation à des positions anales, c'est-à-dire à des désirs de maîtrise et de vengeance, ainsi qu'une réticence à aimer, une prédilection pour l'auto-érotisme, et une dissociation entre le corps et la psyché [Winnicott 1949]¹¹.

Nous faisons aussi l'hypothèse d'un trouble de l'humeur liée à l'affection somatique dont souffre Tina. Face à l'insatisfaction quant à son état psychologique et physique, Tina peut montrer une forme d'instabilité. Le score élevé (75/115) à l'échelle de « comportement imprévisible, d'observance fluctuante, insatisfaction et troubles de l'humeur » confirme les données des entretiens.

¹⁰ p 92

¹¹ p 66-72

Les traitements anti-diarrhéique et anxiolytique sont suivis de manière plus ou moins erratique. On note parallèlement une nette tendance au nomadisme thérapeutique et à la recherche de domination dans la relation à autrui. Celle-ci ne prend toutefois pas une orientation pathologique de nature sadique. Le score élevé de 66/87 à L'échelle « comportement autoritaire, agressif, peu observant » vient également à mon sens confirmer la prédominance des fixations pré-génitales orale et anale.

La non capacité d'investissement durable de Tina d'une relation amoureuse est également pathognomonique de sa fixation à un stade de développement psychoaffectif pré-génital. Habitée par la mère morte, on peut ainsi penser qu'elle redoute de s'impliquer dans les relations objectales et que toute déception, quasi inévitable de fait, se traduit par la résurgence de la douleur psychique et l'impossibilité d'introjection d'un « bon objet » pour remplacer celui qu'une relation satisfaisante à sa mère aurait dû constituer.

« La mère morte avait emporté dans le désinvestissement dont elle avait été l'objet, l'essentiel de l'amour dont elle avait été investie avant son deuil : son regard, le ton de sa voix, son odeur, le souvenir de sa caresse. (...) Il y a eu enkystement de l'objet et effacement de sa trace par désinvestissement, il y a eu identification primaire à la mère morte et transformation de l'identification positive en identification négative, c'est-à-dire identification au trou laissé par le désinvestissement et non à l'objet » [Green 2007]¹². L'objet « vide » conduit Tina à faire le vide d'objet.

d. Axe 1D – Mécanismes de défense du Moi

Les principaux mécanismes de défense mis en œuvre sont :

- Le clivage de l'objet [382] : ce mécanisme a été décrit par Mélanie Klein et est considéré par elle comme « la défense la plus primitive contre l'angoisse : l'objet, visé par les pulsions érotiques et destructives est scindé en un « bon » et un « mauvais objet » qui auront alors des destins relativement indépendants dans le jeu des introjections et des projections. Le clivage de l'objet est particulièrement à l'œuvre dans la position schizo-paranoïde où il porte sur des objets partiels » [Laplanche & Pontalis 1997]¹³.

¹² p 235

¹³ p 67

- L'identification à la mère : processus fusionnel
- Le refoulement [384]
- L'introjection [388]
- L'évitement
- Le retournement sur Soi [389]

e. Axe 1E – Traits de caractère

Le cas de Tina nous permet de relever les principaux traits de caractère suivants :

- Anal et obsessionnel [406] : la problématique de rétention et contrôle – maîtrise est massive. « Les représentations sont absentes ou rares, superficielles et peu associatives » [Stora 2005]¹⁴
- Phobique d'ambiance et d'envahissement [400] : par exemple lors des soirées entre amis ou lors des passages d'examens
- Sado-masochistes [409] en priorité aux parents mais aussi aux ami(e)s

f. Axe 1E – Activités sublimatoires

En terme d'activités sublimatoires, Tina décrit un fonctionnement global « normal » jusqu'en 2005 où le processus de désorganisation progressive semble alors démarrer. Selon elle, cette restriction des activités n'a fait que prendre de l'ampleur jusqu'à la fin 2013, période où elle a débuté des séances d'hypnothérapie. Depuis janvier 2015, avec dira-t-elle, « l'identification plus précise des sources de tension dans sa vie » et l'engagement dans un processus de séparation - distanciation de celles-ci, ses troubles ont évolué de manière très favorable.

Tina a opéré quasi exclusivement à un déplacement de ses investissements libidinaux sur des activités sublimatoires de nature sportive [493]. Ces activités mettent en avant la modalité de décharge pulsionnelle spécifique recherchée en l'occurrence sur la sphère sensori-motrice. Il n'y a par ailleurs pas d'activités artistiques, spirituelles ou culturelles connues. Le score élevé (75/95) à l'échelle « d'absence de vie spirituelle » du questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique confirme les données des entretiens cliniques.

¹⁴ op. cit.

Les activités sociales [491] sont marquées par le sceau de l'ambivalence. Elles sont à la fois des sources importantes de désir (cf Idéal du Moi) et d'angoisse pour Tina. Elles restent cependant d'une fréquence faible à modérée compte tenu des manifestations psychiques et somatiques dont elles s'accompagnent quasi systématiquement (activation de la colopathie fonctionnelle). Il convient de préciser immédiatement ce propos par le fait que dans ses activités d'aide aux devoirs pour les enfants, Tina ne se plaint d'aucune perturbation que ce soit. On peut donc penser que sa capacité de projection dans un rôle de « mère suffisamment bonne » [Winnicott 2006] avec les élèves en difficulté est structurante et ne donne pas lieu à des débordements par le quantum d'excitations.

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

Lors des premières consultations, j'ai pu observer chez Tina une nette hypertonie musculaire [450]. Cette hypertonie musculaire a pu s'accompagner d'agressivité [452] lors de la passation du questionnaire d'évaluation de santé psychosomatique. Je fais à cette occasion l'hypothèse d'un débordement de l'appareil psychique par les émotions liées à l'activation d'un Idéal du Moi exigeant d'une part, et, d'autre part, à la confrontation à un « agent persécuteur masculin ». Il y a semble-t-il à ce moment précis une réactivation d'une position paranoïde en lien avec l'imgo paternelle. « Les pulsions agressives coexistent avec les pulsions libidinales et sont particulièrement fortes ; l'objet est partiel et clivé en deux, le « bon » et le « mauvais » objet ; l'angoisse, intense, est de nature persécutive (destruction par le mauvais objet) » [Laplanche & Pontalis 1997]¹⁵.

Les entretiens sont quelques fois marqués de manifestations vago-sympathiques (pleurs) témoignant d'un surplus d'excitation. Elles sont généralement suivies d'un apaisement sur les plans physique et énergétique avec sur le plan psychique de véritables avancées thérapeutiques en termes de positionnement relationnel. Cette relation aux autres est parasitée par de fréquents passages aux comportements : acting out [458] à connotation sado-masochique [457].

Le sommeil [459] est parfois perturbé (cauchemars sans capacité immédiate de remémoration) et il y a depuis 2008 (après la rupture d'avec son petit ami) une diminution progressive d'investissement libidinal : perte de tonus libidinal [475].

¹⁵ p 318

Pour autant, Tina parvient à entamer diverses démarches thérapeutiques (sophrologie en 2012, hypnothérapie en 2013, thérapie psychosomatique en 2014).

3. AXE 3 – Capacité d’expression des affects

Tina apparaît de prime abord comme une personne calme, peu bavarde et plutôt à distance de ses affects. La succession des entretiens nous permettra d’observer cette nette répression des affects et des émotions qui est confirmée par le score assez élevé à l’échelle de « comportement de retrait et d’absence d’affect » : note de 68/115. Cette répression signe l’impact traumatique des divers événements de vie. Sur sollicitation, l’expression émotionnelle est toutefois possible et les processus de décharge peuvent se mettre en place.

Rappelons que la relation au père est marquée par l’absence d’expression d’affects de tendresse ou d’agressivité. L’idéal du Moi (et non le Surmoi) intervient en mon sens ici comme instance castratrice de la décharge pulsionnelle.

La relation affective et émotionnelle à la mère durant la petite enfance est peu verbalisée (manque du mot, peu d’associations d’idées). Tina dit ne pas avoir de souvenirs précis de cette période de sa vie. Dans son cas, les mécanismes de refoulement et de transformation de l’affect [503] semblent ainsi particulièrement actifs. Elle est par contre clairement identifiée comme conflictuelle depuis l’âge de 5 ans après la naissance de son premier frère.

Les sentiments de lassitude, de fatigue [511] ou de douleur [512] sont abordés lors des consultations comme des éléments indésirables entravant de manière récurrente et durable la qualité de vie. Aussi, Il importe de relever chez Tina une forte réactivité au moindre signal de potentiel dysfonctionnement physique ou d’amorce de douleur. Nous pouvons parler en ce sens d’échec de l’angoisse signal d’alarme.

Pour rappel, « le Moi (dominé par le souci et la sécurité) se sert des sensations d’angoisse comme d’un signal d’alarme qui lui annonce tout danger menaçant son intégrité » [Freud 1938]. L’angoisse signal d’alarme constitue ainsi un mécanisme auto-protecteur et auto-organisateur du Moi. Cette angoisse ici « non opérationnelle » est révélatrice de la fragilité du Moi de Tina.

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

L'environnement familial est perturbé [601] de manière durable [603b] et il est pathogène. Tina semble n'avoir ressenti aucun soutien affectif depuis la toute petite enfance et ce aussi bien par son père que par sa mère. Pire, avec la naissance de son jeune frère ses relations avec sa mère se seraient notoirement détériorées. Le père est décrit comme « brillant par son absence » dans son existence.

