



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira – Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master
Option : Option Psychologie Clinique

Thème

Le fonctionnement mental chez les hémodialysés ayant un rejet de greffe rénale

Présenté par :

Mlle BORDJAH Hafida

Mlle BENCHEIKH Karima

Encadré par :

Pr. SAHRAOUI. A

Soutenu le/...../.....

Année 2019/2020.

Remerciements

On tient tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant et miséricordieux, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce Modeste travail.

Nous tenons à remercier toute les personnes qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre à ce que ce modeste travail puisse aboutir.

Evidemment notre encadreur, Docteur A. Bacha née Sahraoui qui a suivi et encadré notre travail de mémoire, pour ces précieux conseils et son aide.

Les membres de l'administration, de la bibliothèque qui ont su se montrer disponibles quand nous en avons besoin.

Aux personnes malade et souffrent de l'insuffisance rénale de la clinique privée de « Rameau d'Olivier », qui ont accordé leurs consentements à notre recherche.

Merci à tous

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail

*Aux personnes les plus chères, tous les mots de l'univers sont incapables
d'exprimer mon amour et mon affection à mes parents, d'une part*

*A ma mère, qui a œuvré pour ma réussite, tous les sacrifices consentis et
pour toute son assistance et sa présence de ma vie.*

*Mon père, merci pour les valeurs nobles, l'éducation et le soutien
permanent venu de toi, j'espère qu'ils trouvent dans ce travail toute ma
reconnaissance.*

*A ma chère sœur Taous qui n'a cessé d'être pour moi un exemple de
persévérance, merci pour tes précieux conseils et son mari Merzak, à ma
meilleure nièce Dallal et mon cher neveu Amino.*

A mes chers frères Cherif, Lyes et Sofiane qui sont toujours à mes côtés

A mes belles-sœurs Souad, Khadidja et Roza

*A mes meilleurs amis Nedjma, Souad, wissam, Hania, Siham, Salem,
Fayrouz, Oussama, et bien sûr Nora que je considère comme ma sœur et
tous ceux qui m'aiment.*

Karima

Dédicaces

Je tiens à dédier ce modeste travail à ceux qui me sont très chers :

A mes chers parents qui m'ont donné la vie et l'amour, et dont je ne peux pas exprimer mon amour et les remerciements pour Leur sacrifices, leur éducation et tous ce qu'ils font pour moi.

A ma chère sœur Samra que je la considère comme ma deuxième mère, son éducation et ses conseils mais aussi son encouragement et l'aide qu'elle m'offre durant ma vie, et à ses enfants : Wassim, Laya, Athir et Ayoub.

A mes chers frères : Hareb; Riad et Nadir, qui m'ont servi de soutien et l'aide durant ma vie.

A mes belles sœurs Djohra et Hania et à leurs enfants : Amel, Raouf, Meriem et Nour El Houda.

A mon fiancé Lamine soualmi qui m'a donné l'amour, l'aide, et la tendresse et à sa famille mes beaux parents et mon beau frère Hani.

A mon binôme Karima Bencheikh qu'ont partagé avec moi tous du bien et du mal de ce travail et à mes chères amies, proches et tous ceux qui m'aiment.

Hafida

SOMMAIRE

Introduction générale	01
-----------------------------	----

Partie théorique

Chapitre I : l'aspect médical de l'insuffisance rénale et la transplantation rénale

Introduction	06
I. Le rein	06
II. L'insuffisance rénale et l'hémodialyse	07
1. Définition de l'insuffisance rénale	07
2. Les types de l'insuffisance rénale	07
3. Les causes de l'insuffisance rénale	08
4. Les symptômes de l'insuffisance rénale	09
5. Les complications de l'insuffisance rénale	09
6. Le diagnostic de l'insuffisance rénale	10
7. Le traitement de suppléance de l'insuffisance rénale	10
III. L'insuffisance rénale et la greffe rénale en Algérie	11
IV. La transplantation rénale	12
Conclusion	14
Chapitre II : l'aspect psychologique chez les hémodialysés et les greffés rénaux	
Introduction	16
I. L'aspect psychologique chez les patients en période de la dialyse	16
1. Le soutien psychologique au début de l'hémodialyse	16
2. Les contraintes liées à la dialyse	17
3. Les répercussions psychologiques en période de la dialyse	18
4. Les mécanismes de défenses chez les insuffisants rénaux et les greffés rénaux	20
II. L'aspect psychologique chez les hémodialysés en période de la greffe rénale	21
1. L'attente de la greffe rénale	21
2. Le vécu psychique en période post-greffe rénale	23
III. L'aspect psychologique chez les hémodialysés après avoir le rejet de la greffe rénale	26

Conclusion -----	30
Chapitre III : les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique	
Introduction -----	31
I. Historique de la psychosomatique -----	31
II Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique -----	32
1. Le monisme -----	32
2. L'évolutionnisme -----	33
3. Les chaînes évolutives -----	34
4. Instincts de vie et de mort -----	35
5. Fixation/ régression -----	35
6. Le fonctionnement mental -----	37
7. La mentalisation -----	37
8. Les rêves -----	44
9. L'économie psychosomatique -----	45
10. La pensée opératoire et la vie opératoire -----	45
11. La dépression essentielle -----	46
12. Le traumatisme -----	47
13. L'organisation et la désorganisation -----	48
14. La classification psychosomatique et nosographique -----	48
15. La théorie sur l'apport de l'environnement selon la psychosomatique -----	51
II. La psychosomatique et la greffe rénale -----	51
Conclusion -----	52
Chapitre IV : problématique et hypothèses -----	54

Partie méthodologique

Chapitre V : Méthodologie de la recherche scientifique.	
Introduction -----	64
I. Déroulement de la recherche et population d'étude -----	64
1. Le lieu de la recherche -----	64
2. La pré-enquête -----	64
3. La méthode utilisée -----	67

4. La population d'étude-----	69
II. Les outils utilisés dans la pré-enquête-----	70
1. L'entretien clinique-----	70
2. Le Rorschach-----	75
III. L'analyse des outils utilisés-----	79
1. Les données de l'entretien clinique-----	79
2. Les données du protocole de Rorschach-----	79
3. La présentation des cas-----	81
 Conclusion-----	 81
Conclusion générale-----	83
Bibliographie	

Introduction générale

Ce qui importe pour la compréhension de la nature humaine, ce sont les conditions spécifiques de l'existence humaine. L'homme doit vivre sa propre vie et depuis le jour de sa naissance est confronté à une question à laquelle il doit répondre.

La maladie survient comme une rupture dans la dynamique de vie de l'individu, il est impossible de négliger les aspects multidimensionnels du malade et de sa maladie. Elle est définie comme une entité opposée à la santé, dont l'effet négatif est dû à une altération ou à une dés harmonisation d'un système à un niveau quelconque (moléculaire, corporel, mental, émotionnel...) de l'état physiologique ou morphologique considérés comme normal chez l'individu.

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est une maladie lésionnelle qui détruit de manière progressive et irréversible les parenchymes rénaux et altère définitivement les fonctions rénales, à savoir la détoxification du corps, l'équilibre homéostatique interne et les fonctions endocrines. Son évolution est létale sans les thérapies de suppléance : la dialyse et la greffe rénale. Elle résulte souvent de néphropathies chroniques congénitales ou acquises. Chez certains individus elle se déclare soudainement, alors que chez d'autres elle progresse lentement, des années durant, de manière douloureuse ou silencieuse.

La greffe de rein ou ce qu'on appelle la transplantation rénale lorsqu'elle est possible est considérée comme le traitement de choix de l'insuffisance rénale chronique terminale. Le rein greffé permet le plus souvent d'assurer normalement toutes les fonctions du rein. Cette méthode est privilégiée aujourd'hui car elle améliore l'espérance et la qualité de vie du patient.

Le prélèvement d'un rein est peut être effectué sur une personne non apparentée en état de mort encéphalique. Donc on parle ici d'une greffe rénale à partir d'un donneur décédé. Cette situation de mort cérébrale est relativement rare, limitant les possibilités de prélèvement. Les organes prélevés sont greffés à des receveurs inscrits sur la liste nationale d'attente de greffe. Ce type de transplantations n'est possible qu'à partir d'un donneur ayant un groupe sanguin identique ou compatible avec le receveur. Un autre type de la greffe rénale qu'est une transplantation de rein à partir d'un donneur vivant vu que la vie avec un seul rein est possible. Une personne volontaire et en bonne santé peut donc donner un rein

à l'un de ses proches (le père ou la mère, mais aussi le conjoint, le frère, la sœur...) dans des conditions définies par la loi.

La transplantation rénale reste comme un traitement de choix pour le patient au stade terminal de l'atteinte de l'insuffisance rénale chronique. Mais, une possibilité d'avoir un rejet après quelques semaines, mois ou années après la greffe, ce rejet peut être donc de type rejet aigu, rejet hyper aigu cellulaire ou un rejet chronique. A partir de ce rejet, la personne atteinte peut se développer des perturbations psychiques et même physiques, tout dépend de la personnalité. Alors, le seul traitement de choix qui reste c'est de retour à la machine qui veut dire le traitement par dialyse.

Dans notre recherche scientifique qui est intitulée le fonctionnement mental des hémodialysés ayants le rejet de la greffe rénale » exige pour nous la nécessité de se référer à la théorie psychosomatique fondée par Pierre Marty. Cette théorie qui avait servi comme arrière-plan théorique, afin de donner une explication sur l'impact de rejet d'une greffe rénale sur le fonctionnement mentale d'un patient souffert de l'insuffisance rénale chronique.

Cette relation étroite entre le corps et l'esprit qui nous attirer à effectuer cette recherche afin d'enrichir les connaissances actuelles sur le vécu de la maladie et d'une autre part la plus essentielle qui vise à aider le patient souffert de cette maladie à mieux vivre, s'adapter à sa situation et à sa maladie.

Pour mieux enrichir et éclairer les idées que nous avons abordées précédemment, nous avons élaboré un plan de travail qui se compose les parties suivantes :

La première partie : qu'est une partie théorique, elle se devise en quatre sous chapitres théoriques essentiels sont :

Chapitre1 : L'aspect médical de l'insuffisance rénale.

Ce chapitre vise à étudier les points essentielles de la maladie d'insuffisance rénal : sa définition, ses types, ses causes... et vers la fin de ce chapitre de donner une brève histoire sur le développement de cette maladie dans notre pays l'Algérie, aussi donner une brève explication sur le rejet de la greffe rénal et ses types.

Chapitre 2 : L'aspect psychologique chez les greffés rénaux.

Ce chapitre vise à étudier la situation psychologique des hémodialysés au stade terminal qui veut dire avant de passer à la greffe rénale, et aussi après la greffe rénale qui veut dire après avoir le rejet de la greffe rénale. En fin de notre chapitre en va proposer une prise en charge adéquate pour les aider à mieux adapter et accepter leurs maladies.

Chapitre 3 : Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

Ce chapitre se focalise sur l'approche psychosomatique qui vise à aborder les éléments essentiels de la théorie fondée par Pierre Marty. C'est la théorie la plus adéquate et qui nous aide à compléter notre recherche scientifique parce qu'elle vise à étudier la relation étroite entre le corps et le psychisme mais aussi étudier l'interaction de l'un sur l'autre en cas d'atteinte soit une atteinte au niveau corporel ou psychique.

Chapitre 4 : La problématique de notre recherche scientifique et les hypothèses.

La deuxième partie : La partie méthodologique, elle contient un seul sous chapitre :

Chapitre 5 : Méthodologie de la recherche scientifique.

Ce chapitre vise à présenter notre population d'étude, la méthode utilisée et les outils qu'on aborder dans notre recherche scientifique... et vers la fin de donner leurs analyses.

En fin, pour terminer cette étude scientifique, nous présentons une conclusion générale, concernant les données de la pré-enquête, et quelques éléments de base de la théorie sans approfondir à cause de la pratique notamment l'enquête.

Partie théorique

*Chapitre 1 : Aspect médical de
l'insuffisance rénale*

Introduction

Les reins sont des organes chargés d'éliminer les déchets produits en permanence par le fonctionnement de l'organisme, ce sont eux qui fabriquent l'urine et maintiennent l'équilibre interne. La réduction des fonctions des reins résulte des complications qui peuvent être graves si aucun traitement n'est appliqué. La maladie rénale est longtemps silencieuse et elle ne se manifeste que lorsqu'elle a atteint un stade très avancé.

Dans ce chapitre nous allons présenter la maladie de l'insuffisance rénale, ses types, ses causes, ses symptômes, sa classification, ses complications, et enfin le traitement de suppléance de cette maladie chronique.

I. Le rein

1. Définition du rein

Selon Larousse, le rein est un organe pair dans l'abdomen à côté de la colonne vertébrale qui forme l'urine à partir de la filtration du sang, élimine des déchets, substances (reins par exemple).

Le rein est un organe pair de 12 cm de haut par 6 cm de large de 150 grammes en forme de haricot placé de chaque côté de la colonne vertébrale au niveau des dernières côtes. Chaque rein est constitué d'un million de néphrons comportant chacun un tubule et un glomérule nécessaire à la formation de l'urine.

2. Rôle de rein

Les reins ont pour mission quotidienne de pomper quelques 189 litres de sang à travers 225 km de canaux et des millions de filtres "néphron". D'autres fonctions essentielles des reins sont :

- **Excrétion des déchets**

Le rein a une fonction d'épuration des déchets de l'organisme. Il élimine l'acide urique, l'urée résultant de la digestion des protéines et la créatinine provenant de la destruction des cellules musculaires en perpétuel renouvellement.

- **Régulation hydrolytique**

Le rein contribue au maintien de l'équilibre de l'organisme en eau et électrolytes. Grâce à ses systèmes de filtration, sécrétion et réabsorption, les entrées et les sorties

journalières d'eaux équilibre. Le système rénal régule également l'équilibre ionique indispensable, en sodium, potassium, chlore...

- **Fonction endocrine**

Le rein sécrète la rénine qui joue un rôle essentiel dans la régulation de la pression artérielle cette hormone est à l'origine de la production de l'angiotensine.

II. Insuffisance rénale et hémodialyse

1. Définition de l'insuffisance rénale selon Larousse médical

C'est la réduction de la capacité des reins à assurer la filtration et l'élimination des produits de déchets du sang à contrôler l'équilibre du corps en eau et en sels et à régulariser la pression sanguine.

L'insuffisance rénale aussi bien chronique qu'aigüe, n'est pas une maladie en soi : elle résulte d'affections qui atteignent les reins, caractérisé par une diminution du nombre des néphrons, c'est unités fonctionnelles dont l'élément principal est le glomérule, petite sphère où s'effectue la filtration du sang et où s'élabore l'urine primitive. (Larousse médicale, 2001, p. 489).

2. Les types de l'insuffisance rénale

1. Insuffisance rénale aigüe

L'insuffisance rénale aigüe (IRA) se définit traditionnellement par la diminution rapide du débit de filtration glomérulaire (DFG), qui se traduit par une élévation « rapide » (heures, jours, semaines) de la créatininémie. (D. Joly. 2008, p. 2450).

C'est une insuffisance rénale dans laquelle la perte de la fonction rénale est brutale mais généralement réversible.

Contrairement à l'insuffisance rénale chronique, l'insuffisance rénale aigüe guérit plus souvent sans séquelles. (Larousse médicale, 2001p. 490).

2. Insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par une diminution de la filtration glomérulaire (FG) en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnels (ce qui la différencie de l'insuffisance rénale aigüe).

Une autre définition, c'est une réduction néphrotique plus ou moins lentement progressive à laquelle fait suite une adaptation jusqu'à une certaine limite par les néphrons restants afin de sauvegarder l'homéostasie. C'est une altération progressive des fonctions excrétrices et endocrines du parenchyme rénal, conséquence de lésions anatomiques irréversibles.

Tout individu peut rester en bonne santé avec un seul rein fonctionnant de 10 à 20% de sa capacité normale. Mais l'insuffisance rénale elle arrive au stade terminal, va affecter l'organisme de plusieurs manières. Certains symptômes sont le reflet de la maladie qui a causé eux-mêmes. (M.A Boubchir, 2004, p. 22).

Tableau : les différents niveaux de l'IRC		
	Créatininémie (umo/l)	Clairance de la créatinine (ml/mn)
Débutante	110 à 150	60 100
Modérée	150 à 300	30 60
Sévère	300 à 600	15 30
Evoluée	600 à 800	10 15
Terminale	Plus de 800	Moins de 10

(M. A Boubchir, 2004, p. 24).

3. Les causes de l'insuffisance rénale chronique

Sont très diverses :

- Infectieuses (pyélonéphrite chronique) ;
- Toxique (phénacétine, métaux lourds) ;
- Immunologique (lupus érythémateux, purpura rhumatoïde, maladie de Wegener, maladie de berger, syndrome de good Pasture, glomérulonéphrites primitives) ;
- Héritaires (polykystose, maladie d'alport) ;
- Métabolique (hypokaliémie chronique, oxalose, cystinose, néphrocalcinose, syndrome de Leschnyhan, amyloïdes) ;
- Endocrines (diabète, hyperparathyroïdie primaire) ; (Elaine, 1999 : 1002).
- Vasculaire (HTA, embolies) ; (Radermacher, 1, 2004 : 15).
- Le diabète, et hypertension artérielle ; (Gaudin, 2006 : 3).

4. Les symptômes de l'insuffisance rénale

La progression de l'insuffisance rénale chronique est si lente que les symptômes sont souvent imperceptibles au cours de premières années, car les reins s'adaptent et compensent leur perte de fonction. Plusieurs patients ne prennent connaissance de leur problème de santé que lorsque leurs reins opèrent à moins de 25% de leur capacité normale.

Certains symptômes non spécifiques, comme la fatigue, peuvent être la seule manifestation de la maladie pendant longtemps. Chez les personnes à risque, le suivi par analyse sanguines et urinaires est donc essentiel à fin de détecter les signes annonciateurs d'insuffisance rénale. Une fois la maladie est bien installée, les symptômes suivants peuvent se manifester :

- Douleur à la miction et diminution du volume d'urine ;
- Mictions plus fréquente ;
- Urine mousseuses, trouble ou de couleur foncée ;
- Hypertension artérielle ;
- Fatigue et faiblesse plus marquées ;
- Nausée et vomissements ;
- Perte d'appétit et mauvais gout en bouche ;
- Perte de poids inexplicquée ;
- Somnolence, ralentissement psychomoteur ;
- Maux de tête ;
- Troubles du sommeil ;
- Douleur dans milieu, le bas de dos ou les côtés du bassin ;
- Contractions involontaires des muscles et crampes ;
- Démangeaisons persistantes.(<http://www.passeportsante.net>)

5. Les complications de l'insuffisance rénale

Les complications dus à l'insuffisance rénale sont :

- Les complications cardiaques ;
- L'hypertension artérielle ;
- L'anémie ;

- La surcharge liquidienne ;
- Hyperkaliémie ;
- L'ostéodystrophie rénale ;
- L'hyperparathyroïdie.(<http://rein-écho.info>).

6. Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique

La démarche diagnostique comprend six étapes sont :

- Affirmer la maladie rénale chronique ;
- Préciser son stade et son rythme évolutif, et éliminer une agression rénale aigüe surajoutée en particulier fonctionnelle ;
- Faire le diagnostic étiologique ;
- Evaluer et prendre en charge les facteurs de progression ;
- Rechercher le retentissement, si le DFG est inférieur à 60 ml/min/1,73 m.
- Rechercher les facteurs de risque cardio-vasculaires.(Ellipses, 2016, p. 229).

7. Le traitement de suppléance de la fonction rénale

Trois types de traitement permettent d'assurer la suppléance de la fonction rénale :

1- La dialyse péritonéale

C'est un traitement intracorporel continu utilisant une membrane péritonéale perméable. Il est aujourd'hui reconnu comme substitut à l'hémodialyse, mais ne le remplace pas. Les malades utilisent tous les jours, à raison de 4 fois tous les 24 heures, 2 litres de dialysat qui, au contact du sang, capte les déchets, l'urée et l'excès de potassium. Les avantages de cette technique sont l'autonomie et l'inoffensivité, d'où son appellation de dialyse douce. Les patients qui tiennent tout particulièrement à leur indépendance et redoutent le piquage en hémodialyse la choisissent volontiers. Elle est également conseillée aux IRC plus âgés présentant un risque de maladie cardio-vasculaire.(A. Richam. 2012, p. 30).

2- L'hémodialyse :

C'est une méthode de discontinuité qui utilise un générateur de dialysat, une circulation extracorporelle du sang sous la dépendance d'une pompe et d'un système sophistiqué de contrôles des paramètres et d'alarmes. (Gaudin, 2006, p.2).

