

UNIVERSITE ABEDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA  
FACULTEDES SCIENCES HUMAINES ET SCOCIALES  
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DE  
L'ORTHOPHONIE



## *Mémoire de fin de cycle*

Pour l'obtention du diplôme de Master en psychologie

Option : psychologie clinique

### Thème

**La qualité du fonctionnement psychosomatique chez les femmes abortives : Etude de 2cas à partir du Rorschach et de la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de J-B.**

Présenté par :

MAALI Feriel

NEDJMA Sabrina

Encadré par :

Pr. IKARDOUCHENE Zahia

Promotion 2022/2023

## REMERCIEMENTS

*Nous remercions tout d'abord dieu puissant qui nous a donné le courage  
Et la volonté pour réaliser ce travail.*

*Dans le cadre de ce mémoire de recherche, nous remercions notre  
Promotrice Pr IKARDOUCHENE ZAHIA pour nous avoir fait l'honneur de  
Nous encadrer, et qui nous a guidées tout à long de notre recherche, pour sa  
Qualité d'encadrement sa patience, et sa générosité.*

*Nous adressons aussi nos sincères remerciements à Mme Hamimi, les  
Médecins, et les gynécologues du service pour leurs aides, leurs conseils, et  
De nous avoir guidées et orientées durant le stage pratique.*

*Nous remercions s'adressent aussi à l'ensemble des enseignants de  
L'université A. Mira de Bejaïa, plus précisément aux enseignants du  
département de psychologie et de l'orthophonie, de la faculté des sciences  
Humains et sociales. Chacun a eu une contribution pour éveiller notre intérêt  
pour le fonctionnement humain.*

*Nous remercions les cas qui ont coopéré avec nous dans ce travaille, sans  
elles ce travail ne serait pas réalisé.*

*Enfin nous remercions tous les membres de jury qui ont bien voulu  
Accepter de lire ce travail et de l'évaluer.*

## *Dédicace*

*Je dédie ce modeste travail à :*

*Mes chères, parents, la plus belle des richesses, les plus chères au  
Monde, ceux qui ont été toujours présent toute au long de mon parcours pour  
Me consolider, m'encourager et me donner la force de continuer jusqu'au  
Bout.*

*Maman, papa que dieu puisse vous accorder santé, bonheur et longue vie.*

*A mon très cher époux Mouloud qui m'a soutenu et m'a encouragé ainsi*

*Que ma belle- famille.*

*A mes sœurs, Ouardia, Kahina, Lydia et mon petit frère Illyés*

*A mes neveux et mes nièces : Tawa, Imane, Aylane, Sala et*

*Adem.*

*Sans oublier mon binôme Fariel pour son soutien moral, sa patience et sa  
Compréhension tout au long de ce projet.*

*Nedjma Sabrina*



## Dédicace

*Je dédie ce modeste travail :*

*A ma chère mère, mes adorable frères Jugurtha, Omar et Aissa pour leur amour, leur sacrifice, leur encouragement tout au long de mon parcours*

*A Lyes, pour son encouragement, sa patience illimitée et son soutien moral*

*. A mes amis, Kenza, Tannissia, Bahia, imene, malak, louanes, younes, moud.*

*A mon binôme Sabrina pour son soutien, sa compréhension durant tout ce projet.*

*Feriel*

## Sommaire

### Introduction générale

#### Chapitre I : Problématique et hypothèse

Présentation de l'étude :

1. Problématique et hypothèses.....	05
1.1 Questions de l'étude .....	09
1. 2. Hypothèses de l'étude .....	10
3. Raisons du choix du thème .....	10
4. Les Objectifs de l'étude .....	10
5. L'importance de l'étude .....	10
6. Définitions opérationnelles .....	11
6.1. Fonctionnement psychosomatique.....	11
6.2. L'avortement.....	11
7. Les études précédentes .....	12