Pendant très longtemps Tina a joué le rôle de mère pour sa mère et même davantage celui de mère de famille. Cette confusion des places et des rôles de chacun a constitué jusqu'alors un frein important au processus de séparation individuation. La colopathie fonctionnelle développée engendre finalement le bénéfice secondaire [621] de permettre de rester au plus près des parents et des frères cadets pour s'occuper d'eux. La perception d'absence de soutien familial face aux stress de la vie quotidienne est intense et ancienne. Aussi, avec le travail psychothérapeutique, Tina a pu renvoyer à ses parents en janvier 2015 une partie de la responsabilité des échecs qu'elle a vécu (projection du mauvais objet). C'est ici un changement significatif de posture et d'expression des affects par-delà un processus initial fusionnel d'identification à la mère.

L'environnement professionnel est stable avec des possibilités de restauration sur le plan narcissique malgré deux échecs successifs au concours de professeurs des écoles.

L'environnement social est perçu lui comme perturbateur et déclenche la mise en place de processus de contrôle pour réguler le niveau d'angoisse. Ces processus sont toutefois aussi régulièrement mis en échec. Ceci a conduit Tina malgré elle à une réduction très notable des relations aux autres ces dernières années. Le sentiment d'isolation sociale est mal vécu [cf score de 75/115 à l'échelle de mesure de l'isolation familiale et sociale) et mis aisément en lien par la patiente d'avec la colopathie fonctionnelle dont elle souffre.

Le score élevé de 65/88 à l'échelle « comportement d'observance, recherche d'approbation » confirme malgré tout l'importance pour Tina de la recherche de relations sociales, recherche qui a pour objectif essentiel l'obtention d'une forme d'approbation et d'affection (dont elle n'a pu bénéficier par ses propres parents).

Nous pouvons également noter une forte tendance à vouloir être traitée avec respect et courtoisie. L'échelle « comportement de confiance et d'observance, attente d'être traitée avec courtoisie » nous permet de confirmer les observations faites durant les divers entretiens réalisés (score élevé de 65/92).

Au final, l'instabilité des investissements libidinaux engendre sur le plan personnel une diminution de la durée des relations affectives amoureuses. Aucune difficulté sexuelle n'est évoquée à ce sujet mais davantage le caractère invalidant des épisodes de crises somatiques. Ces investissements libidinaux sont en conséquence et pour l'essentiel déplacés sur des activités sublimatoires de type sportive.

5. Evaluation du risque psychique

En conclusion, je propose l'évaluation suivante :

1. Processus et mécanismes psychiques : note de 2 sur 4

Le fonctionnement psychique est momentanément altéré et marqué par des irrégularités du fonctionnement mental. Les possibilités d'élaboration mentale sont transitoirement débordées par excès d'excitations ou par répression des représentations (retournement sur Soi des pulsions agressives)

2. Comportements et manifestations corporelles dans la relation : note de 3 sur 4

La prévalence des comportements est moyenne.

3. Capacité d'expression des affects : note de 2 sur 5

Les affects sont réprimés avec en particulier 2 destins possibles à savoir : le déplacement (phobies et obsessions) et la transformation (névrose d'angoisse).

4. Risques liés à l'environnement personnel, familial et socio-professionnel : note de 6 sur 7. L'environnement familial (en particulier) engendre une altération majeure des capacités d'adaptation et des nuisances importantes sur la santé psychosomatique.

Au final, Tina présente un score de risque psychique de 13 soit un risque modéré à élevé.

6. AXE 5 – Evaluation du risque somatique

Au cours de la prise en charge, Tina a évoqué avoir réalisé de nombreux examens médicaux pour vérifier son état de santé somatique. Aucune allergie ou intolérance n'ont été repérées lors de ces observations complémentaires. De même, aucun trouble fonctionnel spécifique n'a été détecté. Tina s'est donc cantonnée à de « traditionnelles » consultations chez son médecin traitant qui lui prescrivait alors systématiquement des anti-diarrhéiques en prévention d'éventuelles crises.

Le défaut d'observance dans les traitements mêlé à des épisodes de crise intense ne me permet cependant pas de conclure à l'absence totale de risque sur le plan somatique. En conséquence, et à défaut d'informations médicales supplémentaires, je propose d'évaluer le risque somatique comme faible (note de 2 sur 5).

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

Nous sommes face à une patiente souffrant d'une névrose d'angoisse [141] déclenchée à la suite de deuils à répétition non résolus (deuils de proche, « syndrome de mère morte ») puis d'une déception amoureuse marquante (activatrice des angoisses de perte et d'abandon infantiles). Nous partons de l'hypothèse de départ de l'incapacité pour la mère de Tina à être durablement une mère « suffisamment bonne » pour sa fille. La patiente évoque ainsi une forme de désinvestissement notable à la naissance de son jeune frère. Cette difficulté est renforcée par l'absence psychique concomitante du père. Il se produit alors pour Tina un mouvement d'effondrement des imagos parentales (voire familiales) idéalisées (expression du défaut d'une « famille suffisamment bonne ») au profit du développement d'un idéal du Moi qui prendra avec le temps un caractère exigeant voire tyrannique.

La désorganisation de l'appareil psychique se caractérise dans le cas de Tina par des fixations régressions de type orale et anale et le développement de troubles somatiques digestifs et gastriques (colopathie fonctionnelle) inter-reliés avec l'affection psychologique.

Au final, le niveau de risque psychosomatique global pour Tina est modéré (score de 15). Il y a chez cette jeune patiente des ressources mobilisables ainsi que des possibilités de réversibilité des symptômes et de réorganisation psychique.

Tina est en phase d'évolution très positive depuis le début des prises en charge hypnothérapeutique et psychosomatique. La mise en œuvre d'une psychothérapie de type psychanalytique ou psychologique classique n'est pas adaptée dans son cas eu égard à la prégnance de la composante somatique dans le tableau clinique global. L'échelle de « référence du patient pour une aide » psychologique confirme d'ailleurs cette donnée (score très faible de 10/115).

La question qui se pose sur le plan thérapeutique est celle de la capacité de construction d'un noyau narcissique suffisamment solide et stable dans le temps pour faire face à un environnement parental, voire familial, pathogène. Cet environnement est en phase « d'explosion » avec divers niveaux de conflits relationnels : conflit entre la grand-mère maternelle et les parents, conflit entre les parents eux-mêmes, conflit entre les parents et les enfants voire conflit entre les enfants. Les difficultés financières vont en s'aggravant et les parents semble chacun rester dans une position masochiste d'immobilisme.

D. Discussion

L'étude psychosomatique intégrative du cas de Tina nous permet de relever l'importance des facteurs environnementaux et en particulier familiaux dans la construction de l'appareil psychique de l'enfant.

Chez la patiente, la problématique narcissique est au premier plan et les exigences de l'idéal du Moi sont considérables. Il en découle un sentiment d'impuissance, à aimer, à tirer partie de ses capacités, à accroître ses acquis, ou devant le résultat. Je fais l'hypothèse d'une répétition d'une dépression infantile consécutive à un syndrome de « mère morte ». Le père de Tina n'est pas en mesure de répondre à l'éprouvé de détresse de son enfant face à l'effondrement maternel. Tina se trouve ainsi dans une angoisse intense entre une « mère morte » et un père inaccessible, qui laisse le couple mère-enfant sortir seul de cette situation.

Cette situation crée une perte de sens favorisant, en l'occurrence dans le cas de Tina, la mise en place de fixations pré-génitales de type oral et anal. La position schizo-paranoïde ne peut pas être dépassée engendrant de fait une non élaboration de la position dépressive.

L'agressivité est retournée contre soi, les tendances masochistes apparaissent ainsi nettement et les troubles somatiques (colopathie fonctionnelle) se développent. La vie amoureuse est marquée d'une difficulté à aimer et caractérisée par une excessive vulnérabilité dans la façon de vivre le lien, comme si avait été perdue le sens d'une relation amoureuse.

La place de l'enfant dans le fantasme de la mère autant que dans celui du père est donc fondamentale pour comprendre les enjeux des relations qui se tissent à l'intérieur de la famille. L'histoire de Tina nous permet d'observer cette idée que le destin psychique de l'enfant est ainsi en partie subordonné aux particularités de l'héritage symbolique parental et aux contenus qui se transmettent de génération en génération. Cet héritage inscrit donc des facteurs favorables à l'intégration de l'enfant dans sa famille et au-delà, mais aussi des facteurs qui peuvent apparaître comme des éléments perturbateurs à cette intégration. Les fantasmes parentaux sont ainsi toujours porteurs de facteurs étayants ou non.

Selon Winnicott, un enfant qui se développe d'une manière convenable apporte un certain équilibre à la vie familiale et garantit également une forme d'assurance au couple parental. Une bonne tendance à l'intégration nécessite le concours des parents, et c'est ce qui constitue la force de la famille, c'est-à-dire, ce quelque chose qui s'inscrit dans un « environnement suffisamment bon » [Winnicott 2006]¹⁶. La famille se voit par contre confrontée à un danger potentiel lorsque le père ou la mère est déprimé. Lorsque la dépression ne se situe pas dans le contexte d'une symptomatologie psychotique, elle peut cependant se constituer en une mise à plat des affects pour une ultérieure mise en tension pulsionnelle avec la possibilité d'une relance de l'activité constructive du sujet. La dépression est alors en ce sens « une preuve de croissance et de santé dans le développement émotionnel de l'individu »¹⁷.