Il s'agit d'une technique d'épuration par circulation extracorporelle du sang à travers une membrane. Le rein artificiel est composé de trois éléments : l'hémodialyseur dans lequel s'effectue l'échange, le dialysat et en circulation extracorporelle. Il s'agit de la méthode la plus utilisée en France et dans le monde. Ce traitement est réparti en 3 séances par semaine, chacune durant environ 4 heures. Les innovations techniques allègent d'avantage ce dispositif et le rendent tolérable par les malades. La durée des séances et les modalités d'épuration comme l'auto-dialyse sont adaptés en fonction des besoins et de l'état de santé des patients. (Gaudin, 2006, p.29).

3- La transplantation rénale

Depuis les années 50, la transplantation rénale s'installe en monde comme étant le traitement de choix et définitif pour l'insuffisance rénale chronique terminale. Elle consiste à prélever le rein d'un donneur et à le greffer chez le receveur qui est en insuffisance rénal chronique terminal.

Lorsque la transplantation rénale est possible, il s'agit de la meilleur méthode de suppléance de la fonction rénale par rapport à l'hémodialyse et à la dialyse péritonéale du fait :

- D'une meilleure qualité de vie ;
- D'une morbidité cardio-vasculaire moindre ;
- D'une espérance de vie supérieure ;
- D'un coup de traitement inférieur après la première année. (Ellipses, S.A, 2016, p.245).

III.L'insuffisance rénale et greffe rénale en Algérie :

Actuellement, près de 13 000 personnes sont touchés par l'insuffisance rénale chronique (IRC) terminale. Une maladie qui demeure insidieuse et méconnue de grand publique.

En Algérie, environ 4 000 nouveaux cas d'insuffisance rénale chronique (IRC) sont enregistrés chaque année. (A. Boubka, 2009, p. 6).

La première greffe rénale en Algérie a été réalisée le 14 juin 1986 au CHU Mustapha à partir d'un donneur vivant apparenté (DVA). La deuxième greffe rénale été effectuée à la fin de l'année 1987 à partir DVA à l'établissement hospitalier spécialisé

(UHS) Daksi de Constantine. La première expérience de transplantation de rein à partir d'un cadavre a été l'œuvre de l'équipe du docteur Bendjaballah, chirurgien, et de professeur Boudhane, Anesthésiste-réanimateur (Brahamia). Fin 2002 et début 2003, cette équipe a réalisé 6 transplantations à partir de reins de cadavres. Ce même établissement a réalisé durant la période 2000 à 2003, soixante-dix autres greffes à partir d'un DVA.

De 1986 à juillet 2005, il a été réalisé en Algérie un total de 234 transplantations rénales dont 160 greffes dans les CHU d'Alger, 69 au CHU de Constantine et 5 au CHU de Blida. Ainsi, le nombre de greffes rénales réalisées en Algérie n'a cessé de progresser de 2005 à 2011 pour atteindre 6615, soit une réalisation annuelle moyenne de plus de 110 greffes.

Cependant, cette activité de greffe rénale est très en deca des besoins des insuffisants rénaux chroniques terminaux. Cette situation s'observe dans les données épidémiologiques sur l'insuffisance rénale chronique terminale. En 2010, il y a eu 16893 malades dialysés alors que le nombre de greffe rénale réalisés est de 68. De plus près de 7 000 insuffisants rénaux chroniques terminaux sont inscrits sur la liste d'attente en vue d'une transplantation et seulement 25% d'entre eux ont un donneur. (Cheurfa T, KaidTlilane, p. 23).

IV. La transplantation rénale

La transplantation est la seule alternative thérapeutique à la dialyse, dans le cadre de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique évoluée.

Il s'agit d'une opération chirurgicale par laquelle on implante dans l'organisme un rein provenant d'un donneur en bonne santé. Si la transplantation est un succès, elle permettra de prendre en vie plus normal et un « divorce » avec la dialyse. Toutefois, une transplantation rénale n'est pas un traitement curatif. Elle demeure le traitement de six pour l'insuffisance rénale chronique pour ceux qui sont considérés comme des candidats acceptables.

Le don d'organe est régi par la loi de bioéthique basée sur le consentement présumé. (A. Boubchir, 2004, p. 252).

➤ **Le receveur :**

L'état de santé du receveur doit être évalué par une série d'examen dont les résultats peuvent contre indiquer la transplantation.

Certains patients bénéficient d'une priorité nationale, c'est le cas des receveurs de moins de 16 ans et des patients hyperimmunisés.

En effet, chez l'enfant, la greffe est décidée avant même la mise en place de la dialyse. Cependant, on ne greffe pas un malade avant l'âge de 18 mois.

On peut greffer le rein d'un adulte chez un enfant de 3 ou 4 ans. Il n'y a pas d'âge limite pour greffer un patient.

➤ **Le donneur**

Il ya deux types de donneur :

- Les donneurs en état de mort encéphaliques.
- Les donneurs vivants (ce don n'est possible que si le donneur est majeur et très proche du receveur).

Des examens sérologiques sont effectués sur le greffon afin de dépister d'éventuelles maladies virales.

➤ **La comptabilité du greffon**

Il existe trois critères principaux qui rendent une greffe possible :

- La comptabilité ABO : le groupe ABO doit être compatible avec celui du receveur (le groupe rhésus n'intervient pas).
- La comptabilité tissulaire : le donneur et le receveur peuvent avoir de 0 à 6 antigènes HLA en commun. Plus ce chiffre est élevé, meilleur est le pronostic théorique de la greffe (moins de chances de rejet, traitement immunosuppresseur plus léger...). Cependant, les progrès réalisés en immunosuppresseur rendent ce critère de moins en moins primordial.
- Un crossmatch négatif : le crossmatch est un examen qui est réalisé juste avant la greffe, et qui met en contact des échantillons de sérum du donneur et du receveur, afin de s'assurer que le second ne présente pas

d'anticorps contre le premier. Si c'est le cas, la greffe ne peut avoir lieu, car l'organisme du receveur rejeterait le greffon.

➤ **L'opération**

Elle a lieu sous anesthésie générale, le greffon est placé habituellement dans la fosse iliaque (droite ou gauche) du receveur, l'artère et la veine rénale (prélevées avec le rein) sont suturées respectivement à l'artère et à la veine iliaque. L'uretère est relié directement à la vessie. Les reins du malade sont en général laissés en place. Il peut éventuellement être nécessaire de les enlever dans certains cas, par exemple s'ils sont une source d'infection chronique.

Il arrive que le rein ne produise pas d'urine pendant plusieurs jours voire plusieurs semaines après l'opération. Il faut alors avoir recours à la dialyse, le temps que le greffon « se mette en marche ». www.renaloo.com/dp.htm.

✓ **Les indications de la transplantation rénale**

Une transplantation rénale peut être envisagée chez tout patient insuffisant rénale chronique, qu'il soit déjà en dialyse ou que celle-ci soit imminente, à condition que les risques encourus n'excèdent pas les bénéfices escomptés et qu'il n'existe pas de contre-indication absolue. L'âge limite, qui était autrefois de 50 à 55 ans, a pu être régulièrement reculé jusqu'à 70-75 ans grâce à une meilleure utilisation des immunosuppresseurs.

Conclusion

L'insuffisance rénale chronique est une maladie très grave et très sensible et longtemps silencieuse, elle provoque des perturbations physiques et peut même être aussi la cause d'apparition des perturbations psychiques. Cette dernière est mise en charge par d'autres moyens psychologiques.

Chapitre II : Aspect psychologique chez les greffés rénaux

Introduction

L'insuffisance rénale chronique est l'une des affections qui bouleverse le côté psychologique du patient. En cas d'IRC majeure, la fonction rénale peut être suppléante par hémodialyse ou dialyse péritonéale et/ou transplantation rénale. L'annonce de cette dernière est souvent vécue comme un traumatisme effrayant et une situation difficile à accepter. Ainsi, le traitement par la greffe rénale génère des complications et l'échec de la greffe reste un danger qui menace les patients greffés. Alors on va aborder ici le vécu psychique du patient sous l'hémodialyse, à l'attente d'une greffe, et lors d'un rejet de greffe.

I. L'aspect psychologique chez les patients en période de la dialyse**1. Le soutien psychologique au début de l'hémodialyse**

La maladie psychologique ou somatique est conçue comme une modification de l'être total, indivisible, dont l'altération ou le dysfonctionnement s'expriment différemment suivant sa constitution, son histoire, son environnement et les facteurs déclenchant. Le changement induit par la maladie, s'intégrant dans cet ensemble, introduit encore de nouvelles dimensions dans les rapports de l'homme malade avec lui-même et le monde.

La dialyse signifie l'entrée d'un individu dans un mode de vie nouveau, durable, pénible, frustrant, mode de vie exigeant de lui une participation active, caractérisé par une succession de stress physique et psychique, ainsi que par une ambiance de menace permanente pour son existence. (A. Haynal, 1997, p. 120).

Dans le début de l'hémodialyse, lorsque l'indication du programme était posée, cette sélection se faisait à partir d'une évaluation psychologique qui cherchait notamment à préciser les suivants :

- Les réactions du malade aux divers stress subis antérieurement, dont ses éventuels problèmes de santé ;
- Ses réactions face à la maladie ou à l'individualité de personnes de son entourage ;
- Son vécu, son attitude face à la maladie actuelle, et le vécu, l'attitude de son conjoint (ou d'une personne investie affectivement par lui).

2. Les contraintes liées à la dialyse

1. La dépendance

Il s'agit d'une situation de dépendance absolue par rapport :

- A un lieu ;
- A une machine ;
- A une équipe soignante.

Cette dépendance est aussi inconditionnelle. La constater en ne se pliant pas à une discipline stricte suffit pour s'attirer des complications organiques plus ou moins sérieuses ; la refuser représente un arrêt de mort ; cette situation de dépendance totale pendant la dialyse alterne périodiquement avec une indépendance que l'on souhaite aussi complète que possible pour le malade.

Les aspects pénibles de ce traitement sont multiples : outre les ponctions de la fistule artérioveineuse confectionnée pour la dialyse, il faut relever que les malades souffrent souvent de crampes musculaires, de céphalées, de vomissement, d'hypotension, variables en intensité et en fréquence, et qu'il doivent absorber journallement des médicaments particulièrement désagréables destinés à corriger l'épuration insuffisante en potassium et en phosphore, un état d'asthénie fluctuant est de règle, le simple bien-être n'existe plus.

A cela s'ajoutent d'importantes frustrations d'ordre oral (régime sans sel, restriction hydrique), sexuel (la sexualité des dialysés est très souvent atteinte, avec une baisse plus ou moins prononcée de la libido, une impuissance plus ou moins complète pour les hommes, une frigidité et une stérilité pour les femmes), professionnel (mise en échec des ambitions personnelles, éventuellement relégation à un poste subalterne, etc....) et social. (.A. Haynal, 1997, p. 120-121).

2. Les restrictions alimentaires

Les transgressions alimentaires, hydrique et l'insuffisance de compliance au traitement médicamenteux sont des façons de trouver une certaine autonomie, une certaine identité de récupérer un pouvoir sur les choses. Donc c'est comme être dans la vie active, en un mot, vivre « comme tout le monde », qui n'ont pas à subir les contraintes de la dialyse. On retrouve

surtout ce discours chez les jeunes dialysés et c'est probablement ce dont ils souffrent le plus, le sentiment d'être différent des jeunes de leur âge. (G. Lefebvre, 2005, p. 02).

3. L'image du corps

La maladie interrompt le silence des organes en fait découvrir au malade un corps méconnaissable, bruyant, fragile, affaibli, usé, impur... tout en étant agressé, le corps devient agresseur et menace constamment la personne de diverses complications. Dans l'insuffisance rénale le corps est incapable d'évacuer les urines et certains produits toxiques, la survie est sévèrement menacée. Cette pathologie se traduit dans l'imaginaire par des fantasmes d'impureté.

Les changements corporels posent la question de la pérennité de la perception de son image. Celle-ci reste souvent fixe alors que le temps passe et imprime sur le corps ses marques. Toute maladie grave, à savoir le patient décède s'il n'a pas de traitement, va donc entraîner un remaniement brutal de cette image du corps sinon invulnérable, en tout cas « fixe », c'est la rencontre avec cette vulnérabilité que provoque le sentiment d'un temps qui tout à coup devient « compté », puis qui va devenir temps « chronique », c'est-à-dire « à vie » en dialyse. L'image du corps ne sera plus jamais comme celle devant la maladie.

3. Les répercussions psychologiques en période de dialyse

L'annonce de l'insuffisance rénale et de la possibilité d'avoir à terme besoin d'un traitement de suppléance génère beaucoup d'émotion douloureuse.

Comme le dit D. Cupa « Je commence par une perte réelle d'un organe vital et, en ce sens, que ce soit brutal ou préparé, toute personne qui va apprendre, d'une part, qu'elle est malade, d'autre part, que c'est une maladie mortelle sans soins, va être plus ou moins traumatisée ».

Les difficultés psychologiques des dialysés sont liées au fait que leur maladie soit mortelle et rend indispensable des soins contraignants. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort. Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologique, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. Cela le conduit à se détacher du monde et à ne plus l'investir, d'où un repli sur soi, accentué parfois par l'isolement social. (Lefebvre, 2005, p. 1).

D'un point de vue psychopathologique, l'entrée dans la dialyse constitue une perte traumatique, une « blessure narcissique », le patient perdant une fonction vitale, ce qui le confronte à sa propre mort. Cette mort, finalement évitée, le renvoie à une nouvelle position existentielle de dépendance psychique et temporo-spatiale (à la machine, aux soignants, aux proches, etc.) et ce d'autant plus que le patient est vulnérable.

Comme le dit D. Cupa « le patient vie l'annonce de la mise en dialyse et son entrée en dialyse comme un choc. C'est un passage dans une autre vie, celle de la survie, car, dès lors, sans la dialyse il ne peut vivre, c'est la dialyse ou la mort ». (Cupa, 2002, p. 88).

Une caractéristique importante de l'hémodialyse est son aspect répétitif et durable. Supporter une souffrance physique, une épreuve morale, une séparation momentanée, ne pose pas de problème insurmontable à la majeure partie des individus. Ici, la répétition et la durée ont une dimension inhabituelle, l'hémodialyse n'ayant que deux limites : la greffe et la mort. (A. Haynal, 1997, p. 121).

1. Les signes cliniques de la dépression

Ce sont notamment la fatigue, le peu d'investissement de la vie sociale, la difficulté à investir autre chose que ce qui concerne la dialyse. Le problème est que cet état dépressif est un facteur qui contribue à la mauvaise observance du traitement médicamenteux, du régime et des soins (Lefebvre, 2005, p. 01).

En hémodialyse, les patients sont totalement dépendants de la machine et des soignants. Non seulement ils manquent souvent de confiance en eux-mêmes pour monter seuls leur machine, (d'où les difficultés à mettre en place des véritables antennes d'auto dialyse, mais également la maladie diminue les capacités cognitives. De plus la vision du sang dans la tubulure est parfois insupportable. L'hémodialyse entraîne une souffrance psychique itérative puisque le sujet doit s'y rendre trois fois par semaine ou plus (G. Lefebvre, 2005, p. 03).

2. Le dysfonctionnement sexuel

La sexualité des dialysés est très souvent atteinte, avec une baisse plus ou moins prononcée de la libido, une impuissance plus ou moins complète pour les hommes, une frigidité et une stérilité pour les femmes.

L'impuissance liée à la maladie se répercute psychiquement sous forme d'angoisse de castration chez l'homme que chez la femme. La culpabilité à l'égard de celui qui est malade peut confirmer le couple dans un véritable enfer, constituant une emprise supplémentaire. (D. Cupa, 1997, p. 03).

4. Les mécanismes de défenses

1. Le deuil

La réaction de deuil constitue un état dépressif d'intensité et de durée variable, que l'on observe parfois après les premières séances de rein artificiel, au cours du « retour chez les vivants » ; il correspond à une prise de conscience plus élaborée de la réalité, les malades faisant le deuil de la santé et de l'indépendance qu'ils n'ont plus, réalisant mieux la précarité de leur état et de leur avenir (A. Haynal, 1997, p. 122).

Ainsi, « comment oublier, c'est-à-dire faire un travail de deuil quand, régulièrement, la perte est redite, réactive par la dialyse ou réactivée, d'une certaine façon, par la greffe quand le patient craint que ses résultats, par exemple, soient mauvais »(Cupa).

2. Le déni

Le déni se met en place face à une angoisse massive que le patient est incapable de traiter et il est généralement partiel et transitoire (haute autorité de la santé, 2008). C'est un mécanisme très archaïque et souvent rencontré chez les fonctionnements limites, pervers et parfois psychotique. L'origine de ce mécanisme est tout à fait au début du processus primaire. Si la personne refuse d'admettre une certaine réalité. Cela veut dire qu'elle n'a pas de moyens psychiques qui lui permettent d'admettre.

Le déni est un mécanisme de défense qui met à distance l'angoisse en évacuant la réalité du diagnostic. C'est en quittant ce court stade de deuil que l'individu prend conscience de la réalité du diagnostic.

3. La dépression

La dépression est définie par des sentiments d'impuissance, de désespoir, d'inadaptation et de tristesse.

Elle est composée par des symptômes émotionnels (tristesse, perte d'intérêt, perte du plaisir sexuel, etc.), par des symptômes somatiques (asthénie, hyperphagie, etc.) et cognitifs (trouble de la concentration, de la mémoire, etc.). (Hazan, Oudry Consol ,2008).

La dépression est identifiée comme le trouble psychiatrique le plus fréquent chez les patients en dialyse. (Cukor, Coplan et al, 2007).

4. L'acceptation

Donner une réalité à la maladie et envisager sans dramatiser l'évolution de la maladie et ses conséquences.

La dernière étape de deuil ou le patient se sent mieux. Il a aussi réorganisé sa vie en fonction de la perte. La maladie devient une source de réorganisation de vie, de restructuration de la personne qui va pouvoir refaire des projets. (Barthélemy, 2008, p.15).

5. La régression

Dans le cas du dialysé, la régression est d'autant plus franche que le malade doit assumer sa maladie, et la thérapeutique particulière qu'est l'hémodialyse, qui, comme J. P. Sichel et E. Roueff ont schématisée, le situe dans une répétition de la dépendance infantile. (J. P. Sichel et E. Roueff, 1975, p. 390).

II. L'aspect psychologique chez les hémodialysés en période de la greffe rénale

1. L'attente de la greffe rénale

✓ La greffe : un espoir mais aussi une incertitude

Une fois qu'un rythme de croisière est pris en dialyse, c'est l'attente qui commence, impossible à évaluer par quiconque, indéfinie, celle « d'être appelé pour une greffe ». Seul le don du vivant permet de contrôler la situation dans le temps, en offrant la possibilité d'une transplantation sans l'aléa de l'appel de greffe. Entre l'appel de greffe classique et le don du vivant les aspects psychologiques diffèrent ; de manière globale, mais aussi d'une personne à l'autre. Dans tous les cas la complexité psychologique est retrouvée.

Ainsi, dans une existence où l'imaginaire se retrouve barré par l'impossible arrêt du soin, la seule projection dans le temps, le seul projet d'avenir (c'est en les déliant que ces mots déploient tout leur sens) sont conçus dans l'espoir d'être un jour greffé. C'est une dynamique qui maintient ou rend à l'existence la souplesse qui lui est indispensable. (L'infirmier en néphrologie).

La greffe, alors qu'elle est le traitement de choix de l'insuffisance rénale terminale, est peu évoquée par les personnes du premier groupe qui sont beaucoup plus focalisées sur la dialyse. Pour les patients déjà dialysés, elle est synonyme d'espoir (« on n'attend que ça ») mais aussi d'incertitude quant au temps d'attente, quant à sa réussite ou non « on sait jamais combien du temps ça va durer ».

Comme nous l'avons vu, la greffe est la seule issue possible pour échapper à la dialyse, et la seule promesse d'une vie meilleure. Aussi, l'espoir de subir un jour une transplantation représente-t-il un soutien moral incomparable pour les patients retenus par les néphrologues dans cette perspective. (A, Haynal, 1997, p. 123).

L'atteinte du rein et son dysfonctionnement conduit à une désorganisation générale de l'état des patients qui vont se retrouver dans une situation très délicate où leur vie dépendra perpétuellement de l'appareil générateur de dialyse, par contre ceux qui trouvent un donneur (vivant ou cadavérique) vont subir une transplantation rénale qui va leur redonner à nouveau l'espoir de reprendre presque une vie normale.

En premier lieu, à l'annonce de la greffe, le malade est confronté à un double message paradoxal, de mort d'une part (menace du pronostic vital à plus ou moins court terme et attente du décès d'un potentiel donneur) et de vie d'autre part (espoir « fou » de retrouver une « nouvelle vie » au travers d'« un nouvel organe »).

Le moment de proposition de la transplantation rénale est toujours vécu comme un choc par le patient, on peut parfois observer des réactions de stupeur, de colère, de déni et même parfois de refus lié à un manque de temps pour réaliser une certaine adaptation émotionnelle. C'est dans ces moments-là qu'on constate à quel point est indispensable l'intervention précoce des psychologues. (Cupa, 2002, p. 31).