#### Chapitre II : Le fonctionnement psychosomatique

Préambule

1. Définition et histoire de la psychosomatique.....	16
1.1 Définition de la psychosomatique.....	16
1.2 Histoire de la psychosomatique .....	16
1.2.1 August Heinroth, l'inventeur du terme de psychosomatique.....	17
1.2.2 Felix Deutsch, le médecin de Freud.....	18
1.2.3 Alexander et les concepts de refoulement émotionnel et des types de personnalité.....	18
1.2.4 Dunbar et les questionnaires de profils de personnalité.....	19
1.2.5 L'influence de l'école psychosomatique française par l'école de Chicago.....	19
1.2.6 Marty et la pensée opératoire.....	19
1.2.7Stora et la psychosomatique intégrative.....	20
2. Le fonctionnement psychosomatique .....	22
2.1 La critique de STORA pour l'Ecole de Paris 5.....	22
2.2 Le fonctionnement psychosomatique : Considérations théoriques.....	25
2.3 Fonctionnement psychosomatique et processus de somatisation : un cas de figure.....	26

2.4 L'organisation cénesthésique et le stade passif de la réception sensorielle et motrice.....	26
CONCLUSION	

### **Chapitre III : L'avortement ( Les femmes abortives)**

#### Préambule

1. La définition de l'avortement.....	31
2. Les types d'avortements.....	31
2.1. L'avortement spontané.....	31
2.1.1 L'avortement spontané à répétition.....	32
2.1.2 Étiologie de la fausse couche.....	32
2.1.3 Diagnostique de l'avortement spontané.....	33
2.1.4 Traitement médicamenteux.....	33
2.1.5 La prise en charge.....	34
2.2 L'avortement provoqué.....	34
2.2.1 Etiologie de l'avortement provoqué.....	34
2.2.2 Traitement de l'avortement provoqué.....	35
2.2.3 Conséquences de l'avortement.....	35
2.2.4 La prise en charge.....	35
2.3 L'avortement thérapeutique.....	36
2.3.1 Les causes de l'avortement thérapeutique.....	36
2.3.2 Les complications de l'avortement thérapeutique.....	36

#### Conclusion

### **Chapitre IV : Procédures méthodologiques de l'étude**

#### Préambule

1. Méthodologie et sa définition .....	38
1.1. Définition de La méthode clinique.....	38
2. Le cadre temporel et spatial de la recherche .....	38
2.1 Le temps de la recherche.....	38
2.1.1 La pré-enquête.....	38
2.1.2 L'enquête.....	38
3. Le cadre spatial de la recherche .....	39
4. Outils utilisés dans la recherche.....	41
4.1 L'entretien clinique semi directif par la méthode d'investigation psychosomatique .....	41
4.1.1 Guide de l'entretien.....	42
4.1.2 Présentation des axes du guide d'entretien.....	43
4.2 Le test du Rorschach.....	50
4.2.2 Passation du test Rorschach.....	51
5. Présentation du groupe de recherche.....	53
5.1 Condition d'inclusion des cas dans le groupe de recherche.....	53
5.2 Caractéristiques du groupe d'étude.....	53
6. Le déroulement de la pratique.....	54
7. Analyse des techniques utilisées.....	54
7.1 Analyse des données de l'entretien.....	54
7.2 L'analyse du protocole Rorschach.....	54
7.3 Présentation de la grille d'évaluation psychosomatique.....	56
7.3.1 Validité et fiabilité des outils utilisés.....	56
Conclusion	

## **Chapitre V : Analyse des données et discussion des hypothèses**

1. Cas Nadia	
1.1 Présentation des données de l'entretien.....	59
1.2 Analyse des données de l'entretien.....	69



1.3 Evaluation de la santé et du risque psychosomatique de Nadia.....	72
1.4 Diagnostique selon la nosographie psychosomatique.....	79
1.5 Présentation et analyse du protocole de Nadia.....	80
1.6 Résumé du protocole de cas Nadia.....	85
Résumé du cas	
2. Cas Salima	
2.1 Présentation des données de l'entretien .....	86
2.2 Evaluation de la santé et du risque psychosomatique de salima.....	103
3. Evaluation de la dimension narcissique.....	103
4. La dimension masochique.....	103
5. L'évaluation de l'épaisseur du préconscient.....	104
6. Influence de la culture sur le fonctionnement psychique.....	107
7. Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique.....	112

## **Déduction générale et analyse des données**

### **Conclusion générale**

### **Liste bibliographique**

**Annexe 1**

**Annexe 2**

**Annexe 3**

## **LISTE DES FIGURES**

Figure N°1	Montrant les pionniers de la médecine psychosomatique selon Dr. Hussler
Figure N°2	L'influence de l'école psychosomatique française par l'école de Chicago

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau N°1	Nombre des travailleurs au sein de l'établissement
Tableau N°2	Caractéristiques des cas étudiés
Tableau N°3	Les évènements de vie et troubles somatiques avec commentaire

## Résumé de l'étude

L'avortement est un problème de santé grave qui indique un déséquilibre et une menace pour l'homéostasie. Nous avons remarqué que l'avortement rentre dans un processus qui dépend de nombreuses variables et est, par conséquent, à considérer dans sa dimension complexe.