Le concept de maturité est l'argument principal utilisé par Winnicott dans la compréhension du rôle de la famille dans l'établissement de la santé psychique de l'enfant.

¹⁶ p 52

¹⁷ p 72

Cette perspective introduit la question des difficultés possibles qu'affronte un enfant pour atteindre une certaine maturité émotionnelle en dehors du cadre familial. Winnicott suppose que le développement de chaque individu commence par une dépendance absolue pour évoluer progressivement vers l'autonomie à mesure même de sa maturité psychique.

Ce qui importe ici c'est finalement de savoir si l'environnement familial s'adapte de manière congruente aux besoins de l'enfant à chaque moment charnière de son développement. Ces moments qui s'opèrent en continu, fonctionnent comme des formes de « révolte » au regard du sentiment de dépendance initiale. La maturité est donc, pour Winnicott, synonyme de bonne santé : « si l'on accepte l'idée que la santé est une question de maturité au bon âge, l'individu ne peut atteindre la maturité émotionnelle que dans un cadre où la famille a fourni le pont conduisant du soin parental (ou du soin maternel) jusqu'au support social »¹⁸.

¹⁸ p 99

4. Conclusion

Depuis quelques années, les biologistes et les médecins découvrent que « le ventre » constitue un second cerveau, sans doute plus intelligent encore que notre système nerveux central. « Le ventre » est en fait le siège d'une intelligence longtemps ignorée. Nous découvrons en particulier que les intestins contiennent autant de neurones que notre cerveau, selon Jean Fioramonti¹⁹, neurogastro-entérologue et directeur de recherche à l'unité de toxicologie alimentaire de Toulouse. En réalité, « le cerveau contient 100 milliards de neurones, tandis que les intestins en contiennent deux fois plus. Ces neurones constituent en soi une intelligence relativement autonome vis-à-vis du cerveau. Mieux même, certaines maladies neurologiques débutent par l'atteinte de neurones intestinaux et précèdent l'atteinte neurologique classique » [Tardif 2015].

Les nerfs intestinaux jouent un rôle essentiel dans la digestion et le relâchement digestif. Ils s'expriment d'autant mieux que nous sommes en paix c'est-à-dire parfaitement détendus, sans anxiété, angoisse ou peur. 95% de la sérotonine serait produit par notre « cerveau intestinal ». Or cette sérotonine conditionne le niveau d'activité nerveuse. En excès, elle entraîne un sentiment d'angoisse, créant des spasmes intestinaux, et cette « peur au ventre » des angoissés. En carence, elle entraîne la dépression mais elle pousse aussi les personnes à l'hyperphagie.

Il semble aujourd'hui admis que la flore intestinale peut conditionner nos comportements et nos traits de caractère. A l'inverse il ne fait nul doute que nos états émotionnels et affectifs ont des retentissements somatiques sur les sphères digestive ou gastrique. Le stress sous toutes ses formes est un excellent exemple de cette boucle neuro-psycho-somatique. En effet, en entraînant par le biais du système neuronal une modification de la flore intestinale, il provoque par une cascade de réactions des dysfonctionnements tant physiologiques que psychiques (ex : obésité, anorexie, dépression...). Le recours à des techniques favorisant une meilleure gestion de nos états affectifs et émotionnels est ainsi préconisé.

¹⁹ Fioramonti cité par Alain Tardif

Au terme de cet exposé, il m'importe d'affirmer la nécessité d'une approche globale de l'être humain pour la compréhension de ses troubles somatiques et psychiques. Au cours de l'étude du cas de Tina je me suis efforcé de combiner au mieux les divers plans théoriques et cliniques permettant de rendre compte des interrelations entre système psychique, système nerveux central, système nerveux autonome dans l'environnement social et familial de la patiente. Les données recueillies ne m'ont toutefois malheureusement pas permis de compléter ces éléments par des apports relatifs au fonctionnement du système immunitaire et au génome, ce qui aurait pu être fort intéressant.

L'intérêt d'une approche pluridisciplinaire au bénéfice du bien-être et de la santé des patients n'est pas à prouver. De même qu'il en va du « Soi », elle va de soi.

« Le sage est celui qui se porte bien des intestins », Bouddha

5. Bibliographie

- BERGERET, Jean et collaborateurs (1972). *Psychologie pathologique*. Paris : Editions Masson, 1996. 338p.
- FREUD, Sigmund (1938). *Abrégé de psychanalyse*. Paris : Editions Presses Universitaires de France, 1992. 96p.
- GREEN, André (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Collection « critique ». Paris : Les éditions de minuit, 2007. 288p.
- GUILLEVIN, Loïc (2004). *Sémiologie médicale*. Collection médecine sciences publications. Cachan : Editions Lavoisier, 2011. 560p.
- KLEIN, Mélanie (1957). *Envie et gratitude et autres essais*. Collection connaissance de l'inconscient. Paris : Editions Gallimard, 1968. 240p.
- LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, Jean Bernard (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Collection Quadrige. Paris : Presses Universitaires de France, 1997. 523p.
- STORA, Jean Benjamin (1999). *Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques*. Paris : Edition Odile Jacob. 293p.
- STORA, Jean Benjamin (2005). *Méthode d'évaluation et de diagnostic de la santé psychosomatique, évaluation globale du risque psychosomatique*. JBS-Psychosoma. (Complétée et mise à jour le 4 novembre 2011b). Non publiée.
- STORA, Jean Benjamin (2005). *Questionnaire de santé psychosomatique complément de la méthode d'évaluation du risque psychosomatique*. (Complété et mis à jour le 12 juin 2013). Non publié.
- TARDIF, Alain (2015). *Le ventre, ce second cerveau* in Connaissance de la santé. Sous la direction de Robert Lidon. Dijon : 2^e trimestre 2015. Revue trimestrielle.
- WINNICOTT, Donald Woods (1949). L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Editions Petite bibliothèque Payot, 1983. 372p.
- WINNICOTT, Donald Woods. *La mère suffisamment bonne*. Paris : Editions Petite bibliothèque Payot, 2006. 128p.
- WINNICOTT, Donald Woods (2006). *La famille suffisamment bonne*. Paris : Editions petite bibliothèque Payot, 2010. 160p.

Annexes

- Questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique : scores de prévalence de « Tina »
- Exemple de Fiche patient : cas de « Tina » ; Tableau synthétique des événements de vie et des troubles somatiques avec commentaires ; Résultats de l'examen clinique psychosomatique : cas de « Tina »
- Nosographie psychosomatique du Professeur Jean Benjamin STORA

Questionnaire d'évaluation de santé psychosomatique - Copyright J.B. STORA 12/2009

Scores de prévalence

Nom de la patiente : Tina

Date : 08/01/2015

	Scores prevalence	scores
Indicateur de validité des réponses	VALIDITE si score=0 invalide si score = 2	0
	X.REVELATION SUR SOI/ FRANCHISE	1
	Y. DESIR DE PARAÎTRE SOUS SON MEILLEUR JOUR	10
	Z. DEPRECIATION DU PATIENT DANS SA RELATION AU MEDECIN	2
Habitudes toxiques	INDICATEUR ALCOOL	1
	INDICATEUR DROGUE OU MEDICAMENT NON PRESCRIT	0
	INDICATEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	0
	INDICATEUR CONSOMMATION CAFE	0
	INDICATEUR ACTIVITE SPORTIVE	0
	INDICATEUR CIGARETTES	0
	INDICATEURS SANTE MENTALE	
	AA. ECHELLE ANXIETE-TENSION	84 18
	BB. ECHELLE DEPRESSION	15 3
	CC. ECHELLE DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF	48 8
	DD. ECHELLE DE FLUCTUATIONS EMOTIONNELLES	67 14
	EE. ECHELLE DE COMPORTEMENT DEFENSIF (pulsions agressives, noyau par patients irritables et agressifs envers le corps médic	81 24
	COMPORTEMENTS D'ADAPTATION	
	1.COMPORTMTS de retrait et d'absence d'affect-peu communicants	68 11
	2A.COMPTMT craintif, inhibé, perte estime de soi conséquence de la r	66 7
	2B. COMPTMT d'anhédonie, incapacité de jouir de l'existence	60 4
	3.COMPTMT coopérant en apparence, déni de la maladie-relations agréables	35 5
	4. COMPTMT d'observance, recherche l'approbation, coopère avec les médecins	65 15
	5.COMPTMT de confiance et d'observance, attente d'être traités avec courtoisie	65 16
	6A.COMPTMT sceptique, non-conforme, action impulsive	61 14
	6B.COMPTMT autoritaire agressif peu observant	66 18
	7.COMPTMT responsable, coopératif-vit la maladie comme une blessure	55 21
	8A.COMPTMT imprévisible, observance fluctuante, troubles de l'humeur, insatis	75 19
	8B.COMPTMT plaintif -pense qu'il ou elle mérite de souffrir -dimension masochic	75 13
	RELATIONS A LA MALADIE, environnement et capacité de résistance	
versus acceptation	A. APPREHENSION DE LA MALADIE	75 14
versus capacité fonctionnelle	B. EVALUATION SUBJECTIVE DES DEFICITS FONCTIONNELS	60 8
versus résistance	C. SENSIBILITE A LA DOULEUR	74 16
versus soutien familial	D. EVALUATION DU SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL	75 10
versus optimisme	E. EVALUATION DU PESSIMISME CONCERNANT LE FUTUR DE LA MALADI	15 1
versus présence	F. ABSENCE DE RESSOURCES SPIRITUELLES	75 15
	PRONOSTIC DES TRAITEMENTS	
versus résilience	G. Réaction émotionnelles, apprehension traitements et procédures médica	60 11
v. cpt consciencieux	H.Comptmt d'observance problématique	79 8
versus adhésion traitement	I. Cptmt de tout ignorer de leur maladie, refus défensif d'information médicale	0 0
versus utilisation appropriée	J. Demande excessive de soins(recherche inconsciente de soins maternels	68 9
cptmt optimal d'observance	K. Comportement de non-observance (dans tous les aspects des soins)	74 13
	RECOMMANDATIONS	
	L. EVALUATION DES DIFFICULTES D'ADAPTATION DU PATIENT	70 7
	M. INDICATIONS DE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE	10 1

Questionnaire traduit du manuel MBMD "Million Behavioral Medicine Diagnostic" version 2001; adapté à partir de la méthode d'évaluation psychosomatique des patients de J.B.Stora développée à la Pitié-Salpêtrière de 1993 à 2011. ce questionnaire doit faire l'objet de test par les psychosomaticiens et par les médecins travaillant avec J.B.Stora.