Vient ensuite une période d'attente pré-greffe qui est parfois vécu comme une torture psychique par les malades. Cette situation génère un sentiment d'impuissance et de

dépendance, pouvant engendrer des fantasmes morbides plus ou moins conscients à l'égard d'un potentiel donneur (en souhaitant sa mort par exemple). Le malade est alors confronté à un triple deuil : celui de ses reins déficients et par extension celui qu'il a été (deuil de soi) et enfin celui du donneur (qu'il soit vivant ou mort).

D'après Cupa (2002), il est classique de dire que ses comportements s'amendent lorsqu'on permet au patient d'exprimer ses sentiments contradictoires. Là encore, apparaît l'importance d'un espace de parole qui va permettre au patient d'élaborer aussi complètement que possible l'accomplissement des perspectives que représente pour lui la transplantation.

Ce que l'on observe souvent, à cette phase, c'est une amplification de l'irritabilité, de la dégressivité, des symptômes dysphoriques, voire l'apparition d'une forte agressivité. Il est aussi fréquent de constater des interruptions de la pensée, sorte de pensée opératoire qui se met à fonctionner chez ces patients avec un scotome de l'angoisse et des mécanismes de déni importants. (Cupa, 2002, p. 31).

Le receveur aboutit à la greffe, au terme d'une période de dialyse plus ou moins longue et éprouvante et avec des sentiments partagés : espoir d'une renaissance, d'une complétude, mais angoisse devant une opération majeure, devant l'incertitude de son succès. Son état d'esprit ne manque pas d'ailleurs d'être influencé par l'évolution des greffés précédents. (A. Haynal, 1997, p. 123).

Les malades atteints d'insuffisance rénale chronique terminale sont confrontés à un problème beaucoup plus sérieux : celui de l'incorporation du greffon. Cette dernière débute bien avant l'action chirurgicale à partir de l'annonce de la greffe. Cependant la période de la proposition d'une greffe rénale entraîne des troubles, à savoir l'hésitation, l'angoisse...

Les futurs greffés traversent des périodes d'angoisse intense qu'ils vivent seuls ou en compagnie de leurs proches, aux moments d'affolement succèdent les moments d'action.

2. Le vécu psychique en période post-greffe rénale

Une fois la transplantation effectuée, divers problèmes psychologiques peuvent être observés chez les receveurs, comme dans la plus part des situations liées à la transplantation d'organes. (A. Haynal, 1997, p. 123).

Malgré une certaine banalisation d'un point de vue technique, la transplantation d'organe, de rein en l'occurrence, reste encore l'objet de nombreux fantasmes et s'accompagne souvent chez le greffé d'un vécu psychique particulier : quelle place l'organe greffé vient prendre dans l'esprit du patient ? Et comment vivre avec l'organe d'un autre ?

D'après Cupa, (2002), il s'agit d'un travail de mentalisation qui est très important dans le sens où le patient doit pouvoir, se représenter, se figurer effectivement l'intégration de cet organe dans son corps reconstitué avec tout ce que cela représente de mécanismes d'incorporation dans un premier temps, puis de mécanismes d'introjection où le moi du sujet fait sien l'objet et l'admet en soi.

D'après Burner (1994), c'est la restructuration d'une image du corps positive pour un « corps investi » et recompose ainsi une homéostasie corporelle stable, évitant peut être, du moins c'est notre hypothèse, un mécanisme de rejet immunologique qui détruira bien sur le greffon. Cependant, si la greffe anatomique nécessite que quelques heures, « la greffe psychique » est longue et lente, entachée de fantasmes divers vis-à-vis du corps-cœur étranger et de son appropriation. Il s'agit là de la capacité personnelle du sujet d'appropriation du greffon qui est à la fois fantasmatique et réelle. (Burner, 1994, p. 121).

Entre receveurs et donneurs, la vie et la mort se partagent, la vie se connecte à la mort et l'incommunicable communique. La greffe est fantasmée comme « ce qui remet à neuf », comme « une renaissance », ce qui, enfin, guérit le corps, dés-endeuille la psyché et défait de l'emprise de la dépendance des soins. (Cupa, 2008).

En période postopératoire, le problème est plus perplexe : d'un côté, la joie de la réussite, le sentiment de la libération et surtout le sentiment de la renaissance ; de l'autre, la crainte de possibles complications et la hantise du rejet, l'idée de vivre grâce à l'organe d'un autre, de devoir prendre, à vie, des médicaments aux effets secondaires importants et de ressentir les premières modifications après la transplantation.

1. Angoisse de mort

La greffe d'organe réveille dans un premier temps l'angoisse de mort, puis dans un deuxième temps, la greffe permet d'espérer en la survie en une meilleure qualité de vie. Dénier et clivage sont au premier plan : les deux représentations susceptibles de réactiver l'angoisse de mort et la culpabilité, à savoir la représentation de sa propre mort, et l'idée impensable

d'attendre la mort de quelqu'un d'autre pour survivre soi-même, semblent évacuées. Ces représentations paraissent entrer difficilement dans le champ de l'élaboration. (Cupa, 2002, p. 59).

2. Le processus de deuil

La transplantation expose aussi à la mort du donneur : quelqu'un est mort pour que l'on puisse prélever son rein. Ou du moins s'est sacrifié s'il s'agit d'un donneur vivant. De plus, il s'agit d'une mort attendu et souhaitée. la liste d'attente est une liste où l'on attend la mort d'un autre pour vivre. La culpabilité vient complexifier un processus de deuil souvent mal élaboré.

Pour que le malade accepte les contraintes et les risques de la transplantation, S.Pucheu, en (2003), considère que le receveur devait avoir fait le deuil de sa fonction rénale, c'est-à-dire d'une partie de lui-même définitivement perdue, par le vécu de la dialyse, au moins un temps court. Il semble qu'une greffe sans passer par la dialyse peut court-circuiter ce processus important de deuil quand il s'agit ensuite de se sentir concerné lors d'une greffe par contraintes de soins que suppose un traitement anti-rejet. (Pucheu, 2003, p. 20).

Le processus de deuil est important pour l'aménagement d'un espace psychique pour le futur greffon ; bien qu'empêché par la dénégation de la gravité de la maladie, il débute avant la greffe et se poursuit longtemps après l'acte chirurgical.

3. La dette

Le patient greffé se sentant dépositaire de l'organe du donneur qui lui permet la vie, mais aussi de la culpabilité (lié à l'aspect non remboursable du don, ou aux souhaits de mort que le patient a pu émettre à son encontre avant l'intervention) et parfois du déni. Cette dette pourra se déplacer sur l'équipe soignante ou les chirurgiens.

Les problèmes relationnels entre l'équipe soignante, le malade et son entourage, les conséquences sociales et matérielles liées aux conditions de prise en charge du traitement et les aléas d'une adaptation professionnelles, à côté de tout ça le greffé confronte les difficultés psychologique notamment, celle de la dette en vers le donneur qui peut influencer même le processus d'accorporation(l'accorporation de l'organe greffé généralement à un certain temps considéré initialement comme un corps étranger, termine par être assimilé, approprié-accorporé). (Cupa,2002, p. 59).

III. Le vécu psychologique chez les hémodialysés après avoir le rejet de la greffe rénale

La greffe permet de retrouver sa liberté quant à la dialyse mais la personne peut alors avoir le sentiment d'être " lâchée dans le désert " ce qui peut être douloureux au point que le patient, faisant preuve d'une certaine ambivalence vis-à-vis du greffon, finit par le rejeter. (Lefebvre, 2005, p. 6).

La transplantation est un traumatisme qui peut parfois altérer l'image corporelle du patient. Le greffé pourra plus ou moins rapidement accepter cet organe. Certains irons même jusqu'à lui parler pour mieux se l'approprier. Il y a également l'angoisse du rejet qui peut être une angoisse de mort en fonction de l'organe greffé.

Le problème principal auquel sont confrontés les médecins transplantateurs est celui du rejet de la greffe. L'organe greffé n'est pas un objet inerte psychologiquement parlant, et par conséquent des facteurs psychologiques peuvent avoir des conséquences sur les résultats de l'opération de greffe. (J. Benjamin, 2005, p. 142).

La transplantation rénale va venir combler un manque bien avant de combler le vide corporel. De ce point de vue, « un rein de cadavre, ce n'est pas la même chose, c'est un rein mort, qui ne tiendra pas ». D'après Becker, les rejets viennent de là, de ce que c'est un corps étranger qu'on a dans son propre corps, tandis que un rein de la famille ce n'est pas pareil » explique un dialysé. (Becker, 1974, p. 550-551).

Pour pouvoir parler de la réussite ou l'échec d'une greffe, on doit au moins attendre une année et plus, car c'est à partir de ce temps qu'on se prononcera et dire si le malade s'adapte à sa nouvelle situation ou non. Cependant durant cette période, on peut assister à des hospitalisations répétées une fois que le patient présente une menace de rejet c'est à dire des difficultés d'incorporation du greffon et l'adaptation à la greffe. (Gueniche, 2000, p. 62).

Dans les premiers jours postopératoires, l'émission d'urine a une signification très particulière : certains malades les attendent, en apprécient l'abondance comme si leur vie en dépendait ; les diurèses suffisantes leur donnent un sentiment de détente, voire d'euphorie, alors que l'absence ou la baisse de la diurèse déclenche de l'anxiété.

L'échec de la greffe et l'ablation du transplant ont plusieurs significations pour le malade :

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

Car, si la transplantation réussie réalise une sorte de résurrection, elle n'éloigne pas immédiatement le sentiment de danger, d'insécurité. Pendant les premiers mois après la greffe, la menace de l'échec pèse plus ou moins lourdement sur le receveur. Il y a là encore une oscillation entre l'espoir et la peur, entre la volonté de survivre et la peur de mourir(A. Haynal, 1997 :124). « De toute façon, je vais mourir ».dit une jeune fille âgée de treize ans et demi ayant un rejet de greffe à une infirmière.

L'intervention chirurgicale, l'acceptation d'un corps étranger peuvent se révéler difficile à assumer. Le rein du donneur familial devient un objet d'ambivalence pour l'autonomie de l'adolescent. En effet, recevoir un rein d'un membre de sa famille peut donner le sentiment à l'adolescent d'avoir contracté une « dette » qui entrave les mouvements de son autonomisation. En cas de rejet, une culpabilité plane potentiellement sur le receveur : quelle est sa « responsabilité » éventuelle dans le rejet ? Comment affronter le regard du donneur ?(l'infirmier en néphrologie).

Une meilleure connaissance des mécanismes de rejet et la découverte de molécules

Immunosuppressives ont permis, le remplacement chez l'homme d'organes vascularisés non fonctionnels par des organes humains prélevés chez d'autres hommes (homogreffe ou allogreffe).l'amélioration des résultats à court, puis à long terme a créé progressivement un élargissement des indications des transplantations d'organes aboutissant à une situation de pénurie. Parallèlement la nécessité de maintenir pendant toute la durée de vie du greffon un traitement immunosuppresseur a induit la survenu de nouveaux problèmes clinique liés en particulier à l'immunodéficit chronique (vivre avec une greffe).

L'une des spécificités de la greffe rénale, c'est qu'elle peut s'effectuer à partir d'un donneur vivant. Mais ce don, qui permet souvent une réduction de la période d'attente, peut tout de même s'avérer problématique et générer de part et d'autre un sentiment de culpabilité : culpabilité du donneur (un parent par rapport à son enfant) qui n'a pas su /pu protéger le receveur et culpabilité du receveur qui « oblige » le donneur à « se sacrifier » et à être « mutilé » chirurgicalement pour lui avec la prise de risque inhérente à toute opération. Cette problématique du don et de la dette pourra prendre une importance considérable en cas, notamment, de complications postopératoires (rejet du greffon par exemple).

Les patients souffrant d'une maladie chronique utilisent le mécanisme de défense du déni pour isoler dans une partie de leur personnalité la maladie qu'ils refusent. Fixés dans une position narcissique mortifère, ils ne créeront pas en eux d'espace d'accueil pour le greffon, ce qui aboutira à terme au rejet chronique du greffon, vécu comme une menace interne. Ces patients chercheront à supprimer la menace intérieure, ignorant qu'il s'agit de l'espace de leur corps réel (vivre avec une greffe).

1. Mécanisme d' « incorporation psychique » du greffon

Le processus d'incorporation psychique se fait de façon progressive et discontinue dans le schéma corporel. Il peut se s'étendre sur de longues durées. Trois phases sont repérables :

- ✓ Une phase initiale : celle du corps étranger. L'organe transplanté est perçu comme rapporté au corps propre. Cela peut entraîner des angoisses persécutives ou une idéalisation du greffon vécu comme un objet précieux et fragile qu'il faut protéger.
- ✓ Une seconde phase : celle de l'incorporation partielle.
- ✓ Une troisième phase : celle de l'incorporation complète, caractérisé par l'acceptation du nouvel organe. Ce travail psychique peut parfois être un échec.

Du côté du jeune, l'angoisse du rejet est toujours là, plus ou moins bien vécue. Si un rejet survient, de quel rejet s'agit-il ? Rejet immunologique ? Rejet psychologique ? S'il ne convient pas de départager ce qu'il en est de l'organique ou du psychologique, le rejet est vécu comme un échec ou le jeune s'y sent toujours pour quelques chose ...

Le processus d'incorporation du greffon, constituant probablement l'un des plus importants défis psychologique de la procédure de greffe.

De son côté J-M. Triffaux (2002), souligne que l'intégration psychique du greffon se fait graduellement : deuil de l'organe défaillant, stade initial : « corps étranger », représentations imaginaires plus au moins spécifiques, incorporation partielle : phase d'intrusions, perlaboration, incorporation complète : acceptation, absence de conscience spontanée du greffon. (Triffaux et coll, 2002, p. 03).

2. Le rejet chronique et le narcissisme de mort

Pour André Green, « il est impossible de s'en tenir aux formulations explicites de Freud en la situant entièrement du côté des pulsions de vie. Au narcissisme positif, il faut accorder son double inversé que je propose, dit-il, d'appeler narcissisme négatif », le narcissisme de mort s'oppose ainsi au travail de maturation des pulsions sexuelles visant à l'unification et à l'intégration du Moi et renforce les pulsions de mort tendant à la disparition des excitations induites par la maladie. Il s'agit d'un retour au narcissisme primaire absolu qui veut le repos de la mort. Le narcissisme négatif est la quête du non-désir de l'autre, de l'inexistence du non-être, autre forme d'accès à l'immortalité. Le moi n'est jamais plus immortel que lorsqu'il soutient n'avoir plus d'organe, plus de corps. (J. Benjamin, 2005, p. 159).

3. La non-observance des traitements

La non-observance des traitements médicamenteux (immunosuppresseurs) et des règles hygiéno-diététique est une des problématiques majeures en post-transplantation. Les origines de cette non-compliance sont multiples : dépression, déni, délire, incompréhension des traitements, effets indésirables, problèmes relationnels avec la famille et/ou l'équipe soignante, ou bien encore liée à l'apparition d'une désillusion proportionnelle à l'idéalisation préopératoire de la transplantation.(M. Bourgeois, 1990).

La greffe rénale n'est pas toujours valable, malgré la présence de donneur qu'il soit vivant ou cadavérique, puisque d'autres dimensions interfèrent dans sa réussite ou son échec, à savoir la qualité d'observance médicamenteuse et l'apport de l'environnement.

Dans l'insuffisance rénale chronique terminale et la greffe rénale comme dans toutes les maladies chroniques et grave, l'inobservance thérapeutique pose un problème crucial et un problème de santé publique. En ce qui concerne les patients ayant reçu une greffe de rein, ces

auteurs ont montré que 18% des sujets n'étaient pas observant à la prise des médicaments ou assidus aux consultations. 91% d'entre eux rejetèrent leur rein ou moururent dans les trois mois qui suivirent la transplantation, contre seulement 18% chez les patients observant. Le Pr Jean Benjamin Stora (2005), souligne que « la vulnérabilité au stress, les difficultés d'adaptation postopératoire, la détresse psychiatrique et la non observance sont les dimensions qui sont à présents retenues pour évaluer les chances de survie postopératoire ». (Stora Benjamin J, 2005, p. 67).

L'auteur précise que « aussi les résultats des études prouvent-ils que la non observance est liée à une histoire individuelle d'abus de drogues, de désordres de la personnalité et de risque psychosociale (difficultés d'adaptation). Le risque psychosocial est associé au nombre d'épisodes de rejet, et les caractéristiques psychosociales décelées avant la greffe sont des prédicateurs significatifs de non observance postopératoires ». (Stora Benjamin J. 2005, p68).

Conclusion

La greffe rénale reste comme toute intervention chirurgicale de l'abdomen et comporte un certain pourcentage de complications et risques y compris vitaux tenant compte des variations individuelles qui ne sont pas toujours imprévisibles, la majeure complication est le rejet.

Malgré une certaine banalisation d'un point de vue technique, la transplantation d'organe, de rein en l'occurrence, reste encore l'objet de nombreux fantasmes et s'accompagne souvent chez le greffé d'un vécu psychique particulier.

Pour conclure, le processus jusqu'à la transplantation demande des changements psychiques intenses chez les patients. De multiples paramètres que l'on peut appréhender dès l'annonce de la maladie peuvent conditionner le vécu face à la transplantation.

Chapitre III : Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

Introduction

La psychosomatique s'est intéressée à l'être humain dans son contexte environnemental selon deux aspects essentiels qui sont le contenu manifeste (le soma) et le contenu latent (psychisme). Autrement dit, la psychosomatique est une discipline qui prend en considération les troubles somatique aggravés par des facteurs psychique. A savoir la qualité de la mentalisation, qui signifie le travail de l'appareil psychique qui diffère d'un individu à un autre, et qui détermine la tenue du corps.

Dans ce chapitre on va présenter les concepts essentiels de la théorie psychosomatique.

I. Historique de la psychosomatique

La psychosomatique est une discipline millénaire qui s'est développée depuis les médecines : chinoise, égyptienne, grecque, juive, arabe, proposant une approche globale permettant de repérer l'unité humaine psychosomatique. Le dualisme psyché-soma qui a dominé dans la culture occidentale a conduit au développement de plus en plus la technique de la médecine coexistant avec des théorisations psychanalytique qui favorisent très largement les processus psychiques dans l'apparition de processus de somatisation.

C'est l'aliéniste et psychiatre J. c. Heinroth qui a formalisé ce terme en 1818 pour décrire certains facteurs « somato-psychique » ou « psychosomatiques ». Il tentait de comprendre dans des cas de cancer, de tuberculose et d'épilepsie quelle est la place des passions et de la sexualité. F. Deutsch, disciple de Freud qui est le premier psychanalyste à envisager un traitement psychanalytique des troubles somatiques. Il introduisit un trait d'union entre psycho et somatique, Freud ne s'est pas véritablement intéressé à une approche psychosomatique de la maladie et on remarque sa prudence et son indécision quant au choix d'un point de vue explicatif. (Cupa, 2008, p. 24).

Groddeck (1866-1934), qui est aujourd'hui considéré comme le père de la psychosomatique, est un précurseur en ce qu'il est le premier à affirmer et démontrer que toute maladie organique indépendamment de tout facteur physique comporte un facteur psychique interne et donc que tout traitement doit prendre en considération ce facteur. Groddeck est aujourd'hui considéré comme le père de la psychosomatique.

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

Les fondements de la psychosomatique comme discipline reposent sur des observations cliniques de psychanalystes, F. Deutsch, G. Groddeck, S. Ferenczi, mais c'est à partir de 1940, aux États-Unis, qu'apparaissent des travaux systématiques en psychosomatique. H.-F. Dunbars tentera de mettre en correspondance des profils de personnalité et des maladies somatiques. Elle conclura qu'il existe un rapport statistiquement significatif entre certaines maladies bien définies et certains profils de personnalité. Notons que cette tentative de dresser des profils est toujours vivace aux États-Unis mais aussi en France. F. Alexander qui dirigera l'institut de psychanalyse de Chicago, influencé par les travaux de Canon sur le système sympathique et parasympathique théoriserà une « névrose d'organe » et « une névrose végétative » qu'il différenciera de la névrose hystérique. (D. Cupa, 2010, p. 121).

II. Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

La psychosomatique est un nouveau regard sur l'homme malade et participe de ce fait à l'histoire de la médecine. Depuis ses origines, la médecine s'est construite selon différents courants conceptuels au sein desquels la vie de l'esprit a pris une place plus ou moins importante.

L'apparition de ce nouveau courant médical que le terme désignait visait à introduire dans le courant organiciste et expérimental de la médecine des facteurs d'ordre psychique pour rendre compte de la causalité et de l'étiopathogénie de certaines maladies.