Evaluation globale du risque psychosomatique

JBS-PSYSOMA- version 22. Mai 2011

THE PSYCHOSOMATIC GRID

Elaborée par J.B. STORA de 1993 à 2011²⁰

FICHE PATIENT

Nom : Prénom : Tina

Date naissance : 21/06/1989

Date début traitement : 28/10/2014

Examen clinique du : 08/01/2015

Date fin traitement : 10/04/2015

Histoire de la maladie : informations recueillies dans le dossier médical, cf. Axe 5 de la grille : Pas de dossier médical (consultation en libéral)

Prière d'utiliser la classification internationale des maladies.

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

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

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

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

Diagnostic, pronostic, stratégie thérapeutique.

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

Tableau synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques avec commentaires

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

²⁰

Une première classification a été élaborée par Pierre Marty (1987) ; ma méthode, qui n'est pas une classification, prend en considération les premiers travaux de Pierre Marty profondément modifiés par l'approche de la Psychosomatique Intégrative. J'ai repris les concepts de la psychanalyse développés par Sigmund Freud et, après lui, depuis sa mort jusqu'à nos jours auxquels j'ai ajouté toutes mes recherches sur le stress professionnel et les troubles somatiques induits.

Commentaires	Evènements de vie	Dates ou âges	Troubles somatiques

Voir pour exemple la présentation de cas : pages 16 à 18

RESULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE « Tina »

JBS-PSYSOMA- version 21. Octobre 2010 THE PSYCHOSOMATIC GRID Elaborée par J.B. STORA de 1993 à 2011

L'EXAMEN CLINIQUE PREND EN CONSIDERATION LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT DE L'UNITE PSYCHOSOMATIQUE		NOTE
<p>1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Axe 1A : relation d'objet : 1-présence de l'objet 2-évaluation de la dimension narcissique (présence Soi grandiose, Idéal du Moi) 3-de la dimension masochique 4-de l'épaisseur du pré-CS (cap . imaginaire, associations, rêves) • Axe 1B : états psychiques et événements de vie personnels : Angoisses deuils dépressions traumatismes influence de la culture • Axe 1C : fixations somatiques fixations psychiques • Axe 1D : mécanismes de défense • Axe 1E : présence de traits de caractère : phobique hystérique pervers à dominante orale à dominante anale phallique-narcissique relation sado-masochique • Axe 1F : activités sublimatoires 	<p>1.Fonctionnement psychique équilibré: Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent –passé, Capacité d'élaboration;</p> <p>2. Fonctionnement psychique momentanément altéré: Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations</p> <p>3. Fonctionnement psychique profondément altéré: vie et pensée opératoire</p> <p>4. Fonctionnement psychique gravement altéré: Désorganisations progressive -dépression essentielle</p> <p>A1) Dans le cas de Tina, l'objet apparaît partiellement introjecté et carencé. Dès le plus jeune âge les relations parentales ne semble pas étayantes pour la construction du Moi (père « absent », mère manquant de « consistance ») La naissance d'un jeune frère vient réactiver la faille dans la stabilité de l'objet interne et la mère n'est alors pas en mesure de jouer le rôle de par-excitation. Le conflit à la mère perçue comme persécutrice débute alors de manière plus sensible mais très contenue de par l'angoisse de perte.</p> <p>A2) Estime de soi faible à modérée. Forte instabilité des assises narcissiques (doute de soi permanent, envahissement par des angoisses archaïques). Sentiment de confiance en soi modeste régulièrement détruit par les vécus d'échec à répétition.</p> <p>A3) Dimension masochique certaine : se maintien dans les situations anxiogènes ++ voire se met au défi de celles-ci. Avec l'avancée de la prise en charge thérapeutique, Tina a pris conscience de la nécessité d'une certaine distanciation.</p> <p>A4) Epaisseur du Préconscient modérée : capacités réduites à jouer avec l'imaginaire, capacités d'association modestes (qu'en est-il en état de stress ?), Dit par contre avoir une très faible activité onirique, accès aux rêves particulièrement difficile. Difficulté à lier représentation de mots et représentations de choses. Sommeil relativement perturbé : réveils nocturnes agités mais sans capacités de remémoration immédiate. En état modifié de conscience peut tout de même revivre et communiquer au sujet des scènes traumatiques.</p> <p>B) Voir tableau synthétique des événements de vie Événements traumatiques à répétition : pesée traumatiques permanente Problématiques de deuils non résolus : Angoisse ++ de perte d'objet Angoisse d'anticipation négative Phénomène très précoce de parentalisation : joue le rôle de bonne mère pour ses</p>	<p>Note 2</p>

	<p>propres parents et la fratrie</p> <p>C) Fixations somatiques sur la sphère digestive (fonction alimentaire) et gastrique : contrôle sphinctérien (fonction excrétoire) Fixation psychique au stade anal</p> <p>D) Principaux mécanismes de défense : clivage de l'objet, refoulement, introjection, évitement</p> <p>E) Présence de traits de caractère obsessionnels et phobiques Relation sadomasochiste aux parents voire à certains amis (inhibition forte)</p> <p>F) Activités sublimatoires : activité essentiellement sportives « utilisées » comme décharge sensori-motrice. Pas d'activités artistiques, spirituelles, culturelles ou sociales connues.</p> <p>Fonctionnement global « normal » jusqu'en 2005 où semble démarrer le processus de désorganisation progressive. Celle-ci prend de l'ampleur jusqu'à fin 2013. Depuis janvier 2015 Tina semble avoir pris conscience des sources de tension dans sa vie et surtout avoir envisagé un processus de distanciation des éléments anxiogènes.</p>	
<p>2. PREVALENCE DES COMPORTEMENTS</p> <p>1. comportement contrôlé et intégré. 2. Faible. 3. Moyenne. 4. Forte.</p>	<p>Nette hypertonie musculaire</p> <p>En entretien quelques manifestations vago-sympathiques (pleurs)</p> <p>Relation aux autres très parasitée par le passage fréquent aux comportements (acting out ?)</p> <p>Diminution progressive de l'investissement libidinal « durable » depuis 2008</p>	<p>Note 3</p>
<p>3. CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS</p> <p>1=représentations et affects bien intégrés ; 2=répression avec 3 destins possibles(déplacement ex phobie, obsessions ; délié de la Représentation: ex hystérie ; transformation: ex Névrose d'angoisse) ; 3=prédominance des affects de vitalité dans la relation ; 4=affects représentant la mémoire d'un vécu irréprésentable traumatique ; 5=alexithymie</p>	<p>Répression assez nette des affects : mécanismes de déplacement et de refoulement sont particulièrement à l'œuvre dans le tableau clinique présenté par Tina.</p> <p>Expression émotionnelle très contenue : manque du mot, réaction par le sentiment de fatigue et les pleurs d'une manière générale lors des séances.</p>	<p>Note 2</p>

<p>4. RISQUE LIÉ À L'ENVIRONNEMENT :</p> <p>Nature de l'environnement Environnement familial et environnement professionnel.</p> <p>L'examen évalue les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes).</p> <p>1. Niveau très satisfaisant, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d'intensité moyenne, 5. Altération importante, 6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire, 7. incapacité durable de fonctionnement autonome</p>	<p>Environnement familial pathogène ++ : semble n'avoir aucun soutien et ce depuis la toute petite enfance. En janvier 2015, Tina a pu renvoyer à ses parents une partie de la responsabilité des échecs qu'elle vit (extériorisation du mauvais objet) : changement significatif d'expression des affects malgré un processus initial fusionnel d'identification à la mère</p> <p>Environnement socio professionnel stable avec des possibilités de restauration sur le plan narcissique (malgré 2 échecs au concours de professeurs des écoles)</p> <p>Environnement social potentiellement régulièrement perturbateur : mise en place de processus de contrôle pour réguler le niveau d'anxiété mais ceux-ci sont aussi régulièrement mis en échec.</p> <p>Réduction très notable des relations aux autres ces dernières années (liées aux troubles sphinctériens)</p> <p>Instabilité des investissements affectifs : diminution de la durée des relations. Pas de difficulté sexuelle connue.</p> <p>Déplacement des investissements libidinaux sur les activités sublimatoires (sportives pour l'essentiel)</p>	<p>Note</p> <p>6</p>
---	--	----------------------

TOTAL DU RISQUE PSYCHIQUE : **13**

DIAGNOSTIC SELON LA NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE : **névrose d'anxiété (141)**

EVALUATION DU RISQUE PSYCHIQUE							
Processus Psychiques	1	2	3	4			
Comportement	1	2	3	4			
Affect	1	2	3	3	3	3	3
Environnement	1	2	3	4	5	6	7
Total	4	8	12	15	16	17	18

Evaluation du Risque Psychique
<p>Absence de risque stable, débordement passager: 5</p> <p>Risque faible à modéré: 5 à 10</p> <p>Risque intermédiaire : 10 à 15 - possibilité de réversibilité, réorganisation à partir des points de fixations-régression, surveillance, instabilité.</p> <p>Risque élevé à très élevé: 15 ou plus risque élevé à très élevé (instabilité globale de l'unité psychosomatique à risque de désorganisation)</p>

Rappel: Vous devez comparer le risque psychique et le risque somatique ci-dessous communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des systèmes développée en psychosomatique intégrative (J.B.S).

Axe 5 Evaluation du risque somatique	
5 niveaux : Risque très élevé risque élevé risque moyen risque faible absence de risque	<p>A partir des résultats d'observation et de diagnostic et des pronostics communiqués par les médecins du patient.</p> <p>Aucun trouble somatique diagnostiqué via les divers examens de santé réalisés.</p> <p>Compte tenu des épisodes diarrhéiques à répétition il apparaît toutefois complexe de conclure à une absence de risque. Je propose donc un niveau de cotation risque faible.</p>
Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique	
<p>Rapprocher le risque psychique du risque somatique pour parvenir à une évaluation globale.</p> <p>* Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée</p> <p>* Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible.</p> <p>* Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation</p> <p>* Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.</p>	<p>Vous devez comparer le risque psychique (tableau ci-dessous à remplir) et le risque somatique ci-après communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des systèmes (J.B.S).</p> <p>Evaluation globale : risque modéré. Il y a pour la patiente des possibilités de réversibilité des symptômes et de réorganisation psychique.</p> <p>Nous sommes face à une jeune femme souffrant d'une névrose d'angoisse déclenchée à priori suite à des deuils non résolus (angoisse de perte prédominante dans le tableau clinique)</p> <p>La patiente est en phase d'évolution positive depuis le début de la prise en charge.</p> <p>La question qui se pose pour celle-ci va être celle de sa capacité de construction d'un noyau narcissique suffisamment solide et stable dans le temps pour faire face à un environnement parental qui n'est lui pas en phase de résolution de ses problèmes voire strictement l'inverse. L'environnement familial est en phase « d'explosion » : conflit grand-mère / parents, conflit parents / enfants.</p> <p>Le travail de distanciation psychique est en cours mais celle-ci reste fragile au moment de la rédaction de ces conclusions. Il y a poursuite des prises en charge thérapeutiques entamées jusqu'alors.</p>

Vous devez donner ci-dessus vos conclusions (diagnostic et pronostic), par exemple grande vulnérabilité, difficultés d'observer les traitements, recommandation de suivi psychothérapique, etc.). Les médecins ont besoin d'avoir des conclusions pour mieux apprécier l'évolution de leurs patients.

DIAGNOSTIC structure fonctionnelle psychosomatique

Nosographique psychosomatique dynamique – 19/11/2008 J.B.STORA

Une fois établi le fonctionnement psychique, et les réactions face à l'environnement, vous pouvez à présent proposer un diagnostic à partir du tableau ci-dessous

Le diagnostic psychosomatique est établi à partir des 4 dimensions du fonctionnement psychique et des relations du patient à l'environnement ; il est ainsi possible de proposer une évaluation du risque psychosomatique en y intégrant le risque somatique communiqué par les médecins (cf. ci-dessus). Ces descripteurs vont vous permettre de situer le patient ou la patiente dans les trois catégories ci-dessous :

1. névroses de transfert, névroses classiques au sens des indications de psychanalyse
2. névroses actuelles
3. troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient – inorganisation)
4. Psychoses (Pour les psychoses et troubles de l'humeur, nous conseillons de vous référer au manuel DSM IV).

Les structures fonctionnelles psychosomatiques ci-dessous sont dynamiques et non pas inamovibles.

SF	Classification nosographique	Diagnostic
	1. Névroses de transfert (Psychonévroses de défense, S. Freud) (Névrose bien mentalisée : certitude)	
110		Névrose obsessionnelle
120	Symptômes	Phobie
130		Hystérie
135	Névrose mentale symptomatologiquement organisée, au fonctionnement soutenu	Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante ou soutenue Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément (P. Marty, 1987)
136	Borderline névrose de transfert / névrose actuelle	Hystérie de conversion
	2. Névroses actuelles (Echec de la constitution de la névrose infantile) Névrose à mentalisation incertaine : Doute Névrose mal mentalisée : Défauts avérés La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités du préconscient : Epaisseur de l'ensemble des formations représentatives ; Fluidité des liaisons entre les représentations ; Permanence habituelle du fonctionnement	

140		Hystérie d'angoisse
141		Névrose d'angoisse
142		Névrose de caractère
145		Hypochondrie (différents états)
146		Névrose traumatique
147		Névrose de relation d'objet allergique
	3. Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (insuffisance originelle du préconscient – inorganisation – névroses non mentalisées)	
170		Névrose de comportement
171		Hypochondrie archaïque (cf Mc Dougall)
172		Troubles du narcissisme (cf Kohut)
173		Troubles de l'identité
174		Troubles addictifs
175		« Psychose froide » ou non délirante A. Green , E. Kestemberg
	4. Psychoses délirantes (Consulter la méthode de diagnostic du DSM IV pour l'ensemble des psychoses et des troubles de l'humeur)	
	Schizophrénie et autres troubles psychotiques	
	Troubles anxieux	
	Troubles dissociatifs	
	Troubles de l'identité sexuelle	
	Troubles des conduites alimentaires	
	Troubles de l'adaptation	Avec humeur dépressive, avec anxiété, avec perturbation des conduites, avec perturbation à la fois des émotions et des conduites, non spécifié
	Troubles de la personnalité	Paranoïaque, Schizoïde, Antisociale, Borderline, Histrionique, Narcissique, Evitante, Dépendante, Obsessionnelle compulsive, non spécifié

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

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

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

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

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

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

COMMENT EVALUER LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES

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

Pour évaluer le fonctionnement psychique du patient ou de la patiente après l'examen clinique, nous devons prendre en considération (ce tableau peut être utilisé comme aide-mémoire)

Processus et Mécanismes psychiques

Sur l'Axe 1A : La relation d'Objet

Anobjectale, préobjectale, présence introjectée.

Evaluation de la dimension narcissique et constatation de la présence des structures narcissiques (Soi grandiose et Idéal du Moi)

La dimension masochique

L'évaluation de l'épaisseur du préconscient : capacité de l'imaginaire ; Tenter d'apprécier les capacités associatives et la capacité de rêver (nouvelle rubrique 170)
<u>Sur l'Axe 1B : Etats psychiques et évènements de vie personnels</u>
Angoisses
Deuils
Dépressions
Traumatismes
Influence de la culture sur le fonctionnement psychique
<u>Sur l'Axe 1C : Points de fixation régression</u>
Fixations somatiques
Fixations psychiques
<u>Sur l'Axe 1D : Mécanismes de défense du MOI</u>
<u>Sur l'Axe 1E : Présence de traits de caractère</u>
Phobique
Hystérique (archaïque et génitale)
Pervers
à dominante orale
à dominante anale
à dominante phallique
sado-masochiques
<u>Sur l'Axe 1F : Activités sublimatoires : à lister</u>

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

J.B.Stora, 15 Mars 2010.

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

N° Item	LISTE DES ITEMS	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES
AXE 1A : RELATION D'OBJET (Organisation du MOI)		
<p>Il s'agit ici des premières étapes du processus de maturation psychosexuel : du noyau du Soi jusqu'à l'introjection de l'Objet.</p> <p>Développement de l'organisation du Préconscient : relation avec la Mère de la grossesse jusqu'à l'âge d'un an, périodes de séparation, mères substitutives, Figure Paternelle, fréquence et âge lors de changements de situation, évènements ayant favorisé ou entravé les organisations de la sensori-motricité, du langage, et en général de toutes les liaisons internes et externes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'objet est-il introjecté ? 2. Dimension narcissique du Moi 3. Dimension masochique du Moi 4. Organisation du Préconscient (1^{ère} topique de S. Freud) 		
150	<p>Anobjectal</p> <p>Stade d'indifférenciation</p>	<p>Stade de relation non objectale coïncidant plus ou moins avec celui du narcissisme primaire – <u>stade d'indifférenciation ou stade de non-différenciation</u>, car la perception, l'activité et le fonctionnement sont insuffisamment organisés chez le nourrisson, sauf dans une certaine mesure dans les sphères vitales tels le métabolisme, les fonctions alimentaires, circulatoires, respiratoires, etc.</p> <p>L'individu-enfant se prend lui-même comme Objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs- stade de la toute-puissance des pensées. Première ébauche du Moi et son investissement par la libido.</p> <p>« ...le Soi constitue la première configuration organisée de l'appareil psychique qui émane de l'unité mère-enfant et lui succède.....avant que ne soit instaurée la distinction entre le sujet et l'objet ». E. Kestenberg, La psychose froide, p.96. Cf. aussi. Winnicott.</p> <p>Stade de Prédominance de traits narcissiques. De Prédominance de fusion.</p>
151	Pré-objectal	<p>M. Klein: position schizo-paranoïde dans la relation à l'objet (bon et mauvais, aimé et haï).</p> <p>Rapprocher de R. Spitz âge de trois mois</p> <p>Prédominance de traits de la pré génitalité.</p>
152	Objectal	<p>Intégration de la position dépressive du 9^o mois ;</p> <p>mise en place de l'objet.</p>