Les manifestations les plus primitives du psychisme sont inscrites dans la physiologie des fonctions viscérales correspondant aux besoins vitaux. « La dualité disparaît – écrit-il – si nous considérons le phénomène psychique comme un aspect subjectif de certains processus physiologique ». (P. Marty, 1990, p. 89).

1. Le monisme

Le maintien d'une unité « somato-psychique », du corps et de l'âme. Deux attributs d'une même substance : la nature. « L'âme et le corps sont un seul et même individu qui est conçu tantôt sous l'attribut de la pensée, tantôt sous celui de l'Étendu » (Spinoza, Ethique), l'homme forme une unité dont on ne peut dissocier l'un de l'autre.

La question sur le monisme ou le dualisme de Freud et la pensée psychanalytique, en général, demeure toujours actuelle.

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

On attribue une pensée « moniste » à Pierre Marty. Oui, si on prend à la lettre de ce terme. Car tout psychosomaticien doit être « moniste » du fait qu'il cherche à étudier l'unité fondamentale de l'être humain. Nous avons vu que la définition de la psychosomatique ou bien la signification de ce terme, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, était et demeure l'étude des maladies physiques liées à des causes psychiques. Le dualisme, notion philosophique et religieuse, est une pensée ou un concept qui admet deux principes, comme la matière et l'esprit, le corps et l'âme, le bien et le mal, opposés dès l'origine. (N. Nicolaïdis, 1994, p.95).

2. L'évolutionnisme

C'est en s'appuyant sur les données fournies par la théorie psychanalytique, qui demeure sa référence essentielle et constante, que P. Marty, fidèle à ce qu'il appelle « le principe évolutionniste, insiste sur l'organisation et la hiérarchisation progressive des fonctions qui se mettent en place au cours du développement de l'individu humain. Les mouvements progrédients, aisément repérables dans l'enfance, vont intégrer toutes les phases de l'évolution libidinale telle qu'elle est décrite dans la métapsychologie freudienne, renforçant la chaîne évolutive centrale dont l'axe à proprement parler « mental » s'avérera alors bien développé. (R. Debray, 2009, p. 14).

C'est le principe évolutionniste qui constitue un guide permanent de l'organisation du monde vivant et de sa hiérarchie fonctionnelle. Selon ce principe, la complication secondaire des situations que nous vivants résulte des combinaisons des éléments premiers ou dynamismes élémentaires. La trace de dynamisme élémentaire doit ainsi se retrouver à tous les moments et à tous les niveaux des combinaisons secondaires, d'une multiplicité infinie, que l'on peut rencontrer. (R. Debray, 1998).

L'évolutionnisme de Pierre Marty est fondé sur le déterminisme génétique des systèmes de fixations et leur hiérarchisation jusqu'à l'organisation mentale qui couronne l'ensemble psychosomatique. En définitive, la forme de l'organisation mentale et son niveau évolutif renseignent le psychosomaticien sur l'état de l'économie psychosomatique du fait que le fonctionnement psychique en procède, non seulement évolutivement mais aussi fonctionnellement. De là, l'intérêt prioritaire de Pierre Marty pour l'évaluation psychique de chaque patient ou sa mentalisation. (Claude Smadja, 1995, p. 23).

3. Les chaînes évolutives

La conception d'ensemble de l'organisation et du fonctionnement de l'individu humain est loin de pouvoir se résumer à une vision linéaire : les mouvements d'organisations et de désorganisations ne s'effectuent jamais sur un axe unique mais au travers des chaînes évolutives multiples.

Marty, propose ainsi un schéma des lignes de l'évolution individuelle, marquée par les points de fixations et régression.

- **Les chaînes évolutives centrales**

Comportant les fixations-régression libidinales, voire somatiques s'achève dans la chaîne évolutive centrale mentale. Seules les organisations névrotique ou psychotique sont dotées d'une telle lignée évolutive, riche en points de fixations, étagée aux différents stades du développement libidinal.

- **Les chaînes évolutives latérales**

Les chaînes évolutives latérales sont marquées, par divers points de fixation variables selon les individus, de même que souvent des « dynamismes latéraux » constituant des échappées sublimatoires, perverses, voire somatiques, très précieuses pour l'économie psychosomatique générale du sujet. (Debray, 2009, p. 14).

Les chaînes latérales concernent les traits de caractère, les comportements, les perversions, certaines sublimations et certaines somatisations (Claude Smadja, 1995, p. 19).

- **Les dynamismes parallèles**

Des processus somatiques infiniment variés, plus ou moins permanentes, plus ou moins importants, pathologique ou non, peuvent également de façon parallèles, occuper un champ considérable de l'économie individuelle

Les perversions, les sublimations, les traits névrotiques ou psychotiques, constituent l'essentiel des dynamismes parallèles qui se traduisent par des caractères et des comportements. De multiples processus somatiques, des plus classiques en apparence, représentent des dynamismes parallèles. (P. Marty, Payot, 1979, p. 164).

4. Instinct de vie et de mort

L'instinct de vie et l'instinct de mort jouent un rôle considérable dans l'évolution du sujet, l'instinct de vie permet la continuité ; la conservation, et l'instinct de mort est destructif, mais ne peut être isolé de l'instinct de vie provoque une désorganisation notamment lors des phases traumatique ou à des âges avancés de la vie. (P. Marty, 1976, p. 125).

Il existe pour Pierre Marty deux variétés d'instincts fondamentaux, les instincts de vie et les instincts de mort, mais, fait capital, seuls les instincts de vie ont une existence autonome, les instincts de mort n'opérant qu'en raison de l'échec des instincts de vie et leur étant ainsi indissolublement liés. Le terme d'instinct vise à attribuer à la force énergétique un champ d'application en deçà du psychique. Pour Pierre Marty, l'instinct devient pulsion quand il se lie à des représentations psychiques.

Dans sa conception, « le moi est mis en marche et développé par l'instinct de vie. La voie par laquelle ceci est accompli passe par ses relations d'objet les plus précoces. Le sein sur lequel les instincts de vie et de mort sont projetés est le premier objet qui, par introjection, est intériorisé. De cette manière, les deux instincts rencontrent un objet auquel ils s'attachent et de cette façon par projection et introjection, le moi s'enrichit en même temps qu'il se renforce ». (Klein M, 1946-1963, p. 63).

Autrement dit, dès la naissance, le psychisme humain aux prises avec la relation d'objet se défend contre l'angoisse de mort et d'anéantissement de la vie qui résulte de l'activité de la pulsion de mort qui, au tout début, n'est pas encore liée par la libido. «Le danger d'être détruit par l'instinct de mort suscite l'angoisse primordiale dans le moi.» (Ibid. p. 53).

5. Fixations/Régressions

La notion de fixation somatique occupe une place singulière et complexe dans l'édifice théorique construit par Pierre Marty.

Elle est indissolublement liée à celle de régression qui est première, s'installant à la suite de périodes limitées de désorganisation au cours du développement psychosomatique de l'être humain. Autour de ce noyau, s'établit une fixation, l'ensemble ainsi formé constituant un système de fixation-régression. « Nous comprenons ainsi le phénomène de fixation dans sa liaison avec une régression qui en constitue le cœur » (P. Marty, 1976, p. 121).

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

Ces systèmes s'établissent tout au long du développement psychosomatique de l'être humain. Les systèmes de fixation-régression constituent les bases d'un narcissisme conçu comme étant psychosomatique dans son essence. Ils en assurent la solidité, qui permettra au sujet d'éviter les désorganisations.

Fixation et régression sont, pour Pierre Marty, dans une relation équivalente à celle d'un couple vulnérabilité-défense (Marty, 1976, p. 134-135), les fixations reflétant plus l'élément traumatique, les régressions l'aspect défensif.

- **Fixation**

Les fixations sont elles-mêmes la conséquence d'arrêts dans le mouvement contre-évolutif, constitué par la régression. Ces mouvements d'arrêt peuvent être liés à des inadéquations, inadaptations, celles par exemple de la relation mère-enfant, inadaptations qui fonctionnent comme autant de micro-traumatismes, mais qui, ici, peuvent être reprises par les capacités évolutives de l'enfant. (R. Asséo, 2005, p. 63-64).

Pour Pierre Marty, la théorie des fixations en représente la colonne vertébrale. Le concept même de fixation est issu de la clinique psychanalytique. Freud considérait les fixations comme des replis de la libido sur des positions anciennes. De ce fait, elles avaient acquis une fonction attractive vis-à-vis de processus seconds de régression.

Pour Pierre Marty, le phénomène de fixation procède de celui de régression et non l'inverse. En somme, l'ensemble des marquages fonctionnels que représentent les fixations sur toute l'étendue psychosomatique pourrait s'apparenter à des inscriptions génétiques avec leurs contraintes déterministes mais aussi avec leurs potentialités adaptatives.

- **Régression**

La notion de régression, dans la finalisation de son procès, est intimement liée à la notion de fixation, mais dans le champ psychosomatique elle est une dynamique régrédiente, qui, seule, pourrait s'opposer à la désorganisation par sa relance réorganisatrice après arrêt dans les paliers de fixation. (A. Fine, 1994, p. 48).

Les régressions représentent le moyen idéal d'étude analytique et de classification des fonctions et des relations inter-fonctionnelles psychosomatiques.

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

Parce qu'on peut décrire autant de variétés de régression, qu'on peut découvrir de perspectives sur un même phénomène, et grâce au sens évolutif du concept, les régressions représentent le moyen idéal d'étude analytique et de classification des fonctions et des relations inter fonctionnelles psychosomatiques (P. Marty, 1980, p. 12).

6. Le fonctionnement mental

La notion de fonctionnement mental est le contre point fonctionnel de la notion d'appareil psychique dans ses rapports avec les pulsions. Ce sont les psychanalystes de l'École psychosomatique de Paris qui ont conféré à cette notion le statut de référentiel majeur de la psychanalyse.

Le fonctionnement mental selon Marty est un système susceptible de remaniements économiques permanents désorganisant et réorganisant, « des mouvements individuels de vie et de mort » selon les capacités d'investissement des régressions-fixations. L'autodestruction lors d'une somatisation grave procède d'un défaut de palier de fixation, de heurtoir qui accroche la libido et la force de représentations, ce qui laisse libre cours à une régression désorganisant, évoquant la description freudienne de la dégradation énergétique vers l'état inorganique antérieur.(Marty. P, 1952, p. 162).

7. La mentalisation

Il s'agit d'une notion utilisée classiquement par les psychanalystes psychosomaticiens et qui recouvre tout le champ de l'élaboration psychique. La mentalisation concerne donc principalement l'activité représentative et fantasmatique de l'individu. Dans la mesure où le travail de liaison des représentations s'opère dans le système préconscient, l'évaluation de la qualité de la mentalisation et celle de la qualité du préconscient sont quasi équivalentes.

Sous le terme de mentalisation couramment utilisé, les psychosomaticiens désignent les mécanismes par lesquels le psychisme assure l'émergence et opère la régulation des énergies inconscientes, instinctuelles et pulsionnelles, libidinales et agressives.

Parmi ces mécanismes, domine en importance la fonction représentative grâce à laquelle les émergences pulsionnelles sont transfigurées en représentants symbolisés. Il en résulte que l'évaluation de la mentalisation repose en grande partie sur l'appréciation des capacités représentatives. (Léon Kreisler, 1991, p. 171-172).

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

La mentalisation est la capacité d'élaboration psychique d'un individu. Elle est fortement liée à la première topique de Freud qui distingue le conscient, le préconscient et l'inconscient. L'évaluation de la qualité de la mentalisation est équivalente à celle du préconscient. C'est dans le préconscient que se fait le travail de liaison des représentations car il est le réservoir des représentations de différentes époques, plus ou moins liées entre elles et plus ou moins prêtes à affleurer le Conscient. Un mauvais fonctionnement du préconscient est ainsi une prélude à l'apparition de désordre psychosomatique.

1. Les trois types de mentalisations

Pierre Marty a distingué trois types de mentalisations bonne mentalisation, mauvaise mentalisation et la mentalisation incertaine. À côté de ces trois formes de mentalisations on trouve un autre type du fonctionnement appelé névrose de comportement, qui investit le recours au comportement.

- **Bonne mentalisation**

La bonne mentalisation est caractérisée par une richesse aussi bien de la quantité que de la qualité des représentations.

La bonne mentalisation renvoie ainsi à la disponibilité et à la puissance des mécanismes psychiques (mécanisme de défense), qui permettent de contenir, de gérer et d'élaborer des excitations qui se manifeste sur plusieurs formes : fantasme, rêves, symptôme. (R. Debray, 1996, p. 35).

Une personne qui mentalise bien porte un intérêt sincère aux autres, à leur manière de réfléchir et accède à l'intimité. Prévisible, la profondeur de ses relations est stable. Elle reste empathique en situation de stress. Elle possède un large éventail d'émotions flexible et les exprime de manière fluide.

- **Mauvaise mentalisation**

Elle est caractérisée par une réduction aussi bien de la quantité que de la qualité des représentations.

Pour Marty la mauvaise mentalisation est caractérisée aussi par une pauvreté de qualité de représentation autrement dit, les liaisons entre les représentations dispensables sont mal

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

assurées, elles ne se prêtent pas aux associations d'idées et ne s'enrichissent pas de valeurs affectives et symboliques à travers le temps. (P. Marty, 1990, p. 29).

Caractérisée par des individus ayant des capacités de représentations limités et superficielles dépourvues de valences symboliques et affectives. (P. Marty, 1991, p. 41-45).

- **Mentalisation incertaine**

La mentalisation incertaine figure une troisième catégorie de névroses, où les sujets ont des capacités de représentation instables variant considérablement dans le temps en fonction des événements vécus. (P. Marty, 1991, p. 41-45).

Dont on souligne des variations de la quantité et de la qualité des représentations qui sont parfois patentes et parfois carencées, donc le fonctionnement est tantôt bien mentalisé et tantôt mal mentalisé.

Les variations du fonctionnement préconscient de ces sujets nous ont conduits à qualifier leur ensemble de « névrose à mentalisation incertaine », l'incertitude provenant aussi bien de la variabilité de leur statut psychique que du sentiment indécis de l'observateur. (P. Marty, 1990, p. 43).

2. Les Représentations

Le caractère représentationnel des états mentaux implique que la représentation renvoie ou est à propos de quelque chose, c'est-à-dire que l'on peut avoir en tête l'idée de quelque chose qui n'est pas concrètement présent (Allen, et al, 2008). La capacité représentationnelle permet donc de libérer la pensée de la réalité concrète et d'aller au-delà des représentations perceptuelles, c'est-à-dire des représentations basées exclusivement sur les aspects concrets des perceptions. (Perner, 1991 ; Allen, et al, 2008).

Le concept de mentalisation se rapporte à l'étude de la vie des représentations dans leurs deux dimensions, qualitative et quantitative, et au système fonctionnel dans lequel elles se développent le préconscient.

Pierre Marty a donné de la mentalisation une définition à laquelle il s'est toujours tenu et qui est centrée sur la question des représentations : « La mentalisation s'intéresse à des

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

dimensions de l'appareil mental... [Qui] concernent la quantité et la qualité des représentations des individus ». (Marty, 1991).

Tout en constituant le phénomène clé qui sert de critère au psychosomaticien dans son évaluation des capacités de mentalisation mobilisables sur-le-champ chez un patient donné, la représentation nous conduit vers certaines difficultés conceptuelles.

La notion de « mentalisation » prétend recouvrir un champ psychique plus large tout en englobant l'étude des mécanismes de défense du moi. Mais, comme le rappelle A. Green, selon la dernière définition de P. Marty, apprécier la mentalisation d'un individu, c'est « apprécier la quantité et la qualité des représentations psychiques ». P. Marty nous explique aussi qu'il s'agit de mesurer ainsi le travail de transformation des excitations internes et externes dont sont capables d'une part la fonction mentale, d'autre part la fonction sensori-motrice. C'est donc qu'il s'agit d'estimer la qualité du fonctionnement du préconscient du consultant, le préconscient ayant parmi ses fonctions vigiles la commande de l'accès des représentations à la conscience et à l'action ; ainsi que, la nuit, la fonction de censure du rêve. (D. Braunschweig, 1995, p. 52).

Marty parle du Préconscient comme « de la plaque tournante de l'économie psychosomatique ». Il va d'ailleurs s'intéresser à la qualité du préconscient de ses patients.

Pour Marty, les patients psychosomatiques ont un « aplatissement » du Préconscient, ce qui signifie qu'ils présentent une carence de préconscient, de représentations mentales. De par cette insuffisance de mentalisation et cette carence de représentation mentale, les patients psychosomatiques ont un fonctionnement psychique commun.

Marty (1990) a fait du préconscient la plaque tournante de l'économie psychosomatique. Un bon fonctionnement préconscient serait nécessaire au fonctionnement de la deuxième topique. On peut parler d'une fonction psychique intermédiaire et transitionnelle du préconscient entre la première et la seconde topique. L'« épaisseur » des formations représentatives du préconscient, ainsi que leur « fluidité » et leur « permanence » n'est pas sans évoquer les processus tertiaires décrits par André Green, ces « agents de liaisons » et de médiation entre les processus primaires et les processus secondaires, qui, dans la pensée opératoire sont effacés ou détruits.

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

Marty souligne que la qualité de la mentalisation dépend de la richesse du préconscient qui est variable selon les individus du fait à la fois de facteurs congénitaux et d'avatars du maternage. Pour Marty, c'est d'ailleurs la qualité de ce fonctionnement qui garantirait l'intégrité du fonctionnement somatique. (P. Marty, 1991, p. 15). Rappelons que ce préconscient est défini selon Marty par trois qualités : l'épaisseur, la fluidité et la permanence.

- ✓ **L'épaisseur** : concerne le nombre de couches de représentations accumulées et stratifiées au cours de l'histoire individuelle.
- ✓ **La fluidité** : concerne la qualité des représentations et leur circulation à travers les différentes époques historiques.

Facteur dynamique à l'intérieur du préconscient, la fluidité reflète la circulation entre les différentes couches de représentations, le passage de l'une à l'autre.

- ✓ **La permanence** : concerne la disponibilité à tout moment de l'ensemble des représentations aussi bien sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. Disponibilité à tout moment de l'ensemble des représentations sur le plan qualitatif et quantitatif.

Introduisant la notion de temporalité, la permanence reflète la tenue ou l'irrégularité de la qualité fonctionnelle du préconscient. Cette troisième caractéristique du préconscient peut s'apprécier par l'attention portée à l'évolution de la qualité du travail mental tout au long des protocoles. (M. Christine, 2014, p. 177).

A ces trois critères, il faut en ajouter un quatrième, celui de la domination de l'activité de représentation par le principe de plaisir-déplaisir ou par l'automatisme de répétition. Ainsi faut-il distinguer une activité de représentation libre, d'une suractivité de représentation liée à une contrainte impérieuse de répétition.

Le niveau de mentalisation est de plus en plus défaillant et de démentalisation.

On parle de démentalisation, car toute formation psychique est capable de se construire ou de se déconstruire, de s'organiser ou de se désorganiser, à travers les événements au fil du temps.

Claude Smadja souligne que le mot « démentalisation » n'est pas utilisé par P. Marty. C'est M. Fain qui a mis en usage ce terme néologique pour désigner l'idée, sensiblement différente de celle de désorganisation contre-évolutive et d'avantage liée à la notion

d'inachèvement pulsionnel, d'une interruption de la trajectoire pulsionnelle vers son accomplissement œdipien, aboutissant à des modalités psychiques situées au-delà du principe de plaisir.

3. Les deux processus de somatisation

Un processus de somatisation est une chaîne d'évènements psychiques qui favorisent le développement d'une affection somatique. On distingue habituellement deux modalités de processus de somatisation : le processus de somatisation par régression et le processus de somatisation par déliaison pulsionnelle. Ces deux mouvements psychiques s'opposent par la qualité de la mentalisation sur laquelle ils se développent.

- **Le processus de somatisation par régression**

Il s'agit d'un processus qui conduit habituellement à des crises somatiques bénignes et réversibles. Ainsi en est-il, par exemple, des crises d'asthme, des crises céphalalgiques ou rachi-algiques, des crises ulcéreuses, colitiques ou des crises hypertensives. Il s'agit de somatisations qui reviennent souvent sous la même forme chez un même individu.

Ces somatisations surviennent en général chez des sujets dont le fonctionnement psychique est organisé sur un mode névrotico-normal. Leur mentalisation est habituellement satisfaisante ou peu altérée. Ici, les somatisations surviennent au décours de variations du fonctionnement psychique que P. Marty qualifiait d' « irrégularité du fonctionnement mental ».

En raison d'une surcharge du travail de liaison du Moi au sein du préconscient, la libido est conduite à régresser vers ses sources somatiques. L'hyper-érogénéisation de la fonction organique qui en résulte génère un trouble somatique dans le sens d'un hyper-fonctionnement ou d'un hypo-fonctionnement. Ce processus de régression soulage momentanément le travail psychique qui peut, après un certain délai de temps, retrouver son efficacité habituelle.