		Prédominance du comportement œdipien génital
153a	Narcissisme primaire	
153b	Narcissisme de mort	
154	Narcissisme secondaire	
154a	Narcissisme de vie	
155	Soi grandiose	Ref. Kohut « Le Soi »; pour le Soi consulter ma note pédagogique.
156	Idéal du Moi	Imago parentale idéalisée (Kohut)
157	Moi-Idéal	Cf. Pierre Marty glossaire
158	Apparence masochique	Du type névrose de destinée avec absence d'intégration des satisfactions passives. <u>Etats de souffrance sans objet</u> , sans désirs et sans modification à l'occasion de la maladie qui ne devient pas objet d'investissement
159	Masochisme mortifère	Désinvestissement de l'objet et pour le monde objectal suite à l'affaiblissement de la libido objectale (cf. Benno Rosenberg) le masochisme mortifère implique un processus sous-jacent de désintringation pulsionnelle.
160	Masochisme de vie	
161	Lacunes de l'organisation du Préconscient	Les lacunes fondamentales sont les insuffisances quantitatives et qualitatives des représentations psychiques ainsi que les insuffisances de connotations affectives de ces représentations. Ces insuffisances tiennent soit aux déficiences congénitales ou accidentelles des fonctions sensori-motrices de l'enfant ou de sa mère, soit aux excès ou carences des accompagnements affectifs de la mère. Nous devons ici apprécier l'épaisseur du préconscient, la fluidité des représentations et la disponibilité dans le temps des représentations mentales.
170	Activités oniriques	Lors de l'examen clinique des patients, il est important de poser des questions sur leur vie onirique ; la capacité de rêver va nous informer sur le fonctionnement psychique de l'inconscient et de ses différents mécanismes pour élaborer le quantum d'excitations quotidiens. Cette analyse va nous permettre aussi de compléter la rubrique précédente puisque, grâce aux rêves, nous aurons accès à l'imaginaire et aux différents fonctionnements intrapsychiques. On pourra ainsi mieux cerner ce que Pierre Marty appelle

		l'épaisseur du préconscient. Travail du rêve fondamental pour évaluer le fonctionnement du Préconscient.
AXE 1B : ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS Observés lors de l'anamnèse : Etats psychiques du Moi et conséquences sur son organisation Approche psycho-dynamique : conflits du Moi/ ça, surmoi, monde extérieur		
200	Angoisses diffuses	Angoisses automatiques des épisodes de détresse
201	Angoisses objectales	Signaux d'alarme accompagnés de liaisons représentatives
202	Deuils période pré-pubertaire	Deuils de personne ou pertes d'objets significatifs pré pubertaires non élaborées
203	Deuils récents	Deuils ou pertes d'objets significatifs récents non élaborés
204	Dépressions	Aiguës ou subaiguës fréquentes au sens de la psychanalyse
205	Dépression de l'adolescence	
206	Dépression latente	
207	Post-partum blues	
208	Dépression essentielle	DPE précédant la somatisation, DPE fréquentes se référer à l'histoire du patient et à l'histoire de la maladie. Selon les hypothèses, tenter d'établir les dates.
209	Trauma permanent	Pesée traumatique permanente
210	Traumatisme	Notion de traumatismes, d'une situation familiale, ou d'une activité parentale ayant pu gauchir l'évolution classique de la sexualité
211	Traumatisme de la naissance	
212	Névrose traumatique	Incapacité pour la psyché de lier un événement traumatique ; sidération de l'appareil mental ; absence de figurabilité ; rupture affect et représentation ; à relier aussi au PTSD, post-traumatic stress disorder (importance du facteur quantitatif économique dans l'occurrence de l'événement).
213	Traumatisme professionnel	Licenciement, harcèlement, violence au travail, etc.
215	Pensée magique	Utilisation importante de la pensée magique ou tradition culturelle ou religieuse pesant sur le fonctionnement psychosomatique

216	Coexistence de plusieurs modes de pensée dans le MOI, en conséquence des différences culturelles.	Mode de pensée différent de la pensée occidentale ; préconscient composé de représentations culturelles influençant émotions, comportements et pensées ; référence à la première génération d'émigrés ou à la deuxième génération chez qui les deux ou « n » cultures coexistent.
217	Irrégularités du fonctionnement mental	
218	Vie et pensée opératoires	La vie opératoire tient compte de la réduction de la pensée face à l'importance des comportements. Les quelques représentations qui paraissent exister sont comme les rêves pauvres, répétitives, marquées du sceau de l'actuel et du factuel. (cf. glossaire en fin de document).
219	Désintrinsication pulsionnelle	Noter le niveau d'organisation auquel la désintrinsication a eu lieu selon vos hypothèses.
220	Désorganisation progressive	Noter la ou les dates des événements ainsi que l'hypothèse du fonctionnement psychique.
<p>AXE1C : POINTS DE FIXATIONS REGRESSIONS²¹</p> <p>Stades de maturation psychosexuelle du Moi et organisations psychosomatiques</p> <p>(hyp. J.B.S, cf. ouvrage de « Neuropsychoanalyse » coll. QSJ, PUF, 2006)</p>		
.		
300	Fixation somatique prénatale	Fixations à l'économie néo-natale, hypothèse de fixation à envisager dans le cas d'asthme, de syndrome métabolique, de cas d'anorexie, etc.
301	Fixations premières	Symptômes troubles fonction respiratoire, peau, système immunitaire. Cf. relation d'objet allergique de Pierre Marty.
302	Fonction cardiaque	Troubles
303	F. alimentaire	Estomac, foie, pancréas, troubles du comportement alimentaire

²¹ Points de fixations-régression et Stades de développement de la sexualité. Forte adhésion de la pulsion à des objets ou à des voies de satisfaction liées à des phases antérieures du développement. L'existence de points de fixation conduit à la voie de la régression. La fixation désigne l'immobilisation de motions pulsionnelles à un stade infantile du développement : fixations prégénitales.

Age d'apparition des symptômes, système de défense et âges critiques du développement, évolution libidinale au cours du développement psychosexuel, détermination des symptômes mentaux classiques, caractériels, insuffisance des défenses mentales à relier aux événements de vie, situations familiales présentes et passées, détermination de l'atmosphère affective passée, et capacité de se remémorer (souvenirs).

304	F. excréation	Rein, colon, contrôle sphinctérien
305	F. motrice	Musculo-squelettique, articulations,
306	Métabolisme	Troubles du métabolisme/ endocrinologie
307	SNC	
308	Axe endogène opioïde	
309	Axe hypothalamique-hormonal	Envisager toutes les dimensions de l'axe hypothalamique
310	SN Sympathique	
311	SN Parasympathique	
350	1 ^{er} Organisateur psy.	Organisation cénesthésique, relation pré-objectale, processus primaire (Cf. René Spitz).
351	2 ^{ème} Organisateur psy.	Mise en place au 8 ^o mois ; établissement de l'objet ; organisation diacritique ; processus secondaires ; passage de la passivité à l'activité.
352	3 ^{ème} organisateur psy.	Mise en place du mécanisme et de la fonction d'identification ; acquisition du signe de la Négation (Freud, 1925) ; pulsion agressive, motricité et emprise.
353	Position autistique	Syndrome symbiotique
354	Position schizo-paranoïde	(cf. Mélanie Klein)
355	Position dépressive	(cf. Mélanie Klein)
356	Fixation passive orale	
357	Fixation sadique orale	
358	Fixation anale 1 ^{er} temps	
359	Fixation sadique anale 2 ^{ème} temps	Donne accès à l'organisation oedipienne. La seconde phase du stade anal signe la maturation de la première organisation topique et donc la voie d'accès à l'Œdipe. Par ailleurs la liaison des représentations de mots et des représentations de choses constitue une des formes essentielles de la maîtrise, d'où son importance dans le développement mental (Cf. P. Marty p.91 et 92 « Les mouvements individuels de vie et de mort »).