- **Le processus de somatisation par déliaison pulsionnelle**

Il s'agit d'un processus psychique qui aboutit habituellement à des maladies évolutives et graves pouvant conduire à la mort. Ainsi en est-il en particulier des maladies auto-immunes et des maladies cancéreuses. Ce processus se développe en général soit chez des sujets présentant une organisation non névrotique du Moi, soit chez des sujets ayant subi des

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

traumatismes psychiques qui ont réactivé des blessures narcissiques profondes et précoces. Dans tous les cas, la dimension de perte narcissique est présente et fait le lit d'un trouble de la mentalisation momentanée ou durable. Cette dimension de perte narcissique génère un état de déliaison pulsionnelle qui modifie l'ensemble de l'équilibre psychosomatique du sujet. Au cours de l'évolution, on voit se développer dans un premier temps des modifications psychopathologiques puis dans un second temps les modifications physiopathologiques énoncées plus haut. Sur le plan psychique, on observe un certain nombre de symptômes regroupés sous le nom de vie opératoire : une certaine qualité de dépression, la dépression essentielle, et une certaine qualité de pensée, la pensée opératoire. (Claude Smadja, 2010, p.6).

4. Les névroses de comportement

Les névroses de comportement sont cliniquement proches des névroses de caractères, mais recourent de façon privilégiée à l'activité et aux décharge sensori-motrices.

La névrose de comportement est une névrose mal mentalisée. Les patients ont un comportement disparate, instable. L'investissement aux objets est immédiat. Ils n'ont pas de capacités d'élaboration car leur préconscient est « aplati ». Il n'y a pas de conflit intrapsychique, tous les conflits se situent entre eux et l'objet externe. Ils n'ont pas d'angoisse. Le sujet vit dans le factuel, l'actuel et se trouve dans l'impossibilité de se projeter dans l'avenir (Dougall. J, 2003, p. 314).

L'originalité de la description clinique de la névrose de comportement faite par Pierre Marty s'articule étroitement avec les conceptions de l'auteur concernant les modes de fonctionnement mental observables chez les patients présentant des troubles somatiques. Alors que certaines somatisations s'expliquent par une désorganisation d'une structure mentale préexistante à la morbidité, d'autres surviennent après des avatars faisant suite à une inorganisation primitive du psychisme.

C'est également au fonctionnement mental et à sa valeur fonctionnelle que se réfèrent en 1963 les auteurs de L'Investigation psychosomatique. Pour ces auteurs, l'analyse du fonctionnement mental doit être couplée avec la relation d'objet « que nous considérons dans la même perspective que Maurice Bouvet relativement à l'échelle de niveaux génital et pré-génitaux » (Marty, de M'Uzan, David, *ibid.*, 1962 :9), et dont « l'étude clinique représente, pour l'analyse du fonctionnement mental, l'équivalent des dosages et des tests qu'offre la

physiologie pour l'analyse du fonctionnement organique ». (Fain, cité par Smadja, 2008, p. 201- 202).

8. Les rêves

Selon P. Marty (1984), il y a quatre types de rêves qui appartiennent aux malades somatiques. Qui sont marqués par une pauvreté de vie onirique.

- **Absence des rêves**

Cette notion d'absence des rêves correspond théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles créant d'autres voies que celles de la représentation et de l'élaboration oniriques. (P. Marty, 1984, p. 147).

- **Les rêves opératoires**

Dans ce type de rêves, le patient reproduit des actes déjà réalisés dans la journée, ces rêves qui se caractérisent par la dominance de la réalité.

- **Les rêves répétitifs**

Les rêves répétitifs témoignent d'une pensée fixée, dont l'absence de mobilité rejoint celle des inhibitions des représentations. Et surviennent fréquemment après des accidents corporels accompagnés de lésions plus ou moins grave. (P. Marty, 1984, p. 149-150).

- **Les rêves crus**

Marty et ses collaborateurs avaient décrit les rêves crus, traumatiques, où le préconscient vole en éclats, et qui sont proches des rêves de psychotiques. Jacqueline Lubtchansky en référence à la deuxième topique écrivait : « Ces rêves "crus" figurent des scènes qui sont la réalisation directe de désirs pulsionnels, l'inconscient s'y révèle sans conflits internes et sans éléments de compromis. Domination, séduction, dévoration, castration, massacre, inceste donneraient à penser à un ça plutôt qu'à un inconscient ». (Lubtchansky, 1999).

9. Economie psychosomatique

« Les rapports entre les deux instincts fondamentaux, à travers les mécanismes d'organisations, de désorganisations et de réorganisations de l'homme issu de la phylogénèse et de son hérédité propre, constituent la base de notre conception de l'économie psychosomatique ».

Comme l'expression somatique ne peut avoir de sens que rapportée à l'économie psychosomatique du sujet, elle ne peut disparaître avec la levée du refoulement. De même, la valeur du symptôme ne peut être comprise que rapportée aux caractéristiques de l'économie psychosomatique générale du sujet. En effet, l'observation clinique montre systématiquement qu'un même trouble somatique peut avoir une valeur différente selon les individus.

L'économie psychosomatique apparaît comme une plaque tournante centrale où alternent des mouvements évolutifs, avec préséance des instincts de vie et des mouvements contre-évolutifs, avec préséance de la pulsion de mort selon le contexte et le vécu du sujet (Marty, 1963, 1976). Une même affection peut donc, selon le sujet, soit s'inscrire dans un mouvement évolutif positif lorsqu'elle constitue un point de fixation-régression et donc un pallier de réorganisation, soit s'intégrer dans un mouvement de désorganisation progressive.

10. La pensée opératoire et la vie opératoire.

Est un type de pensée propre aux patients psychosomatiques. Elle est un mode de pensée actuel, factuel, sans lien avec une activité fantasmatique ou de symbolisation. Elle est liée à la réalité consciente, à l'action, dans un champ temporel limité. Elle n'utilise aucun des mécanismes mentaux névrotiques ou psychotiques (P. Marty, 2004, p. 117).

La pensée opératoire s'exprime dans un langage pauvre et stéréotypé. Prévalent ici le rationnel, la logique, un certain cartésianisme. Cette pensée est par ailleurs dénuée de toute valeur libidinale, érotique comme agressive. On peut la voir comme une modalité excessive de l'élaboration secondaire qui exclue tout affect. (N. Dumet, 2002, p. 53).

A. Fine résume ainsi les conceptions de P. Marty au sujet de la pensée opératoire : « cette pensée double et illustre l'action, la précède ou la suit dans un champ temporel limité. Elle n'opère pas selon un régime associatif et les éléments passés y sont traités comme des morceaux de présent ; elle serait sans portée symbolique ni valeur sublimatoire trophique, cela

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

en dépit d'une intelligence normale. Elle subit donc la réalité sans la signifier, avec baisse de la valeur libidinale des éléments de cette réalité ». (A. Fine, 2002).

La pensée opératoire résume les défaillances mentales du sujet à intégrer les tensions pulsionnelles par le fantasme et le rêve. La vie psychique du sujet est limitée, du fait d'un surinvestissement du perceptif alors que le discours s'avère factuel, sans élaboration imaginative. Le sujet semble coupé de sa vie intérieure, il semble avoir perdu son accès à l'imaginaire ou à la rêverie. Il rêve peu sinon de faits réels de la vie quotidienne. La pensée opératoire marque la vie opératoire de ces sujets. C'est un aménagement fragile, un état instable qui s'installe au cours d'une désorganisation progressive, lente. Elle réduit l'individu à une certaine uniformité sociale. (P. Marty, 2004, p. 117).

11. La dépression essentielle

La dépression essentielle a été décrite la première fois par Marty en 1966 comme «une dépression sans objet, ni autoaccusation, ni même culpabilité, où le sentiment de dévalorisation personnelle et de blessure narcissique s'oriente électivement vers la sphère somatique ». Cette dépression passe souvent inaperçu. Il n'y a pas de pleurs, ni de tristesse, ni de dévalorisation. Elle se manifeste par une baisse de tonus vital. Elle traduit une diminution du tonus des instincts de vie. Elle évolue vers une désorganisation progressive, une pensée opératoire. Il y a un effacement de la dynamique mentale (c'est-à-dire des condensations, identifications, projections, introjections, vie fantasmatique et onirique). L'instinct de mort est le maître des lieux. Elle est précédée d'angoisses diffuses. Le patient poursuit ses activités quotidiennes mais de manière robotisée. Le sommeil peut être normal, il n'y a pas de trouble de l'appétit. Le narcissisme est quasi inexistant. Ce sont des patients qui survivent, plus qu'ils ne vivent. Ces patients ignorent souvent l'existence de leur dépression qui annonce la mise hors circuit de la vie psychique et la survenue de somatisation sous forme de maladies à crises, réversibles, ou bien de maladies graves avec lésions organiques. (P. Marty, 2004, p. 117).

La notion de « dépression essentielle » émerge après celle de « dépression sans objet ». Cette première dénomination soulignait que le processus dépressif affectait le champ du narcissisme, tandis qu'avec le qualificatif d'essentiel, P. Marty définit la dépression essentielle comme constituant l'essence même de la dépression, à savoir l'abaissement du

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

niveau du tonus libidinal, à la fois objectal et narcissique, sans contrepartie économique. (N. Michaud, 2004, p. 407).

La dépression essentielle, qu'accompagne régulièrement la pensée opératoire, traduit l'abaissement du tonus des instincts de vie au niveau des fonctions mentales. On la qualifie d'essentielle dans la mesure où l'abaissement de ce tonus se retrouve à l'état pur, sans coloration symptomatique, sans contrepartie économique positive (Marty, 1980, p. 59).

12. Le traumatisme

Pour P. Marty : « L'origine extérieure du traumatisme ne porte pas en elle-même une valeur objectivement appréciable. La perte d'un être proche peut ne pas être plus traumatisante, chez un individu adulte, qu'un jeune, chez un autre par exemple, le sentiment provoqué par le passage d'une poussière dans un rayon de soleil » (P. Marty, 1976, p. 102).

Pour Freud : « Le traumatisme est une expérience d'absence de secours dans les parties du moi qui doivent faire face à une accumulation d'excitation, qu'elle soit d'origine externe ou interne, et qu'il ne peut maîtriser » (Freud, 1926, p. 97).

Il s'agit là d'une appréciation où le point de vue économique est au premier plan avec la notion d'une surcharge quantitative, voire qualitative, d'excitation à laquelle s'ajoute celle de l'effraction des limites du moi. On conçoit de ce fait que la tolérance ou la résistance aux traumatismes soit extrêmement variable selon les individus et, pour un même individu, très variable selon les phases de son évolution ou les différentes périodes de sa vie.

Pour P. Marty, ce qui fait suite, à plus ou moins brève échéance, à un traumatisme chez l'individu humain, c'est un mouvement de désorganisation qui affectera un sens contre-évolutif, en frappant en premier lieu les structures les plus évoluées, donc les plus récemment acquises au cours du développement. C'est « la pointe évolutive » de la chaîne évolutive centrale, voire des chaînes évolutives latérales, qui sera donc atteinte en premier lieu, le mouvement de désorganisation n'arrêtant sa progression régrédiente que s'il parvient à être stoppé au niveau d'un point de fixation suffisamment solide pour permettre la constitution d'un palier de régression favorisant dans un deuxième temps la réorganisation (Debray, 2009, p. 16).

13.L'organisation et la désorganisation

D'après Marty : « Après la naissance, les organisations homéostatiques premières, tout en assurant l'équilibre général de la vie du nouveau-né n'assurent pas une cohésion exemplaire des diverses innombrables fonctions (physiologiques) existantes. Ces fonctions s'exercent alors de manière relativement indépendante les unes des autres associées en mosaïque mais sans se trouver organisée dans un système commun et autonome. A chaque niveau d'organisation, les nouveaux ensembles fonctionnels englobent un certain nombre de fonctions préexistantes, pour ainsi dire constitutives. Le nouvel ensemble évolutif paraît seulement laisser en place une espèce de gérance qui assume encore un emploi hiérarchique de grande importance » (P. Marty, 1976, p. 119).

Le processus de désorganisation qui résulte de la préséance des instincts de morts s'effectue dans une direction contre-évolutive, après avoir atteint les organisations les plus évoluées du moment, la désorganisation progresse graduellement, elle se manifeste au niveau de groupes fonctionnels de plus en plus archaïques, pour n'être arrêtée éventuellement que par les mécanismes régressifs de défense.

Au moment de l'organisation évolutive tardive, ce sont ses instincts de mort qui priment d'où une discontinuité fonctionnelle, et une désorganisation fonctionnelle. (P. Marty, 1976, p. 124).

14.La classification psychosomatique et nosographique

1. Les systèmes économiques fondamentaux

La seule appréciation du mode d'organisation mentale du sujet ne saurait suffire et P. Marty propose de distinguer quatre systèmes économiques fondamentaux qui cherchent à définir, dans leurs grandes lignes, les mouvements évolutifs ou contre-évolutifs à l'œuvre chez le sujet considéré. Ces systèmes économiques fondamentaux ne se recoupent pas exactement avec la classification nosographique psychosomatique. Il s'agit :

- **Des apparentes inorganisations**

Concernent surtout les névrosés de comportement chez lesquels la précarité des aménagements mentaux est telle qu'elle laisse les sujets complètement démunis lorsqu'ils sont confrontés à des traumatismes, ici essentiellement externes, liés à la disparition physique

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

de leurs objets privilégiés indispensables à leur fonctionnement. L'apparition d'une symptomatologie somatique prend chez eux une allure grave, commandant la mise en œuvre de mesures thérapeutiques qui comportent, en plus des traitements médicaux classiques, des modifications de l'environnement susceptibles de pallier la disparition de l'objet réel indispensable au fonctionnement, faute de quoi le mouvement de désorganisation ne se verra pas durablement enrayeré.

- **Des désorganisations progressives**

Surviennent fréquemment chez les névrosés de comportement mais qui peuvent également frapper les névrosés de caractère. Ici le mouvement de désorganisation peut prendre, selon les individus et selon le moment d'apparition dans leur vie, une allure rapide ou tout au contraire lente, marquée alors par d'éventuelles pauses sur ce qui semble constituer des paliers de réorganisation mais qui s'avéreront en fait peu solides puisque n'arrêtant pas durablement la désorganisation qui, en l'absence de mesures adéquates, pourra se révéler fatale.

- **Des régressions globales**

Atteignent des structures relativement solides : névrotiques, psychotiques, voire des névrosés de caractère mais présentant une frange névrotique ou psychotique consistante. Ici l'équilibre économique se révèle plutôt stable même s'il s'accompagne d'une symptomatologie mentale ou somatique importante n'engageant pas à priori pronostic vital.

- **Des régressions partielles**

Les régressions pouvant se présenter dans n'importe quelle structure. Il s'agit de manifestations symptomatiques affectant la scène mentale comme le niveau somatique d'une manière transitoire ou de façon durable, mais sans entraver le plus souvent le mouvement évolutif général qui reste positif, marqué par la présence des instincts de vie.

Ces quatre systèmes économiques fondamentaux regroupent, en fait, la quasi-totalité des réactions humaines face à un mouvement de désorganisation consécutif à ce qui est vécu comme un traumatisme. (R. Debray, 2009, p. 19-20).

2. La classification nosographique

L'intérêt de la classification nosographique psychosomatique que propose P. Marty réside essentiellement dans le fait qu'elle peut permettre d'envisager, « avant coup », le mode de réactions individuelles le plus probable face aux traumatismes, de même que d'aménager, « après coup », une prise en charge thérapeutique qui tienne compte du système économique général du sujet et donc de ses éventuelles possibilités de réorganisation. (R. Debray, 2009, p. 19).

Marty a mis en évidence les différentes catégories de structures mentales.

- **Structure fondamentale**

La structure selon Marty s'agit d'une partie foncière, inamovible à l'âge adulte, de l'organisation psychosomatique individuelle.

- **Les particularités habituelles majeures**

Concernent de définir de façon plus analytique le mode habituel de fonctionnement mental du patient. Il s'agit en quelque sorte de définir le type de fonctionnement mental du patient avant qu'il ne devienne malade.

- **Les caractéristiques actuelles majeures**

Concernent les transformations psychiques survenues en relation avec la somatisation du patient. Il s'agit ici de noter les transformations psychiques de nature économique qui se sont développées en relation avec le passage du domaine psychique au domaine somatique. (C. Smadja, 2007, p. 31).

- **Les caractéristiques nouvelles résultant de la psychothérapie**

Elles englobent toutes les données, celles concernant la disparition des « caractéristiques actuelles majeures », les données concernant la transformation des « particularités habituelles majeures » spécialement défavorables à l'équilibre psychosomatique ou la reprise de « particularité habituelles majeures » particulièrement favorable à l'équilibre psychosomatique de ceux-ci, car toutes notifications de « caractéristiques actuelle » ou de « particularité habituelles », ont été faites en leur temps; enfin celles concernant l'acquisition de nouveaux

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

types de fonctionnement psychosomatique dans le domaine mental, des expressions sublimatoires ou de l'organisation sociale. (P. Marty, 1990, p. 65).

15. La théorie sur l'apport de l'environnement selon la psychosomatique

Un environnement suffisant, bon et adapté est indispensable au développement d'un individu, qui correspond à une unité pour l'ensemble « environnement-individu », que ce dernier n'existe que s'il est en relation avec le monde extérieur. C'est à partir des interactions avec son entourage qui va être confronté à de nombreuses situations, qui peuvent bouleverser sa vie sur le plan physique et psychique, d'où vient l'importance du monde extérieur. P. Marty appelle « l'environnement favorable » ce qui vient combler les déficits fonctionnels fonciers décelés chez le sujet. Car c'est grâce à cet environnement favorable qui répond aux besoins du sujet comme la tendresse et la chaleur familiale dépourvue de toute surcharge et pression, de plus les soins sanitaires conduisent le sujet à une amélioration de sa santé, en arrivant à gérer sa vie. En fait, sa maladie sera assumée, donc il y aura réversibilité de la désorganisation. Tandis que lorsqu'il ya défaillance de l'environnement, là où il y'a des problèmes angoissants empêchent le sujet de se rétablir en le conduisant à une désorganisation somatique irréversible, alors on dira qu'il est influencé par un environnement défavorable. (P. Marty, 1976, p. 61-65).

III. Psychosomatique et greffe rénale

F. Seron (1987) confirme à travers les résultats de sa recherche effectuée sur les malades qui souffrent de l'insuffisance rénale chronique et la réussite ou l'échec de leur greffe, dont elle a met en exergue dans son étude, que c'est contre indiqué de passer à la procédure de la greffe chez les patients qui sont en proie du mouvement contre- évolutif comme le cas des névrosés de comportement. P. Marty a soutenu ses résultats, on déclarant « La contre-indication de procéder à une greffe de rein chez un malade mal mentalisé, en proie à un mouvement contre évolutif de grandes ampleurs ». (Marty .P, 1990, p. 68).

En réalité, on ne doit pas condamner les insuffisants rénaux chroniques dotés d'une mauvaise mentalisation - structure psychique fragile - de ne pas bénéficier de la greffe, mais il faut impérativement passer par une psychothérapie afin de renforcer leur mécanisme et de les préparer pour le projet de la greffe rénale.

Chapitre III Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

Concernant le sujet de greffe d'organe notamment la greffe rénale, le problème se pose déjà dans le traitement univoque de tous les greffés ; en ignorant le type de mentalisation de chaque patient, par contre la considération de la qualité de la mentalisation reste la condition principale de la prise en charge du malade, qui détermine en grande partie la qualité d'observance ou d'inobservance médicamenteuse.

Alors, la greffe rénale n'est pas toujours valable, malgré la présence de donneur qu'il soit vivant ou cadavérique, puisque d'autres dimensions interfèrent dans sa réussite ou son échec, à savoir la nature de la mentalisation, la qualité d'observance médicamenteuse et l'apport de l'environnement.

Ainsi, pendant le projet de la greffe, il est impérativement de procéder à un bilan psychologique des hémodialysés candidats à la greffe, pour évaluer la qualité de leur mentalisation, et connaître leur capacité à gérer cette épreuve de greffe. Si quelques cas sont dépourvus de capacités psychiques et en voie d'un déséquilibre, il faut qu'ils bénéficient d'une prise en charge psychologique adéquate, afin de leur permettre de dépasser cette situation critique pour accepter et incorporer le greffon, d'où cette intervention peut porter sur le plan physique et /ou sur le plan psychique un redémarrage et une réorganisation psychosomatique.

Conclusion

La psychosomatique prend en considération à la fois du contenu latent et contenu somatique pris dans la relation, c'est-à-dire de la psyché et du somatique. En effet, le fait psychosomatique le plus simple, c'est la relation, ainsi tous au long de sa vie le sujet est en relation, c'est dans cette continuité temporelle que s'effectuent des conflits, qui peuvent être solubles ou insolubles dans le cas de l'impasse. Ils sont les facteurs déterminants de la pathologie somatique. Cela donne tout un ensemble d'expression allant des symptômes les plus banals aux pathologies les plus graves.