360	Fixation phallique	
361	Fixation homosexuelle	
362	Fixation génitale	
AXE 1 D : MECANISMES DE DEFENSE DU « MOI »		
380	Déni de la réalité psychique	Nous devons parler de pluralité de dénis de la réalité ; pour Freud dans une première définition il s'agit d'un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est évoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses. Il s'agit en vérité d'un mécanisme de défense à l'égard de la réalité extérieure. La notion de clivage du moi vient éclairer celle du déni. Dans « L'homme aux loups » Freud développe le concept de clivage de la personnalité en divers courants indépendants. On peut dire que le déni de castration est le prototype des autres dénis de réalité. Le clivage du moi est à distinguer du processus de refoulement car il s'agit de la coexistence de deux types de défense du moi et non pas d'un conflit entre le moi et le ça ; une des défenses du moi porte sur la réalité extérieure, il s'agit d'un déni d'une perception.
381	Clivage du Moi	
382	Clivage de l'Objet	Des 1946 Mélanie Klein décrits un mécanisme de défense très archaïque utilisé dans la position schizo paranoïde. Un tel mécanisme se retrouve au cours de l'enfance, à l'âge adulte dans les pathologies psychotiques ou les états limites et dans les troubles psychosomatiques. Dans la position schizo-paranoïde le clivage porte sur un objet partiel alors que dans la position dépressive ce même mécanisme pour apporter sur un objet total. Un des premiers objets partiels que rencontre le nourrisson est le sein maternel, un clivage peut alors s'opérer : le sein en tant que source de satisfaction est un bon objet alors qu'en tant que source de frustrations, il est un mauvais objet. Cela va donner lieu à toute une série de processus projectifs et introjectifs qui vont permettre à l'enfant de s'approprier le monde et plus tard de le penser. Le bon objet sera gardé à l'intérieur, le mauvais est expulsé à l'extérieur, le clivage va permettre l'organisation de l'univers sensoriel et émotionnel du jeune enfant. Pour Mélanie Klein, le clivage va servir de base au refoulement, un clivage initial excessif risque de rendre difficile toute communication entre l'inconscient et le conscient, et donc de déboucher sur un mécanisme de refoulement ultérieur d'une rigidité névrotique. Un clivage excessif peut amener une désintégration du moi, le clivage est aussi à la base de mécanismes tels que l'idéalisation ou

		l'angoisse de persécution. Pour Mélanie Klein le clivage de l'objet ne peut avoir lieu sans qu'un clivage du moi ne l'accompagne ; le moi pourrait être effrayé par son agressivité (au sens d'angoisse à l'égard de l'objet) et par conséquent va maintenir séparer les parties de lui-même considérée comme bonnes de celles considérées comme mauvaises. La partie mauvaise fait généralement l'objet d'une projection ce qui permettra au moi d'éviter de connaître son agressivité ou son angoisse. Ce n'est que lorsque le moi devient plus fort c'est-à-dire capable de supporter ses émotions négatives, qu'il pourra les reconnaître comme faisant partie de lui-même diminuant ainsi progressivement le recours à la projection et pouvant accéder à une meilleure intégration et différenciation entre lui et l'objet. Une telle évolution mènera le moi à la position dépressive.
383	Identification projective	Terme introduit par Mélanie Klein en 1932, il s'agit de décrire les fantasmes d'attaque contre l'intérieur du corps maternel. L'identification projective est une modalité de la projection, c'est-à-dire rejet à l'extérieur de ce que le sujet refuse en lui, projection du mauvais. Ce mécanisme en relation étroite avec la position schizo-paranoïde consiste en une projection fantasmatique à l'intérieur du corps maternel de parties clivées de la propre personne du sujet, de façon à contrôler la mère de l'intérieur. Ce fantasme est la source d'angoisses comme celle d'être emprisonné et persécuté à l'intérieur du corps de la mère. Un autre danger pour le moi est de se trouver affaibli dans la mesure où il risque de perdre dans l'identification projective de bonnes parties de lui-même. En résumé il s'agit d'un mécanisme se traduisant par des fantasmes où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet et pour lui nuire, le posséder et le contrôler.
384	Refoulement	Il s'agit d'un processus psychique qui peut être considéré comme un processus universel, en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme. C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion. Cf. les travaux de Sigmund Freud.
385	Formation réactionnelle	Il s'agit d'une défense directement en opposition avec la réalisation du désir ; c'est une attitude de sens opposé aux désirs refoulés et constitués en réaction contre celui-ci par exemple la pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes. À propos de la névrose obsessionnelle Sigmund Freud dégage un mécanisme psychique particulier consistant à lutter directement contre la représentation pénible en la remplaçant par un symptôme primaire de défense consistant en des traits de personnalité: scrupulosité,

		pudeur,-- qui sont en contradiction avec l'activité sexuelle infantile à laquelle s'était d'abord livré le sujet pendant une première période dite « d'immoralité infantile ». Le processus de formation réactionnelle joue un rôle important dans l'édification des caractères ; la constitution du surmoi est en partie attribuée aux mécanismes de formation réactionnelle.
386	Isolation	Mécanismes de défense qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions sont rompues avec le reste de l'existence du sujet. Par exemple : une pause dans le cours de la pensée, utilisation de formules, de rituels et d'une façon générale toutes les mesures permettant d'interrompre le cours des pensées et des actes.
387	Annulation rétroactive	Il s'agit d'un mécanisme à l'oeuvre dans les rituels obsessionnels : « à une action qui met en exécution une certaine injonction succède immédiatement une autre qui arrête ou annule la première, même si elle ne va pas jusqu'à mettre à exécution son contraire » (Sigmund Freud-le moi et les mécanismes de défense 1936). On doit comprendre que ce mécanisme psychologique permet au sujet de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus. Le sujet utilise pour ce faire une pensée ou un comportement ayant une signification opposée.
388	Introjection	Le terme d'introjection a été forgé par Sandor Ferenczi en 1909 ; le sujet fait passer sur un mode fantasmatique, du dehors au dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel sans pour autant impliquer nécessairement une référence à la limite corporelle puisqu'il s'agit, par exemple, d'introjection dans le moi de l'idéal du moi ; l'introjection est dans un rapport étroit avec l'identification.
389	Retournement sur soi	Le retournement sur soi et le renversement dans le contraire font partie de ce que Freud appelle les destins des pulsions à côté du refoulement et de la sublimation. Alors que dans le renversement dans le contraire le processus concerne le but de la pulsion, avec le retournement sur la personne propre ou sur soi le processus concerne l'objet de la pulsion. Freud illustre par deux exemples ces deux processus : celui du sado- masochisme et celui du voyeurisme-exhibitionnisme. Le renversement du sadisme dans le masochisme implique à la fois le passage de l'activité à la passivité et une inversion des rôles entre celui qui inflige et celui qui subit les souffrances. Les deux processus peuvent évidemment fonctionner dans le sens opposé : transformation de la passivité en activité, retournement à partir de la personne propre sur autrui.

390	Renversement dans le contraire	Cf. retournement sur soi.
391	Sublimation	
392	Négation par le fantasme	Die Verneinung, Freud 1925 donne une explication métapsychologique précise : 1. La dénégation est un moyen de prendre connaissance du refoulé ; 2. Ce qui est supprimé, c'est seulement une des conséquences du processus du refoulement, à savoir que le contenu représentatif ne parvient pas à la conscience. Il en résulte une sorte d'admission intellectuelle du refoulé tandis que persiste l'essentiel du refoulement ; 3. Au moyen du symbole de la dénégation, la pensée se libère des limitations du refoulement ». Il s'agit donc d'un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent.
393	Idéalisation	« ... L'idéalisation est un processus qui concerne l'objet et par lequel celui-ci est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changée. L'idéalisation est possible aussi bien dans le domaine de la libido du moi que dans celui de la libido d'objet ». (Freud, pour introduire le narcissisme). L'idéalisation notamment celle des parents fait nécessairement partie de la constitution au sein du sujet des instances idéales : moi idéal, idéal du moi. Il peut s'agir de l'idéalisation d'un objet aimé : « nous voyons que l'objet est traité comme le moi propre et que donc dans la passion amoureuse une quantité importante de libido narcissique déborde sur l'objet » (Freud, psychologie des foules et analyse du moi).
394	Identification à l'agresseur	ce mécanisme a été décrit par Anna Freud en 1936 ; le sujet, confronté à un danger extérieur représenté par une critique émanant d'une autorité, s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. Anna Freud voit à l'oeuvre l'identification à l'agresseur dans des situations variées : agressions physiques, critique, etc. le comportement observé est le résultat d'un renversement de rôles- l'agressé se fait agresseur. Ce mécanisme joue un rôle important dans la constitution du surmoi. Pour René Spitz, ce mécanisme est prépondérant dans l'acquisition du « non », verbal et gestuel, vers le 15e mois.
395	Intellectualisation défensive	Ce mécanisme permet de maîtriser les émotions ou les conflits psychiques par une mise à distance en adoptant une formulation rationnelle, abstraite et détachée de la manifestation pulsionnelle. Il s'agit de la neutralisation des affects. (cf. Anna Freud (1946), Le

		Moi et les mécanismes de défense, Paris, PUF 1967).
AXE 1E: Traits de caractère		
400	Phobique	D'ambiance ou d'envahissement
401	Phobique d'objet	Liaisons représentatives
402	Hystérie archaïque	Conflits de nature psychotique plutôt que névrotique enfouis ; par exemple, aimer est l'équivalent de dévorer ou d'être dévoré. L'exploration analytique de ces fantasmes érotiques primitifs dans la relation transférentielle provoque la disparition des symptômes psychosomatiques ainsi que l'atténuation des inhibitions intellectuelles. Il s'agit ici de manifestations de la sexualité archaïque et du rôle qu'elle joue dans les diverses manifestations de somatisation (Joyce Mc Dougall).
403	Hystérie génitale	De nature oedipienne (séduction)
404	Traits pervers	
405	Oral	Traits de caractère égoïste à type captatif ; recherche de l'affection d'un être élu selon le mode de la relation objectale orale ; que le sujet soit homme ou femme, son objet d'amour devra jouer le rôle de mère nourricière. Dans le cas de régression, apparition possible de crises de boulimie pour remplacer l'acte sexuel génital et d'anorexie mentale symbolisant le refus de la sexualité génitale.
406	Anal et Obsessionnel	Rétention et contrôle-maîtrise : ne pas oublier que l'organisation anale fait défaut aux névrosés mal mentalisés selon la définition nosographique de Pierre Marty. Les représentations sont absentes ou rares, superficielles, peu associatives, caractéristiques à rapprocher des névroses de comportement.
407	Phallique-narcissique	
408	Psychotiques	Tableau symptomatique
409	Sado-masochiques	Relations érotisées physiques comme morales
AXE 1F : ACTIVITES SUBLIMATOIRES		
Nature des investissements surinvestissements, activités diverses : activités sociales, etc. sublimations, etc.		
490	Activités artistiques	
491	Activités sociales	
492	Activités spirituelles	