Chapitre IV : Problématique et les hypothèses

Problématique et les hypothèses

La personnalité est un ensemble de particularités psychologiques profondément ancrées dans un individu, largement inconscientes et difficilement modifiable, qui s'expriment dans pratiquement tous les aspects du fonctionnement mental (cognitions, affectivité, relations interpersonnelles) et dans une large gamme de contextes (familial, social, professionnel).

Chacun éprouve à certaines périodes de sa vie, des difficultés à maintenir l'équilibre entre les divers aspects de sa vie, et à ce titre, tous les êtres humains sont porteurs de symptômes et de comportements plus ou moins adaptés. Comprendre ces symptômes et leurs impacts sur la manière de fonctionner dans la vie de tous les jours, c'est ce qui permet de continuer à se développer et à s'engager dans un processus visant l'atteinte de l'équilibre et du mieux-être.

L'organisation mondiale de la santé définit la santé comme suit « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social. Et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS. 2010). Il s'agit donc d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (OMS. 2010).

En psychologie du soin, le concept de normal et de pathologique est fondamental dans la mesure où les difficultés propre à un individu vont être amplifiées ou exacerbées et ce, en égard aux effets plus ou moins délétères de la maladie somatique, à plus ou moins long terme et de manière plus ou moins aiguë ou chronique.

La normalité est la manière dont les personnes sont psychiquement organisées contribue fortement à leur équilibre et à leurs capacités d'adaptation aux situations nouvelles et inattendues. Le constat de « bon fonctionnement intérieur que Bergeret (1974) préférerait prendre en compte est généralement la résultante de cette organisation harmonieuse et en adéquation fonctionnelle plus ou moins adéquate avec l'ensemble des éléments du contexte environnemental. Contrairement, le concept de pathologie qui indique une rupture dans la vie d'un individu, rupture dont il a parfois beaucoup de mal à se remettre ; ce que nous pourrions appeler les effets délétères de la situation de maladie. Beaucoup d'auteurs travaillent sur les facteurs à l'origine de la désorganisation psychiatrique ou psychopathologique, mais, il faut aussi considérer les éléments issus de la maladie et qui contribuent à fragiliser l'individu après. Freud montra que divers degrés de fonctionnement existaient et que les mécanismes

demeurent les mêmes chez les normaux et les malades mentaux, seules l'adaptation et la souplesse du jeu de ces mécanismes diffèrent plus ou moins.

La psychologie s'intéressant à la notion de santé est une autre proposition pour développer des études sur les rapports complexes corps-esprit. Rappelons qu'en France, pendant longtemps qu'on peut finalement dire que la maladie somatique à des niveaux différents touche le fonctionnement de l'organisme dans sa globalité, corps et psychisme, et modifie les rapports du sujet avec son entourage (famille, travail, école, loisirs).

La maladie, particulièrement, la maladie somatique grave, crée une rupture dans la dynamique de vie du sujet, qui doit trouver un nouvel équilibre psychique et de vie en fonction de cet événement particulier (Bioy et Fouques, 2009). Quelle que soit la façon dont cette rupture est vécue et la façon dont le patient va s'y adapter, un sens à la pathologie va se trouver. Cette représentation individuelle de la maladie, qui s'origine dans l'histoire de vie du sujet. S'ajoute des conceptions plus globales, transmises socialement. La première conception est celle que l'on pourrait dire ontologique : la maladie est perçue avec une existence propre et vient attaquer le corps du patient.

Parmi les maladies on trouve la maladie chronique qui est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « la maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies. On parle d'une maladie chronique dans le cas d'une affection de longue durée qui évolue avec le temps ». Parmi les différentes maladies chroniques, la maladie d'insuffisance rénale qui est due à l'incapacité fonctionnelle des reins.

Les reins sont des organes qui se trouvent dans la région lombaire de chaque côté de la colonne vertébrale. Ils sont gros comme un poing, ont la forme d'un haricot et pèsent chacun environ 100 à 150g chez l'adulte. Ils sont faits de milliers d'unités fonctionnelles nommées les néphrons. Ce sont deux organes qui jouent le rôle d'un filtre qui participe à l'épuration du sang et à l'élimination des déchets de l'organisme.

Le terme de l'insuffisance rénale est défini par la diminution du débit de filtration glomérulaire (DFG), qui est le meilleur indicateur du fonctionnement rénale. Elle peut être aigu (IRA) lorsque la diminution du débit de filtration glomérulaire est brutale et importante mais réversible après traitement, ou chronique (IRC) lorsque la diminution du débit de filtration glomérulaire est progressive et irréversible, conséquence de l'évolution d'une

maladie rénale chronique, pouvant aboutir à l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) (A. Bioy et al, 2012, p. 17). Donc, l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est une maladie lésionnelle qui détruit de manière progressive et irréversible les parenchymes rénaux et altère définitivement les fonctions rénales, à savoir la détoxification du corps, l'équilibre homéostatique interne et les fonctions endocrines. Son évolution est létale sans les thérapies de suppléance : la dialyse et la greffe. (A. Recham, 2012, p.42).

L'insuffisance rénale chronique aujourd'hui est un vrai problème de santé publique du fait de l'augmentation de son incidence et de sa prévalence, ainsi qu'en raison du coût élevé des traitements de suppléance. Il est difficile de poser le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique aux stades précoces de la maladie. De ce fait, le retard de diagnostic et la méconnaissance des facteurs de risque conduisent généralement à une dégradation plus rapide de la fonction rénale et parfois même à une mise en danger du patient.

L'indication d'une greffe d'organe est décidée par les médecins après une longue maladie au cours de laquelle au moins un organe vital du patient a été défaillant. En règle générale, ces patients ont été « poly médicamenteux » de façon prolongée. Un traitement d'aussi longue durée constitue une épreuve à surmonter : acceptation de la maladie chronique, modification de l'environnement professionnel et familial, prise de médicaments quotidiennement, dialyse dans certains cas plusieurs fois par semaine, prise de conscience d'une dégradation du fonctionnement des organes accompagnée de symptômes d'anxiété. L'atteinte narcissique peut provoquer des troubles de l'humeur et des phénomènes dépressifs. Le corps ne fonctionne plus de façon harmonieuse. Nous sommes en présence de défaillances des mécanismes d'adaptation psychique ; de nombreuses hospitalisations et des procédures médicales de plus en plus envahissantes prédisposent ces patients à développer des symptômes phobiques, des attaques paniques et du stress post traumatique. La longue maladie les a rendus particulièrement vulnérables en abrasant leurs défenses mentales et somatiques. (A. Recham, 2012, p.31).

On peut comprendre que la transplantation d'organe soit un véritable défi psychosomatique pour des êtres qui arrivent au terme d'un long parcours du combattant. Il s'agit d'être vulnérables et fragiles, stabilisés par des procédés techniques médicaux, et psychiquement dans un état instable que l'on doit évaluer au cas par cas.

Les futurs greffés traversent des périodes d'angoisse intense qu'ils vivent seuls ou en compagnie de leur proches, aux moments d'affolement succèdent les moments d'action. La

greffe, comme on peut le constater, impose au patient le passage par de nombreuses étapes : l'épreuve d'une maladie conduisant au stade terminal de fonctionnement d'un organe vital ; l'annonce du diagnostic ; l'indication de la greffe ; l'attente de la greffe ; l'opération de greffe ; le séjour post opératoire ; la reprise de la fonction rénale ou de toute autre fonction somatique ; la sortie de l'hôpital et la reprise de la vie extrahospitalière ; le régime diététique et l'observance des prescriptions médicales ; le suivi hospitalier dans les mois et les années suivant la greffe.

Dans notre pays l'Algérie, l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est un problème majeur de santé publique aussi bien dans les pays développés qu'en voie de développement.

En Algérie, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique est en constante augmentation. Plus de 3500 nouveaux cas sont enregistrés chaque année (Graba, 2010) en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies métaboliques qui endommagent les reins, particulièrement le diabète et l'hypertension artérielle.

Le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie a démarré en 1973 à Alger par l'hémodialyse chronique, en 1980 par la dialyse péritonéale continue ambulatoire et en 1986 par la greffe rénale. (Tahar, 2003).

En France, quelques données sur l'insuffisance rénale : sa prévalence est d'environ 1200 patients par million d'habitants en métropole dont environ 625 traités par hémodialyse. 43 par dialyse péritonéale et 525 ayant un greffe rénale fonctionnelle. Dans les départements d'outre-mer, la prévalence de l'IRT traitée par dialyse est double de celle de la métropole à 2000 par million d'habitants ; son incidence est d'environ 160 par million d'habitants par an ; elle est 2 à 3 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

En cette année 2020, à partir des données sur la maladie rénale (synopsis transplantation rénale pour la semaine du rein 2020, professeur Marc HAZZAN, CHU de LILLE) : parmi les 88000 patients présentent une insuffisance rénale terminale actuellement pris en charge en France, 45% (soit 40000) sont porteurs d'un greffon rénal fonctionnel.

Chaque année, environ 3600 nouveaux patients sont transplantés du rein. Malheureusement cette activité, qui a augmenté ces dernières années (+ 20% en 5ans), est insuffisante pour couvrir les besoins, si bien que le nombre de patients inscrits sur liste s'est largement accru (5000 nouveaux patients sont inscrits chaque année).

Parmi les 3600 transplantations rénales effectuées chaque année, entre 500 et 600 (soit 15%) sont réalisées à l'aide d'un donneur vivant. Ces transplantations à partir d'un don de rein du vivant présentent plusieurs avantages par rapport aux transplantations réalisées à partir de reins prélevés chez des personnes décédées. Les résultats sont meilleurs puisque près de 80% de ces greffes fonctionnent toujours après 10 ans.

Le profil de la morbidité et de la mortalité des maladies dans le monde entier est en train de changer, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement.

Actuellement, c'est la transplantation rénale qui fait office de traitement de référence pour l'IRCT, mais du fait d'une augmentation des demandes et de pénurie d'organes, elle reste limitée.

La transplantation rénale est considérée, lorsqu'elle est possible, comme la meilleure méthode de suppléance rénale, plus efficace et moins coûteuse que les autres stratégies de dialyse évaluées (hémodialyse et dialyse péritonéale), avec une morbidité cardio-vasculaire moindre, une espérance de vie supérieure et une meilleure qualité de vie, quel que soit l'âge du patient. En France, on estime qu'environ 75000 patients bénéficient aujourd'hui d'un traitement de suppléance rénale dont 35000 sont porteurs d'un greffon rénal fonctionnel.

La transplantation d'un organe allogénique est toujours suivie d'une réponse immunitaire qui vise à éliminer l'organe transplanté, cette réaction qui est le rejet de la greffe. Tous les patients transplantés avec un organe allogénique sont donc soumis à un traitement immunosuppresseur, maintenu tant que le transplant demeure fonctionnel. Schématiquement, la réaction de rejet peut se présenter sous trois formes sont : le rejet suraigu, le rejet aigu ou le rejet chronique. (J. Colombani, p. 277).

La maladie chronique peut influencer sur la personnalité en souffrance, elle peut modifier la structure de la personne selon différents aspects, spécialement sur le plan psychique et émotionnel. A partir de ce point de vue, plusieurs approches et chercheurs ont été intéressés par ce type de recherche pour mieux expliquer la relation complémentaire entre corps-esprit, déterminer les modifications, expliquer la souffrance et l'impact de l'atteinte de l'un sur l'autre. Parmi ces approches, on trouve l'approche psychosomatique de Pierre Marty.

Le fonctionnement mental (ou l'organisation de vie psychique) n'est pas divisé en fonction isolée comme la mémoire, l'intelligence, l'affectivité ou le langage. Dans la théorie

du fonctionnement mental, la représentation qui est une trace mnésique plus ou moins investie affectivement se distingue de l'affect qui est l'énergie quantifiée attachée à chaque représentation et dont la source est pulsionnelle.

L'articulation de ces fonctions dans le passé et le présent de la personne qui lui permettent à tout moment de saisir sa réalité et de s'adapter aux exigences extérieures est la structuration de la personnalité dans le moment actuel ou champs de la conscience et dans le vécu global ou l'être conscient de soi.

La méthode clinique est une approche portée vers la compréhension du sujet, mais peut s'appuyer sur des pratiques pouvant procurer un effet thérapeutique notamment le soutien psychologique ou la psychothérapie.

L'évaluation clinique constitue le moment de la rencontre entre deux sujets auteur d'une demande qu'elle soit explicitée ou non. Cette évaluation est singulière et a pour but de comprendre le fonctionnement psychologique du sujet, son mode d'appréhension de la réalité et ne se centre pas uniquement sur les symptômes physiques ou psychiques mais plutôt sur une dynamique de la personnalité. L'évaluation peut s'appuyer sur des théories diagnostiques voire des tests psychométriques.

Parmi les concepts les plus essentiels de l'approche psychosomatique, on trouve le concept de fonctionnement mental qui est la partie la plus essentielle chez l'individu. Ce fonctionnement psychique qui est différent de l'un à l'autre tout dépend de la personnalité et la mentalisation de l'individu. Sachant que la psychosomatique cherche à expliquer le maximum possible la relation entre le corps (atteinte somatique surtout par rapport à la maladie chronique) et le fonctionnement mental (l'état psychologique avant et après l'atteinte d'une maladie somatique grave).

Marty et ses collègues de l'école de psychosomatique de Paris s'intéressent au fonctionnement psychique des patients atteints de maladie somatique. Ils mettent en évidence chez ses sujets (contrairement aux sujets névrotiques) un déficit des fonctions mentales et des défenses psychiques (en particulier une absence d'élaboration psychique et une absence de refoulement et de conflits intrapsychique (Marty et al, 1963). Pour ces auteurs, les patients psychosomatiques ont une pensée opératoire : c'est-à-dire une pensée logique, factuelle, pragmatique mais dépourvue d'affects et d'activités imaginaires, fantasmatiques et oniriques.

Tous les patients ont un fonctionnement mental, ce fonctionnement mental diffère d'un patient à l'autre, et chez le même patient son fonctionnement mental diffère selon les différentes périodes de sa vie. P. Marty affirme et insiste sur le fait que quelle que soit l'atteinte organique, il est impossible de la comprendre et de la traiter si on se réfère pas à l'économie psychosomatique générale du sujet par ailleurs, Marty insiste aussi sur le concept de la mentalisation qui « concerne la quantité, la qualité, le dynamisme et la permanence des représentations mentales telles qu'elles apparaissent, - normales ou pathologiques - ainsi ces représentations constituent la base de la vie mentale de chacun de nous ». (p. Marty, 1991, p. 11).

La théorie psychosomatique constitue la référence théorique de notre recherche parce qu'elle s'intéresse à l'être humain dans son unité psychosomatique, et à la qualité de la mentalisation et son influence sur la tenue du corps. Afin de réaliser notre objectif qu'est l'étude de fonctionnement mental chez les hémodialysés ayant eu le rejet de la greffe rénale.

A partir des données de la théorie psychosomatique et de la revue de la littérature, ce qui nous à mener à poser les questions suivantes :

1. Les patients ayant un rejet de greffe rénale ont-ils un fonctionnement mental homogène ?
2. Est-ce-que la qualité de la mentalisation protège le corps d'un éventuel mouvement de désorganisation ?

Pour répondre aux questions citées on propose les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale

Le fonctionnement mental comme variable indépendante, et les hémodialysés ayant eu un rejet de greffe rénale constituent notre variable dépendante. Ce fonctionnement mental a un impact sur l'équilibre ou la désorganisation du corps, et qui diffère d'un individu à un autre, et chez le même individu selon les différents moments de sa vie.

Les hypothèses partielles

- **La première hypothèse**

Le fonctionnement mental des hémodialysés ayant eu un rejet de greffe diffère d'un cas à un autre, il y a des hémodialysés qui sont dotés par une bonne mentalisation, par contre d'autres qui sont dotés par une mauvaise mentalisation et aussi ceux qui se caractérisent par la mentalisation incertaine qui varie entre les deux types de mentalisation.

- **La deuxième hypothèse**

1- Généralement, les hémodialysés qui ont un bon fonctionnement mental, élaborent les excitations au niveau mental. Ce qui entraîne l'apparition d'une symptomatologie psychique, découlant de l'intensité d'énergie. Ou alors, si cette symptomatologie psychique existait auparavant elle sera renforcée. Mais quand il est impossible de traiter les excitations au niveau mental, deux possibilités peuvent se présenter :

- L'apparition des maladies épisodiques (passagères) ;
- Les mouvements de désorganisation progressives s'annoncent d'une manière rare, mais quand elle se manifeste, le patient a des prédispositions qui vont maîtriser cette évolution surtout s'il trouve les moyens thérapeutique adaptés.

2- Les hémodialysés qui se caractérisent par une mauvaise mentalisation, réagissent par :

- Possibilité d'échapper aux complications par le biais d'un environnement favorable ;
- Si l'hémodialysé subit des traumatismes psychiques, il risque d'atteindre le mouvement des désorganisations somatiques qui seront fatales dans quelque cas.

3- Les hémodialysés qui sont dotés par un fonctionnement mental incertain, cette qualité influe sur la tenue du corps donc l'état du corps et ses complications sont liées à la qualité du fonctionnement mental (selon la variabilité des moments) cette valeur fonctionnelle se stabilise si l'environnement est favorable où le corps reste équilibré.

Opérationnalisation des concepts

Hémodialyse

- Technique d'épuration sanguine extrarénale, au moyen d'hémodialyseur par la fonction sur un circuit de circulation extracorporelle ;
- Éliminer les toxines et les excès de liquide du sang ;
- Retirer du sang les déchets produit par l'alimentation.

Fonctionnement mental

✓ La bonne mentalisation

- Présence d'un espace psychique pour traitement des contenus fantasmatiques ;
- Mouvement continu et labile entre la réalité et la vie fantasmatique ;
- Richesse fantasmatique, présence des mécanismes de défense ;
- Souplesse dans l'utilisation des mécanismes de défense ;
- Capacité de traiter des situations conflictuelles ;
- Mobilisation d'une activité pulsionnelle (libidinale, agressive) ;
- Présence des rêves ;
- Une bonne réflexion de projet d'avenir.

✓ La mauvaise mentalisation

- Absence d'un espace psychique pour traitement des conflits ;
- Expression affective pauvre ;
- Attachement à la réalité concrète ;
- Pauvreté de la vie onirique ;
- Une mauvaise réflexion de projet d'avenir ;
- Prédominance de vie opératoire.

✓ La mentalisation incertaine

Dans ce type de mentalisation le psychologue lui-même hésite et trouve de difficulté de supposer et définir le type de mentalisation chez le sujet, ce type se caractérise par :

- Le traitement non stable des excitations ;
- La variation entre la bonne et la mauvaise mentalisation ;
- L'irrégularité patente du fonctionnement mental.

Chapitre V : Méthodologie de la recherche

Introduction

La méthodologie est une phase obligatoire dans toute recherche scientifique, elle nous oriente, organise notre travail et le rend objectif.

Dans ce chapitre méthodologique nous allons présenter les différentes étapes suivies dans notre recherche scientifique, dont le but est la collecte des informations et des données et de mieux cerner la nature du fonctionnement mental chez les hémodialysés ayant un rejet de greffe rénale.

I. Le déroulement de la recherche et population d'étude

1. Le lieu de la recherche

Nous avons effectuées notre pré-enquête au niveau de la clinique privée « Rameau d'Olivier », qui se situe au centre de la wilaya de Bejaia.

Le service d'hémodialyse fonctionne actuellement avec :

- 14 générateurs et prend en charge de 62 malades ;
- Le service fonctionne avec 3 néphrologues ;
- 04 médecins généralistes ou médecins dialyseurs ;
- 13 agents paramédicaux, une psychologue, une secrétaire et deux agents d'hygiène hospitalière.

2. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape indispensable pour toute recherche scientifique. Cette étape nous permet d'avoir des informations sur les caractéristiques de notre population d'étude, et de maîtriser l'application de nos outils, et notamment d'apporter des modifications à notre guide d'entretien, ainsi d'élaborer nos hypothèses. Mais avant d'entamer notre recherche nous avons expliqué notre thème de recherche et la démarche que nous allons suivre.

Donc la pré-enquête reste une étape très essentielle pour la réussite de tout travail de recherche scientifique, parce qu'elle vise pour le chercheur scientifique à faire un effort, s'exercer avec des sujets pareilles aux sujets avec lesquels il doit travailler dans l'enquête mais qui ne soient pas les mêmes sujets de la pré-enquête. Elle vise à avoir des idées nouvelles, questions à ajouter au guide d'entretien...

Notre pré-enquête nous a permis d'élaborer nos hypothèses à partir de nos questionnements. La pré-enquête est une étape cruciale dans le travail de la recherche scientifique, on a essayé de recueillir des informations sur notre population d'étude qui se caractérise par la maladie de l'insuffisance rénale et par le rejet de leur greffe de rein.

Nous avons effectué notre pré-enquête dans la clinique privée « Rameau d'Olivier » à Bejaia, où nous avons rencontré les responsables et les médecins néphrologues auxquels nous leur avons expliqué notre thème de recherche, la démarche et les outils que nous pourrions et souhaitons suivre durant notre recherche scientifique, et surtout leur expliquer le besoin de travailler avec une population d'étude qui concerne des patients en souffrance de la maladie de l'insuffisance rénale.

2.1 Illustration d'un cas clinique

Pendant la pré-enquête et parmi les patients qui souffrent de l'insuffisance rénale, nous avons rencontré un sujet qui souffre de cette maladie, où nous avons demandé à lui de passer un entretien en cas de possibilité, nous avons lui expliquer notre objectif de passer avec lui cet entretien..., mais en fin, ils ont été compréhensifs pour nous aider et de lui passer un entretien.

Notre cas qui s'agit d'un homme s'appelle Massinissa, âgé de 33 ans, il a des cheveux marrons, des yeux noirs et une taille moyenne, célibataire, il travaille comme un soudeur dans son atelier privé chez lui-même. Concernant sa situation familiale, il est né d'une famille moyenne et traditionnelle où le père qui domine sa famille. Massinissa est le premier fils parmi 02 frères et 03 sœurs. En ce qui concerne sa maladie, l'âge de l'apparition de sa maladie était à l'âge de 31 ans (2018), il est jusqu'au moment mis en dialyse, il y a 2 ans.

I. Les données de l'entretien clinique

A partir de l'entretien clinique avec Massinissa, on a pu constater des informations et données importantes en ce qui concerne :

1. La santé physique

a. La santé actuelle du patient et la santé antérieure (enfance) avant sa maladie

Concernant les maladies organiques antérieures, Massinissa déclare qu'il n'a pas eu de maladies durant son enfance, d'ailleurs il pratiquait du sport, il était en bonne santé jusqu'au jour où il a commencé à avoir des maux de têtes, c'était en 2017, après avoir consulté un médecin. Et après quelques bilans, ce dernier l'a informé qu'il commence à avoir une

insuffisance rénale c'est-à-dire qu'il ya une dégradation de la fonction rénale. Suite à cela, il été hospitalisé durant une quinzaine de jours. A sa sortie, ça s'est compliqué, et il s'est avéré qu'il souffrait d'IRCT. Il s'est traité par la dialyse durant deux ans, là il a eu de l'hypertension artérielle.

b. Le facteur héréditaire et les complications de la maladie

A partir de l'entretien clinique avec le cas Massinissa, l'atteinte de sa maladie de l'insuffisance rénale n'est pas héréditaire « personne n'est atteint de cette maladie, que ce soit de ma famille paternelle ou maternelle » annonça-t-il. Il ajoute qu'il été choqué le moment où il eu information qu'il souffre de cette maladie chronique « je me n'attendais pas ça, franchement, j'ai été choqué, j'ai été en bonne santé, d'un coup tout est changé ».

c. La relation entre les évènements traumatisants, quelques complications et maladies

Pendant l'entretien avec Massinissa, il parle seulement de bons souvenirs qu'il a passé en période de son enfance avec ses frères, il parle de la période de l'école, il a dit qu'il a quitté l'école en 3^{ème} année moyenne (CEM), où il a été stressé de son avenir, d'être regretté de ne pas faire ses efforts. Après cela, il commence a chercher un travail puisque il voulait compter sur lui-même, et ses parents qu'il qui étaient énervés de lui car il a quitté son école très tôt.

2. Les caractéristiques du fonctionnement mental

a. La vie relationnelle (relation familiale, environnement socioprofessionnelle et relation avec l'équipe soignante...)

Concernant la vie relationnelle et la nature des investissements objectaux, le patient révèle qu'il choisit ses fréquentations en côtoyant des personnes posées et sages, en effet ses relations sont limitées, aussi par le fait qu'il ne travaille pas. Cependant, il déclare qu'il ne compte guère sur les autres. Par contre, il compte beaucoup sur le soutien de sa famille. Celle pour laquelle il manifeste une grande et profonde reconnaissance. Sa mère, son père mais aussi ses frères l'ont épaulé, aidé, rassuré, et surtout encouragé notamment sa dialyse

Concernant ses relations dans la clinique avec ses collègues avec lesquels ils se partagent la même maladie et en dépendance avec la machine, mais aussi bien sa relation avec l'équipe soignante « les médecins et les infirmiers sont aussi biens, ils sont compréhensifs de notre maladie chronique, ils prennent soi de nous plus qu'il faut » annonça t'il.

b. Les événements important dans la vie du patient

Massinissa a vécu des événements par rapport à sa maladie tels que la période où il a été en bonne santé qu'il valorise comme la période la plus belle et confort, mais aussi il ajoute le jour où il s'est rendu compte de sa maladie, il parle aussi sur la routine avec la machine.

c. Les caractéristiques de la vie onirique du patient

Quant à la nature de la vie onirique de Massinissa, il a souligné qu'il rêve rarement comme tout le monde et il les oublie, et d'autres fois il y a l'absence de rêves. Selon Pierre Marty l'absence de rêves correspond théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles se frayant d'autres voies que celle de la représentation et de l'élaboration onirique. (Marty, 1984, p. 1147).

Conclusion de l'entretien clinique

A partir de données de l'entretien avec Massinissa et les informations qu'on a arrivé à recueillir, le cas Massinissa est doté par la mentalisation incertaine, car parfois il avait une certaine richesse fantasmatique à exprimer sa maladie, pour lui, la vie est belle avant sa maladie et mauvaise après avoir tombé malade par l'insuffisance rénale.

3. La méthode utilisée

3.1 La méthode clinique

La méthode clinique s'insère dans une activité pratique visant à la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes et comportements, dans le but de proposer une thérapie. C'est une méthode qui nous permet de cerner néanmoins le fonctionnement mental du sujet. Elle vise à établir une situation de contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression.

Contrairement à ce que l'étymologie pourrait laisser croire, la méthode clinique n'est pas nécessairement celle que le psychologue utilise « auprès du lit du malade ».

Pour Lagache(1949), la psychologie clinique se spécifie par une attitude méthodologique : « Envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits

qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits, tel est résumé le programme de la psychologie clinique ». (M. Reuchlin, 1969, p. 106).

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires ; le premier correspond au recours à des techniques (test, entretiens) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies, et en respectant le contexte du problème), et le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas, la différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches, mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations, le second vise à comprendre le sujet dans sa totalité. (J.L. Pedinielli, 1999, p. 9).

La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils utilisés mais au but de l'investigation, et à la différence des résultats obtenus : le premier niveau fournit des informations sur le sujet alors que le second niveau vise à comprendre le sujet. En effet la méthode clinique se caractérise par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas qui est la méthode la plus utilisée en pratique clinique.

- **L'étude de cas**

L'étude de cas est une approche méthodologique qui vise systématiquement la collecte suffisante d'informations sur une personne, un événement ou un système..., elle permet d'analyser en profondeur des phénomènes dans leur contexte.

L'étude de cas est l'observation approfondie de sujets particuliers qui se poursuit parfois pendant des années, au cours desquelles on recueille toutes les données possibles concernant une même personne : informations sur son milieu de vie, sur l'incidence psychologique de certains événements sociaux, sur les accidents de santé ; documents personnels : productions artistiques (dessins, peinture...), journaux intimes, etc. on procède de façon analogue pour les groupes. De l'ensemble des éléments recueillis, on tire de précieux enseignements sur les sujets eux-mêmes, mais aussi des hypothèses, sinon des lois d'ordre général. (N. Sillamy, 1991, p. 50).

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premières psychopathologies comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer les hypothèses théoriques, Elle a été également pratiquée

en médecine pour décrire les maladies et leur évolution. (Chahraoui.KH, H. Bénony, 2003, p. 125-126).

L'avantage de l'étude de cas comme méthode de recherche en psychologie est de permettre de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte les différentes dimensions (historique, affective, relationnelle, cognitive, etc.). Elle permet aussi d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux. (Chahraoui. KH, H. Bénony, 2003, p. 143).

4. La population d'étude

4.1 Les critères de sélection de notre population d'étude

Notre population d'étude contient les hémodialysés ayant un rejet de la greffe rénale, notre population d'étude sera choisie selon quelques critères qu'on va citer ci-dessous :

Critères retenues

- Tous les cas choisis partagent la même maladie : tous les patients sont atteints de l'insuffisance rénale chronique.
- Tous les cas ont subi le rejet de la greffe rénale.
- L'âge : tous les cas sont à l'âge des adultes. Car à cet âge la personnalité des individus seront plus structurée.

Critères non retenues

- Le niveau socioculturel : cette dimension n'est pas prise en considération, car l'insuffisance rénale chronique peut atteindre n'importe qui dans toutes les classes sociales et toutes les diverses cultures.
- Le sexe : cette variable n'est pas prise en compte, puisque notre population englobe les deux sexes.
- La situation matrimoniale : n'est pas prise en considération puisque la maladie peut toucher les mariés ainsi que les célibataires.

II. Les outils utilisés dans la pré-enquête

1. L'entretien clinique

Par définition l'entretien clinique est « un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structure l'activité d'écoute et d'intervention » (Fernandez et al, 2001 :77). Il s'agit d'un guide d'entretien conçu pour les besoins de l'étude.

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (Chahraoui.KH. H. Bénony. 1999, p. 11 - 12).

L'entretien clinique est utilisé comme méthode d'observation, pour juger la personnalité d'un sujet, e procédé, qui fait partie de tous les examens psychologiques, facilite la synthèse des divers résultats obtenus. Il est employé couramment en psychologie clinique (il permet la solution des problèmes du patient) et a été adopté par les psychologues industriels et militaires pour sélectionner les cadres et les officiers. Il existe différentes techniques d'entretien (on questionne ou on laisse parler sans intervenir, par exemple) mais la conversation se déroule toujours dans un climat bienveillant, dans lequel le sujet peut s'exprimer librement. (N. Sillamy, 1991, p. 101).

L'entretien de recherche s'inscrit uniquement dans l'activité de recherche du clinicien. Dans ce cas, il n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui en situation de demande. (Chahraoui.KH. H. Bénony, 2003, p. 141 – 142).

Il existe en clinique trois types d'entretiens, en premier lieu on trouve l'entretien non-directif, qui est centré sur la personne, ou il repose sur une expression libre de l'enquêté à partir d'un thème proposé par l'enquêteur. L'enquêteur se contente alors de suivre et de noter la pensée, le discours de l'enquêté sans poser de questions. L'entretien directif, comme deuxième type, ce type d'entretien s'apparente sensiblement au questionnaire, à la différence que la transmission se fait verbalement plutôt que par écrit, Dans le cadre de cet entretien, l'enquêteur pose des questions selon un protocole strict, fixé à l'avance (il s'agit d'éviter que

l'interviewé ne sorte des questions et du cadre préparé). Enfin l'entretien semi-directif, ou le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet en toute liberté. Bien que ces différents types s'opposent, le but est généralement similaire : permettre au patient de verbaliser ses difficultés, produire des connaissances sur l'objet d'étude en jeu, vise quant à lui à établir un diagnostic(ou plus généralement une évaluation).

- **L'entretien clinique semi-directif**

L'entretien semi-directif porte sur un certain nombre de thème qui sont identifiés dans un guide d'entretien préparé par l'enquêteur. L'interview, s'il pose des questions selon un protocole prévu à l'avance parce qu'il cherche des informations précises, s'efforce de faciliter l'expression propre de l'individu, et cherche à éviter que l'interviewé ne se sent enfermés dans des questions.

Dans ce type d'entretien, le chercheur doit préparer un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur ce thème sans l'interrompre. En revanche, l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien, du fait qu'un cadre et une trame sont proposés par le chercheur pour le déroulement du récit. (Chahraoui.KH, H. Bénony, 2003, p. 141-142).

Généralement chaque type d'entretien à une valeur, un objectif, et une utilisation. Et cela, lorsqu'on parle de l'entretien clinique semi-directif, l'objectif ou l'utilité de ce type d'entretien est généralement dans la visée de diagnostic et thérapeutique.

La visée diagnostique

L'entretien clinique peut avoir une visée diagnostique. Dans ce cas, le clinicien a plutôt recours à l'entretien semi directif. A partir des informations recueillies lors de l'entretien et de l'observation des modes de communication du sujet, le clinicien cherche à définir un ensemble de syndromes et/ ou à poser un diagnostic. (Bénony et Chahraoui, 1999).

La visée thérapeutique

Le thérapeute est attentif au discours et au comportement du patient, il essaie de comprendre ses ressentis (peurs, angoisses...) et sa façon de penser. Il doit également veiller à

respecter les résistances du patient pour ne pas le brusquer. Le clinicien cherche à établir un climat de confiance pour ce que son patient puisse se livrer, et donc pour mieux l'aider.

1.1 Les attitudes cliniques du clinicien

La notion d'attitude clinique est proche de la conception de la non-directivité.

- **Le non directivité**

Elle se définit comme suit :

La non-directivité est une attitude envers le client : c'est une disposition profonde vis-à-vis des autres.

La non-directivité, c'est d'abord une attitude envers le client. C'est une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre à imprimer au client une direction quelconque, se refuse à penser ce que le client doit penser, sentir ou agir d'une manière déterminée. Il s'agit donc d'une attitude où la centration sur le sujet est l'élément essentiel. (Chahraoui.KH, H. Bénony, 1999, p. 17-18).

- **Le respect**

Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. Cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur dignité, de leur liberté, de leur protection, le secret professionnel et le consentement libre et éclairé des personnes concernés. au niveau de l'entretien clinique, l'on doit appliquer cette position éthique qui peut se traduire de manière générale par le respect de la personnalité du sujet, le respect de ses appartenances sociales, culturelles et professionnelles, le respect de certains aménagements défensifs qui n'ont pas toujours en soi une valeur négative mais peuvent avoir aussi une valeur protectrice pour le sujet: dans certains cas, le déni de l'angoisse peut aider le sujet à surmonter momentanément des épreuves pénibles ou traumatiques. (Chahraoui. KH, H. Bénony, 1999, p. 18).

- **La neutralité bienveillante**

La notion de respect implique un autre élément de l'attitude clinique : la neutralité bienveillante. Le clinicien ne doit pas formuler des jugements, de critiques ou de désapprobations à l'égard du sujet. Toutefois, la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance mais s'associe à la bienveillance ; il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement. (Chahraoui.KH, H. Bénony, 1999, p. 18).

- **L'empathie**

La dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique, il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. Selon C. Rogers, il s'agit de sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans oublier la qualité de « comme si »...sentir les colères, les peurs et les confusions du client comme si elles étaient les vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles ; telle est la condition que C. Rogers essaye de décrire. L'empathie du clinicien apparaît comme un principe clé de la psychothérapie et de son efficacité. (Chahraoui. KH, H. Bénony, 1999, p. 18-19).

1.2 L'élaboration du guide d'entretien

L'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. Dans ce guide, le clinicien peut formuler la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée, le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois, celles-ci ne doivent pas être posées d'une manière directe, il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Chahraoui KH, H. Bénony. 1999, p. 69).

Information personnel

- ✓ Quel est votre nom et prénom ?
- ✓ Quel est votre âge ?
- ✓ Quel est votre niveau d'instruction ?
- ✓ Quel est votre profession ?
- ✓ A quelle année était le début de votre maladie ?

Axe I : Les informations concernant l'état de santé actuelle

Cet axe nous permet d'explorer les causes internes et externes avancées par le malade pour expliquer sa maladie. Cette partie de questions aborde la santé actuelle du patient (le début de l'atteinte, les causes et les complications de la maladie).

- ✓ Parlez-nous de votre maladie et comment elle s'est développée jusqu'à ce stade ?
- ✓ Comment au début l'insuffisance rénale s'est manifestée chez vous ?
- ✓ Quelles Sont les complications de votre maladie ?
- ✓ Avez-vous d'autres maladies qui accompagnent cette maladie ?
- ✓ Comment avez-vous sentez après le rejet de votre greffe rénale ?
- ✓ Quand avez-vous subi la première séance d'hémodialyse après le rejet de votre greffe rénale ? Et comment vous avez vécu cette situation ?
- ✓ Avez-vous des complications lors des séances d'hémodialyse ?
- ✓ A votre avis quelles sont les causes profondes qui ont provoqué le rejet ?
- ✓ Avez-vous des complications lors des séances d'hémodialyse ?
- ✓ Respectez-vous le régime alimentaire ?
- ✓ Pensez-vous que la maladie peut avoir des conséquences graves ?
- ✓ Y a-t-il des personnes qui souffrent de la même maladie dans votre famille ?
- ✓ Quel est votre traitement actuel ?et comment le vivez-vous ?

Axe II : Les informations concernant l'état de santé antérieure

Cet axe aborde la santé antérieure à la maladie, l'intérêt dans cet axe sera porté sur l'état de santé qui précède cette maladie, nous permet de connaître les autres maladies déjà vécu et s'il y a une transmission héréditaire.

- ✓ Etiez-vous souvent tombé malade ? Surtout durant votre enfance ?
- ✓ Etiez-vous affecté par d'autres maladies justes avant cette maladie d'insuffisance rénale chronique ?
- ✓ Avez-vous été hospitalisé à cause d'une autre maladie ?
- ✓ Étiez-vous victime d'un accident ou d'une blessure quelconque ?à quel âge ?
- ✓ Avez-vous subi des interventions chirurgicales avant cette maladie ?
- ✓ Quelles étaient les conséquences de cette maladie sur votre vie ?

Axe III : Le fonctionnement mental du patient

Les questions posées dans ce dernier axe ont pour objet de cerner le fonctionnement mental du patient, la fluidité et la richesse des réponses par rapport aux questions posées, et déterminer le type de mentalisation chez ces patients.

- ✓ Comment vous avez réagi à cette maladie ?
- ✓ Comment sont vos relations avec vos collègues et vos amis depuis votre maladie, sont-elles changées ?
- ✓ Comment vivez-vous votre maladie au sein de votre famille ?
- ✓ Quelle est votre relation avec votre médecin ? Et avec l'équipe soignante ?
- ✓ Est-ce que cette maladie a de l'influence sur votre travail ? Ou sur vos études ?
- ✓ Avez-vous des activités et loisirs que vous exercez ?
- ✓ Quelle est votre représentation sur ceux qui sont en bonne santé ?
- ✓ Pouvez-vous me parler de vos souvenirs ?
- ✓ Comment est votre sommeil avant et après la maladie ? Avant et après le rejet de la greffe rénale ?
- ✓ Faites-vous des rêves souvent ? pouvez-vous m'en parler sur eux ? Comment ils sont leurs caractéristiques ?
- ✓ Parler-moi de vos projets et de votre avenir ?
- ✓ Avez-vous un projet d'une autre greffe rénale ?
- ✓ Parler- moi de ce que vous voulez ?

2. Le Rorschach

2.1 Définition du test de Rorschach

Il s'agit d'un test projectif élaboré en 1921, par le psychiatre zurichois Hermann Rorschach, c'est l'un des tests les plus connus qu'on peut trouver en psychologie, il permet d'étudier la personnalité, et d'évaluer les perturbations de l'état psychologique d'une personne. Ce test est largement utilisé en psychologie clinique et pathologique pour l'évaluation du fonctionnement psychique de la personne. Le Rorschach est utilisé dans un cadre de diagnostic, pronostic, d'indication et de suivi thérapeutiques. Ce test est adapté aux enfants et aux adultes, à la population dite normale ou pathologique.

2.2 Historique

Le rorschach est publié pour la première fois en 1921, par un psychiatre suisse « Hermann Rorschach », le test est composé de dix planches représentant chacune une tache d'encre obtenue par pilage, c'est-à-dire symétrique. Cinq de ces taches sont noires, deux sont noires et rouges et trois sont dans les teintes pastel.

En 1912, Rorschach fait sa thèse sur les hallucinations, et rapporte un rêve. C'est celui du soir de sa première autopsie : "je sentais que mon propre cerveau était découpé en

tranches. Chaque morceau tombe en avant" ; il est impressionné par la sensation de mouvement qu'il ressent alors. Ce rêve devient le point de départ de son analyse des hallucinations.

Symons Hens, fait ses études en 1917 au Burghözhly. Il utilise 8 tâches, testées auprès de 1000 enfants, 100 adultes normaux et 100 adultes psychotiques, cela toujours pour étudier l'imagination. Il étudie seulement le contenu des réponses. Il propose également d'autres perspectives de recherches et pose la question de l'intérêt de la localisation des réponses et celui des tâches colorées.

A partir de 1918, Rorschach élabore une centaine de planches qu'il teste sur ses patients, mais aussi sur des étudiants, des enfants et des infirmiers. Il sélectionne progressivement 15 planches.