493	Activités sportives	
494	Activités culturelles	
AXE 2 : COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION		
450	Hypertonie musculaire	Débordement de l'appareil mental par les émotions
451	Posture	Tonicité de la posture, elle rend compte d'emblée de la tension interne du sujet
452	Hypertonie musculaire et agressivité	(Pierre Marty) à la mesure des conflits habituels réactivés lors de la consultation et non encore exprimés (agressivité directement musculaire de type primaire court-circuitant l'élaboration mentale, l'hypertonie musculaire va souvent de pair avec une anxiété diffuse qui reconnaîtra plus tard son objet. Elle s'accompagne de tremblements de mains surtout, et s'oppose à une aisance relationnelle.
453	Manifestations vago-sympathiques	Ces manifestations témoignent du surplus d'excitations ; Rires, pleurs, ou mimique de fantasme révélant la tentative d'une élaboration mentale.
454	Comportements de déni de réalité	Mode de défense reflété dans le comportement des patients qui refusent de reconnaître la réalité d'une perception traumatique, par exemple diabète à un âge précoce, etc.
455	Hypocondrie 1 (archaïque)	Etat hypocondriaque où la relation transférentielle est impossible ; court-circuit du travail psychique avec engagement dans une somatisation. Evolution possible vers un délire paranoïaque, une mélancolie ou une affection somatique grave.
456	Hypocondrie 2	Transformation en un processus névrotique où sexualité infantile, culpabilité oedipienne, angoisse de castration reprennent leur place.
457	Sado-masochique	Décharge dans les comportements
458	Acting out	Passages fréquents aux comportements
459	Sommeil	Cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme, etc.
460	Epuisement libidinal	Conduites d'épuisement
461	Dépersonnalisation	Manifestations de dépersonnalisation
462	Homosexualité latente	

463	Homosexualité	Pratique sexuelle
464	Sexualité génitale	Ejaculation précoce, impuissance, troubles de l'érection, frigidité, etc.
465	Addictions	Alcool, cigarettes, autres substances, web addicts, video addicts, etc.
466	Conversions fréquentes	Hystériques, ou apparentements hystériques (cf. Pierre Marty).
467	Identité	Problèmes fondamentaux transgénérationnels, culturels, et avatars du développement de la personnalité.
468	Economie relationnelle précoce	Changement notable de l'économie relationnelle dans les deux premières années de vie
469	Economie relationnelle prépubertaire	Changements notables
469 a	Economie relationnelle âge adulte	Exemple : changement suite à départ à la retraite
470	Répétitions somatiques	Rafales de maladies, cf. histoire de la maladie
471	Perversions organisées	Manifestations comportementales
472	Polyopérés	Antérieurement à la désorganisation ou à la maladie actuelle
473	Suicide	Tentatives antérieures à la désorganisation ou à la maladie actuelle
474	Suicide	Tentative récente
475	Tonus libidinal	Evaluer les fluctuations et les baisses du tonus libidinal en rapport avec la maladie, le vieillissement, etc. quelle que soit la limitation des investissements
476	Psychothérapies	Suivi de psychothérapie par le patient : date, durée, raison de l'indication rapportée par le patient

AXE 3 : EXPRESSION DES AFFECTS

La maîtrise des affects est relative à la capacité du Moi lors de leurs manifestations, et l'échec de maîtrise d'affects insupportables (débordement, sidération, etc.) participe non seulement à la production de symptômes névrotiques, mais encore à des situations décrites ci-dessus telles que : décharge dans les comportements, passages à l'acte, addictions, somatisations.

« Chaque événement, chaque impression psychique est pourvu d'un certain quota d'affect dont le Moi se débarrasse ou par le moyen d'une réaction motrice ou par une activité psychique associative » Freud, 1893.

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

500	Expression émotionnelle (large gamme des...)	Expression des émotions sans répression, manifestation spontanée et authentique- large gamme d'expression richesse émotionnelle
501	Conversion somatique des affects	Hystérie de conversion, l'affect est transformé en innervation somatique, et la représentation est refoulée ;
502	Déplacement	Déplacement de l'affect sur une autre représentation dans la névrose obsessionnelle.
503	Transformation	Transformation de l'affect : névrose d'angoisse, mélancolie,
504	Alexithymie	Sifnéos fait une nette différence entre émotion et sentiment ; l'émotion est exprimée par des moyens comportementaux et médiatisée par le système limbique, dimension biologique de l'affect. Les sentiments sont l'aspect psychologique de l'affect, ce sont les pensées et les fantaisies subjectives qui sont associées à l'affect. L'activité néocorticale est nécessaire pour qu'il existe des sentiments. Quatre éléments définissent l'alexithymie : 1. incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments, 2. limitation de la vie imaginaire, 3. tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits, 4. description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques.
510	Affect de vitalité ou affects en miroir dans la relation mère-enfant. Ces affects indiquent que les affects ne sont pas encore reliés à des représentations mentales.	Selon l'approche de D. Stern, plaisir et déplaisir ne sont plus rattachables à la tension et à la décharge, mais plutôt aux conditions rythmiques de celle-ci et aux variations d'intensité de chacun de ces processus. « J'appelle affect de vitalité, dit Stern, la qualité de ce qui est ressenti lors de toutes ces sortes de changements »... «la danse moderne et la musique sont des exemples par excellence de l'expressivité des affects de vitalité ». Pour Stern, l'affect fait partie de la représentation, et il a par lui-même une fonction de représentation, ce qui rejoint les travaux d'André Green sur la <i>représentance</i> de l'affect.
511	Fatigue	
512	Douleur	

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

Le Moi et le Monde extérieur

Données de l'environnement familial et socioprofessionnel ; données symptomatiques immédiates, données anamnestiques récentes, données concernant le fonctionnement mental d'adaptation (coping) ; état de la famille ancien et actuel, scolarité, évolution professionnelle, évolution de la sexualité, intérêts divers, etc.

600	Env. familial stable	Durée des périodes de stabilité
601	Env. familial perturbé	Au cours de l'enfance, de l'adolescence, à l'âge adulte ; rupture d'équilibre au sein de la famille.
602	Env. socio-professionnel stable	Durée des périodes de stabilité
603	Env. Socio-professionnel instable	Conflits, harcèlement professionnel, etc..
603a	Nature de l'environnement Perturbation temporaire	Identifier ici la source de la perturbation : familial, socio-professionnel, environnemental, sociétal, etc.
603b	Perturbation durable ou permanente	
604	Rupture avec famille	Séparation, divorce, déménagement,
605	Rupture avec travail	Licenciement, recherche d'emploi, etc.
607	Autre	Adaptation à un nouvel environnement professionnel Déroulement de la carrière : différentes étapes, début, milieu, et fin de carrière ; départ à la retraite
608	Conversion récente	Hystérique ou non
609	Désintrication et intrication des pulsions	Reprise intrication pulsionnelle à apprécier
610	Affects	Changements significatifs de l'expression des affects
611	Médico-légal	Problème récent pesant sur le fonctionnement psychosomatique
612	Psychothérapie	Parent d'un enfant traité en psychothérapie concomitante
613	Sexuelles	Difficultés sexuelles récentes : impuissance et frigidité
615	Toxicomanie récente	iatrogéniques incluses
616	Atteints aux activités corporelles	Limitations récentes accidentelles ou non des activités corporelles
617	Economie relationnelle I	Changement notable
618	Economie relationnelle II	Changement de moins d'un an
619	Plaisir sexuel	Frustration de plaisir sexuel (type névrose actuelle)
620	Hypocondrie	Réorganisation relative – au moins provisoire – sur un mode

		hypocondriaque
621	Bénéfices secondaires	A la maladie actuelle
622	Autre	Déplacement et remplacement par un symptôme somatique

AXE 5 : EVALUATION DE L'ETAT SOMATIQUE – CODE CIM-9-MC

La pathologie somatique doit être explorée à partir de la première enfance jusqu'à la période de l'investigation (à compléter avec dossier médical), décrire les diverses affections et atteintes somatiques, parenté ou non avec la maladie actuelle, établir les processus de leur apparition de leur évolution, des complications éventuelles, des aggravations, avancer des hypothèses sur la relation avec des événements de vie (traumatismes, deuils, etc.), dégager les temps de latence entre événements de vie et apparitions des pathologies somatiques.

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

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

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

700	Maladies du système nerveux
701	Maladies de l'appareil circulatoire
702	Maladies de l'appareil respiratoire
703	Néoplasmes
704	Maladies endocriniennes
705	Maladies de la nutrition
708	Maladies métaboliques
709	Maladies des organes génito-urinaires
710	Maladies du sang et des organes hématopoiétiques
711	Maladies de l'œil
712	Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge
713	Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif
714	Maladies de la peau
715	Anomalies congénitales, malformations et aberrations chromosomiques

716	Maladies de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches
717	Infections par le virus de l'immunodéficience humaine
718	Maladies infectieuses
719	Surdosages
720	Troubles induits par un médicament (codes additionnels)