Il fait un rapport sur ce travail d'expérimentation et recherche un éditeur. Il obtient un contrat d'édition auprès d'un petit éditeur. Celui-ci conserve 10 planches et change les couleurs. Les noirs sont délavés : on découvre l'intérêt de l'estompage.

Rorschach en tire parti, et communique l'intérêt de l'estompage devant la Société Psychanalytique Suisse. Il interprète à l'aveugle le protocole d'un patient en analyse avec Oberholzer, en utilisant l'estompage.

2.3 Le matériel du test de Rorschach

Le test se compose de dix images figurent chacune sur un support cartonné (24x10). Communément appelé « planche », les images sont en fait des taches d'encre symétrique, aux teintes diverses : grises et le noires pour la planche I, IV, V, VI. VII. Noires et rouges pour la planche II, III, et colorées pour les trois dernières planches, le fond est toujours blanc, chaque planche est numérotée de 1 à 10. Correspondant à l'ordre de leur présentation pendant l'administration, elles sont présentées au sujet testé dans un même sens bien précisé. (J. Richelle, 2009, p. 20).

L'ordre des présentations des planches doit être respecté, les 10 planches sont construites symétriquement autour d'une ligne médiane verticale plus ou moins marquée, ces taches diffèrent par leur configuration. Certaines d'entre elles ont une forme compacte qui évoque classiquement l'image du corps constitué autour de l'axe de la colonne vertébrale ; d'autres à caractère moins unitaire se présentent bilatéralement, comme en miroir, ce qui peut renvoyer à des représentations.

2.4 La situation de Rorschach

Le Rorschach est une situation à 2. Pas 2 psychologues qui font passer le rorschach (même si on a peur de manquer des informations). Un psychologue et son partenaire dans la situation du test, face à face, ou plutôt le psychologue est un peu en décalage par rapport au sujet, on peut avoir aussi une table spécifique pour cette passation. Le sujet en situation projective est invité à parler tout aussi librement sauf que ses réponses doivent être associées à partir du matériel du test.

2.5 La passation du test de Rorschach

Elle se déroule en trois temps : la passation proprement dite, l'enquête, le choix des planches. On aura pris soin d'ajouter qu'il n'y a pas de bonnes et de mauvaises réponses, ni de temps limite.

2.6 La consigne de test de rorschach

C. Chabert a opté pour une formule plus orienté vers l'association libre et nettement dégagée de la contrainte perceptive : « je vais vous montrer dix planche et vous me direz tout ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ? ». (C. Chabert, 1997).

Si la formulation de la consigne peut varier d'un auteur à l'autre, elle reste néanmoins une invite à une liberté de parole associée à un stimulus visuel, liberté en quelque sorte sous condition de dire ce qu'on peut voir, imaginer à partir des taches.

✓ Le premier temps

Après avoir fait une connaissance lors d'un entretien clinique, dans une ambiance calme ou la neutralité bienveillante est de mise le clinicien invite le sujet testé à la libre association.

Dans ce premier temps, la représentation successive et l'ordre des présentations des planches doivent être respectés selon la numérotation des planches sans intervention du psychologue qui note fidèlement les verbalisations et le comportement du sujet. Cette représentation est accompagnée de la consigne, le psychologue se maintient dans une position de soutien et d'accueils des productions du sujet. Les planches ont un haut et un bas sont présentées en position droite. Il n'est pas nécessaire d'inviter le sujet à les renverser de haut en bas ; on attend qu'il le fasse spontanément ou on lui permet s'il le demande.

L'examineur présente les planches une à une au sujet et note l'intégralité de ses réponses et de ses réactions, tout en enregistrant le temps de latence, durée comprise entre la

présentation de la planche et la première réponse. Il note tous les changements dans les positions des planches. Le retournement des planches signifie soit un esprit méthodique, qui explore systématiquement toutes les possibilités de la planche, soit une attitude d'opposition qui consiste à prendre le contre-pied de ce qui est proposé.

✓ **Le deuxième temps**

Dans un second temps, une fois la passation est terminée, de manière plus directive, le clinicien procède à l'enquête dite des limites qui consiste à reprendre une par une les réponses du sujet en lui demandant d'expliquer, dans la mesure du possible, les éléments de la planche qui ont provoqué sa réponse, tout en restant attentif aux éléments cliniques, réponses additionnelles et associations spontanées afin de recueillir les précisions nécessaires à l'analyse, voir des réponses supplémentaires souvent évitées dans le premier temps de la passation. L'enquête est indispensable pour coter chaque réponse selon les trois colonnes requises (localisation, déterminant, contenu).

✓ **Le troisième temps**

Le temps de l'épreuve des choix, dernier acte qui parachève l'enquête où le clinicien demande au sujet évalué de choisir, parmi l'ensemble des dix planches, deux planches qui lui plaisent le plus et deux autres lui déplaisent le plus en essayant d'expliquer pourquoi. Ce moment lui donne la possibilité d'exprimer et de développer ses positions affectives à l'égard du matériel du test de ses propres réponses mais aussi à l'égard de la situation du test et de l'examineur. Cette sollicitation d'une résonance affective peut apporter des éléments complémentaires à ceux relevés lors de l'enquête mais également susciter des réponses et des comportements originaux.

2.7 Les indications du test de Rorschach

Une des méthodes les plus utilisées par les praticiens (psychologues cliniciens, psychiatres, orienteurs) et il fait chaque année l'objet du plus grand nombre de recherches et de publications. Celles-ci enrichissent sans cesse son interprétation et élargissent son champ d'application. Le Rorschach peut servir notamment à évaluer les dommages neuropsychologiques, l'anxiété, le niveau de fonctionnement de la personne et il peut également servir à l'étude de la personnalité. Néanmoins ce test reste très peu utilisé dans les entretiens d'embauche, car il demande beaucoup de temps à réaliser et à analyser. La personne

l'administrant doit avoir une grande expérience. Par contre, il est très utilisé en hôpital psychiatrique.

III. L'analyse des outils utilisés

1. Les données de l'entretien clinique

✓ **La santé physique**

- a. La santé actuelle du patient et la santé antérieure (enfance) avant sa maladie.
- b. Le facteur héréditaire et les complications de la maladie.
- c. La relation entre les événements traumatisants, quelques complications et maladies.

✓ **Les caractéristiques du fonctionnement mental**

- a. La vie relationnelle (relation familiale, environnement socioprofessionnelle et relation avec l'équipe soignante).
- b. Les événements importants dans la vie du patient.
- c. Les caractéristiques de la vie onirique du patient.

2. Les données du protocole Rorschach

✓ **La cotation**

La passation est terminée et en l'absence du sujet, le clinicien procède à l'analyse quantitative et qualitative du protocole c'est-à-dire de l'ensemble des réponses données. Pour ce faire, il utilise une feuille de dépouillement qui lui servira de trame. La cotation se base sur quatre critères spécifiques pour chaque réponse : la localisation, le déterminant, le contenu et le caractère banal.

2.1 L'analyse quantitative

➤ **Le psychogramme**

Le psychogramme résulte d'une cotation dont il est l'expression chiffrée et ordonnée. Cette cotation s'effectue selon trois paramètres : la localisation, les déterminants, les contenus et ceci pour chacune des réponses. Après avoir calculé le nombre total de signes appartenant à chacune des catégories, l'analyse quantitative consiste en une comparaison de ces chiffres avec le tableau des normes du Rorschach ainsi qu'avec des patterns de signes pathologique.

2.2 L'analyse qualitative

Elle prend en compte, non plus la comparaison statistique de chiffres à une norme, mais l'apparition de manifestations particulières et leur présence à certaines planches dans leur rapport à la dimension symbolique des tâches. En outre, elle permet de pallier les insuffisances de la cotation et du psychogramme, trop restrictifs, qui ne permettent pas toujours d'exprimer la richesse et les nuances de leurs composants et de la verbalisation.

Il convient d'analyser les réponses en les confrontant aux sollicitations latentes auxquelles renvoie le matériel. La fréquence de réponses aux thématiques sensiblement identiques aux mêmes planches a conduit un certain nombre de cliniciens à s'interroger sur leur sens et sur les résonances affectives, pulsionnelles, fantasmatiques induites par le test. De nombreuses publications, étayées sur la théorie psychanalytique, ont permis de dégager une signification symbolique des planches.

2.3 L'hypothèse du fonctionnement mental

L'étude des processus cognitifs doit porter sur le contexte général du protocole et la relation de chaque réponse à celle qui la précède rendant compte des planches refusées, ainsi de la symbolique de chaque réponse.

✓ La mentalisation à travers le Rorschach

• Les névroses bien mentalisées

- Les névroses bien mentalisés sont compromises entre principe de plaisir et déplaisir, ainsi entre le désir et la défense
- La présence des réponses kinesthésique associées à une forme positive qui signifie une vie pulsionnelle (libidinale, agressive).
- La capacité d'associer les représentations et les affects
- L'utilisation des mécanismes de défense du déplacement qui rend les pulsions sous forme d'image animales.
- La capacité de nouer des relations dans les planches bilatérales avec l'existence des identifications.
- Des réponses organisées avec un déterminant kinesthésique.
- La variation des contenus confirme les variations des investissements.
- L'association des représentations et des affects.
- La capacité de traiter certains contenus latents de certaines planches (IV, VI)
- l'intégration sensorielle (FC, CF, FE, EF, clob F, F clob).

- **Les névroses mal mentalisées**

- Le refus de certaines planches donc certaines situations.
- La répétitions des mêmes réponses malgré le changement de la planche (stimulus) qui nous donne une persévération.
- La symbolisation des pulsions agressive.
- Manque de réponses kinesthésique qui signifie la grande carence de la vie pulsionnelle (libidinale, agressive).
- L'absence des réponses sensorielle, ou des réponses sensorielles pures.
- Des réponses banales trop marquées.
- Le retournement des planches
- Critique de la situation.

- **Les névroses à mentalisation incertaine**

Lorsqu'il y a une hésitation après l'analyse du protocole du rorschach de supposer l'hypothèse du fonctionnement mentale du patient, puisque le patient n'appartient pas aux névroses à bonne mentalisation et aussi pas aux névroses à mentalisation mauvaise, cela signifie qu'il appartient aux névroses à mentalisation incertaine car ses réponses ne se classent pas dans un procédé bien déterminé.

3. La présentation des cas

La méthode d'analyse du protocole du Rorschach et le traitement des données recueillis d'un cas clinique comporte les étapes suivantes :

- 1- L'analyse des données de l'entretien clinique de chaque cas.
- 2- L'analyse des protocoles du Rorschach.
- 3- L'hypothèse concernant le fonctionnement mental de chacun des patients.

Conclusion

Le chapitre méthodologique est la base principale sur laquelle se construit une étude empirique, il n'ya pas de travail scientifique sans méthode et méthodologie. La méthodologie permet un bon usage des techniques d'investigation ainsi que l'analyse des données recueillies, afin de répondre à l'objectif principal de cette recherche sur « le fonctionnement mental des hémodialysés ayant un rejet de greffe ».

Conclusion générale

Conclusion générale

La médecine en général et ses multiples spécialités s'occupe des maladies qui touchent le corps humain. Leur objectif principal est de soulager le malade ou de le mener à la guérison. Notons que souvent le malade est pris particulièrement sous l'aspect physique qui représente l'élément concret et observable de la personne.

Cependant, le développement de certains domaines en psychologie, en particulier la psychanalyse grâce à laquelle P. Marty a pu créer l'école psychosomatique de Paris. Chose qui a permis la considération, la valorisation de l'aspect psychologique de l'individu dans la pathologie organique.

La théorie psychosomatique sur laquelle nous avons basés dans la réalisation de notre recherche c'est une théorie qui unit le psychique et le corps, dont l'un ne peut se détacher de l'autre et c'est dans ce sens que les recherches actuelles en psychologie considèrent l'être humain dans sa globalité (psycho somatique).

P. Marty a distingué trois types de mentalisations, et qui sont : la bonne mentalisation qui se caractérise par une bonne qualité d'élaboration psychique et une richesse fantasmatique, une mauvaise mentalisation, qui se caractérise par une pauvreté de qualité de représentations, et enfin la mentalisation incertaine dont la symptomatologie est douteuse et l'irrégularité du fonctionnement mental est patente.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « le fonctionnement mental des hémodialysés ayant un rejet de greffe », on a suggéré des questions, tout en exigeant des réponses à partir ; la revue littérature. On se référant à la psychosomatique, on a tenté à partir la classification nosographique de P. Marty en s'appuyant sur les différents niveaux de mentalisations de démontrer l'existence d'une relation impulsive entre la qualité du fonctionnement mental et la qualité de la tenue du corps.

Il reste à signaler que nos hypothèses portées sur le fonctionnement mental des hémodialysés ayant un rejet de greffe rénale sont réfutables, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statiques et non absolus, par rapport à notre population d'étude qui ne représente pas la population mère.

La première hypothèse, est confirmée, les caractéristiques du fonctionnement mental des hémodialysés, sont différentes d'un cas à un autre selon les types de mentalisations.

La deuxième hypothèse est aussi confirmée, du fait que nous avons montré qu'il existe une relation entre la qualité du fonctionnement psychique et la tenue du corps, l'apparition des maladies et complications sont liées à la qualité de leur fonctionnement mental, les hémodialysés qui ont un bon fonctionnement mental, traitent et élaborent les excitations au niveau mental. Ce travail mental protège la tenue du corps. Les hémodialysés qui présentent une mauvaise mentalisation, certains d'entre eux échappent à la désorganisation si leur entourage est favorable. On ce qui concerne les sujets qui ont un fonctionnement mental incertain, l'apparition des complications est liée à la qualité de leur fonctionnement mental, c'est-à-dire selon la variabilité des moments.

Nous avons pensé à quelques questions de perspectives concernant le fonctionnement mental des hémodialysés ayant un rejet de greffe rénale, qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, et qui sont comme suit :

- L'observance médicamenteuse ou la non observance est-elle liée à la qualité de fonctionnement mental de l'hémodialysé ?
- Quel est le rôle du soutien psychologique dans le parcours de la greffe la réussite ou le rejet du greffon ?

Liste bibliographique

1. Anzieu, D. Chabert, C.(1987). *Les méthodes projectives*. Paris, France : PUF.
2. Beizmann, C. (1961). *Livre de cotation des formes de Rorschach*. Paris, France : Centre de psychologie appliquée.
3. Benjamin, J. (2005), *Vivre avec une greffe accueillir l'autre*. Paris, France.Odile Jacob.
4. Boubchir, M. A, (2004). *Monographie sur l'insuffisance rénale chronique*. Alger, Algérie : office des publications universitaire.
5. Briancon, S, Kessler. M, (2007). *Qualité de vie et maladies rénales chroniques*, Paris, France : John Libbey Eurotext.
6. Chabert, C, (2004), *psychanalyse et méthode projective*, Paris, France : Dunod
7. Chahraoui, KH, H. Bénony. (2003). *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
8. Cupa, D. (2002). *Psychologie en néphrologie*. Paris, France : K.
9. Debray, R. (1983). *L'équilibre psychosomatique*. Paris, France : Dunod.
10. Debray, R. (1984). Abord psychosomatique des troubles somatiques. In revue française de psychanalyse 145.
11. Haynal, A et all. (1978). *Médecine psychosomatique aperçu psychosociaux*.Paris, France : Masson.
12. Kamienieck, H. (1994). *Histoire de la psychosomatique*. Paris, France : PUF.
13. Larousse. (1989). *Petit Larousse de la médecine*. France : Française INC.
14. Lefebvre, G. (2005). *Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplantés*. Paris, France : Masson.
15. Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique des mouvements individuels de vie et de mort*. Paris, France : Payot.
16. Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris, France : PUF.
17. Marty, P. (1991). *Mentalisation psychosomatique*. Paris, France : Payot.
18. Marty, P., Uzan, M., et David, C.H. (1963). *Investigation psychosomatique*.Paris, France : PUF.
19. Marty, P. (1979). *Les mouvements individuels de vie et de mort, essai d'économie psychosomatique*. Parise, France : Payot.
20. Marty, P. (1984). *A propos des rêves chez les malades somatiques*. In revue Française de psychanalyse, 5 /1984
21. Pedinielli, S.L. (1999). *Les théories personnelles des patients. Pratiques psychologiques*. Paris, France : PUF.
22. Perrou, R. (1985). *Gènes de la personne*. Paris, France : PUF. SA.
23. Ramé, A, Théron. S. (2009). *Anatomie et physiologie*, Paris, France : Elsevier.
24. Sichel, J. p, Roueff. E. (1975), *Aspects psychiatriques de l'hémodialyse chronique*, in revue de médecine psychosomatique.
25. Sidous, H. (2018) *La greffe rénale, mentalisation et l'observance thérapeutique* (thèse de doctorat inédite). Université de Bejaia.
26. Sillamy, N. (1991), *dictionnaire de psychologie*,Paris, France : Larousse.
27. Simon, P. (2007), *l'insuffisance rénale prévention et traitement*. Paris, France : MASSON.
28. Smadja, C. (2001). *Pensé opératoire*. Paris, France : PUF.
29. Smadja, C. (2010). *Introduction au concept psychosomatique*, revue française psychosomatique, N37, 9-15.

Sites web

L'épuration extra rénale. (SD) repéré à [https:// \(http://rein-écho.info\)/35.html](https://(http://rein-écho.info)/35.html).

L'insuffisance rénale. Repéré à([https://rein-echos.Info\)/34](https://rein-echos.Info)/34). Html.

La greffe rénale. (s.d). repéré à([http://rein-echos.info\)/39](http://rein-echos.info)/39). Html.

www.renaloo.com/dp.htm.

La prise en charge des insuffisants rénaux-santé Maghreb. (s.d).Repéré à

http://www.santemaghreb.com/algerie/pdf/poivue_84.PDF.

Résumé

L'insuffisance rénale chronique, conduit le malade à deux types de traitements, l'hémodialyse et/ou la transplantation rénale cette dernière exige le suivi médicamenteux d'une façon éternelle pour protéger l'organe transplanté. Signalons que dans la plupart du temps la greffe rénale se réalise à base de donneurs vivants en Algérie. Ceci dit, les professionnels de ce domaine, ont observé, en période post-greffe que certains malades confrontent des moments difficiles ou ils assistent à des rejets dans tous ses formes. L'intégration du transplant rénal se fait à base de l'économie psychosomatique de chacun. On comparant la qualité de mentalisation évalué à travers l'entretien et le test projectif Rorschach, puis le parcours de la greffe c'est-à-dire l'incorporation du greffon (le rein transplanté) pour pouvoir discuter la tenue du corps tout ça nous renseigne sur la réussite ou ou l'échec de la greffe. Dans ce mémoire, nous avons exposé l'aspect médical de l'insuffisance rénale, le vécu psychologiques des greffés, les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique, la problématique, la méthodologie scientifique et enfin la conclusion.

Abstract

Chronic renal failure leads the patient to two types of treatment, hemodialysis and / or renal transplantation, the latter requiring drug monitoring in an eternal manner to protect the transplanted organ. Note that most of the time the kidney transplant is carried out on the basis of living donors in Algeria. That said, professionals in this field have observed, in the posttransplant period that some patients face difficult times or they witness rejection in all its forms. The integration of the renal transplant is based on the psychosomatic economy of each. We compare the quality of mentalization evaluated through the interview and the projective Rorschach test, then the course of the transplant, that is to say the incorporation of the graft (the transplanted kidney) in order to be able to discuss the holding of the body. tells us about the success or failure of the transplant. In this thesis, we have exposed the medical aspect of renal failure, the psychological experience of transplant recipients, the fundamental concepts of psychosomatic theory, the problem, the scientific methodology and finally the conclusion.

ملخص

يؤدي الفشل الكلوي المزمن المريض إلى نوعين من العلاج، غسيل الكلى و / أو زرع الكلى، ويتطلب الأخير مراقبة الأدوية بشكل أبدي لحماية العضو المزروع. علما أنه في معظم الأحيان يتم إجراء زراعة الكلى على أساس متبرعين أحياء في الجزائر. ومع ذلك، فقد لاحظ المتخصصون في هذا المجال، في فترة ما بعد الزرع أن بعض المرضى يواجهون أوقاتا صعبة أو يشهدون الرفض بجميع أشكاله. يعتمد تكامل زراعة الكلى على الاقتصاد النفسي الجسدي لكل منها. نقارن جودة الإسقاطي، ثم مسار الزرع، أي دمج الكسب غير المشروع Rorschach العقلية التي تم تقييمها من خلال المقابلة واختبار (الكلى المزروعة) حتى نتمكن من مناقشة عقد الجسم كل هذا يخبرنا عن نجاح أو فشل عملية الزرع. عرضنا في هذه المدكرة الجانب الطبي للفشل الكلوي والتجربة النفسية لمتلقي الزراعة والمفاهيم الأساسية للنظرية النفسية الجسدية والمشكلة والمنهج العلمي وأخيرا الخاتمة.