La présente étude vise à connaître le fonctionnement psychosomatique de la femme abortive et ce, à partir de la théorie psychosomatique intégrative de Jean Benjamin Stora.

Ce dernier a donné une explication de la somatisation, comme nouvelle discipline qu'il a créée et qu'il a nommée : *la théorie des cinq systèmes* qui englobe le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le système génétique.

Pour Stora, il n'y a pas de cause psychologique à une maladie, et les humains ne sont en aucun cas responsables de leurs maladies. Le problème est plus complexe et de nature multifactorielle.

Il n'y a pas de maladie psychosomatique, mais une personne psychosomatique. De ce fait, ne peut, en aucun cas, traiter une personne en séparant son psychisme ou son soma. Toute explication de problèmes liés à la santé, ne peut venir que d'une vision intégrative. Ainsi, pour comprendre une femme abortive, par exemple, on devait prendre en considération l'histoire de sa maturité biologique et psychologique ensemble ; prendre en considération ce qui a marqué le développement de la femme abortive et donc, comprendre ce qui s'est passé dans son histoire pour en arriver à avoir des atteintes somatiques. Pour comprendre le processus dans lequel se sont engendrés les avortements, il est nécessaire le risque psychosomatique, en nous référant aux outils développés par la psychosomatique intégrative de Jean Benjamin Stora.

Nous avons, donc, essayé de vérifier l'hypothèse suivante : Le fonctionnement psychosomatique chez la femme abortive indiquera un risque selon l'évaluation du risque psychosomatique de Jean-Benjamin Stora.

Dans notre étude, nous nous sommes appuyés sur l'approche clinique basée sur l'étude de cas, au cours de laquelle un entretien clinique semi-directif a été utilisé de sorte à pouvoir remplir la grille de l'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de J-B. Stora.

Nous avons rencontré deux (2) cas (Salima et Nadia), à travers (2) entretiens et chez lesquelles nous avons observé la tendance à la fragilité de leur fonctionnement psychosomatique et leur tendance au risque de désorganisation psychosomatique, vérifiant ainsi, notre hypothèse.

Mots clés : Fonctionnement psychosomatique, Femme abortive ; psychosomatique intégrative.

#### Summary of the study

The present study aims to know the psychosomatic functioning of the abortive woman and this, from the integrative psychosomatic theory of Jean Benjamin Stora.

This explanation of somatization, is a new discipline which is named : the theory of the five systems which encompasses the psychic system, the central nervous system, the autonomic nervous system, the immune system and the genetic system. For Stora, there is no psychological cause for illness, and humans are in no way responsible for their illnesses. The problem is more complex and multifactorial in nature. There is no psychosomatic disease, but a psychosomatic person. Therefore, cannot, under any circumstances, treat a person by separating his psyche or his soma. Any explanation of health-related problems can only come from an integrative view. Thus, to understand an abortive woman, for example, we must consider the history of her biological and psychological maturity together ; take into consideration what marked the development of the abortive woman and therefore understand what happened in her history to arrive at somatic damage. To understand the process in which abortions are generated, it is necessary to evaluate the psychosomatic risk, by referring to the tools developed by the integrative psychosomatics of Jean Benjamin Stora.

We therefore tried to verify the following hypothesis : Psychosomatic functioning of an abortive woman will indicate a risk according to Jean-Benjamin Stora's psychosomatic risk assessment. Our clinical study based on the case study, during which a semi-directive clinical interview was used so as to be able to fill in the grid for the evaluation of health and psychosomatic risk of J-B. Store.

We met two (2) cases (Salima and Nadia), through 2 interviews and with who we observed the tendency to the fragility of their psychosomatic functioning and their tendency to the risk of psychosomatic disorganization, thus verifying our hypothesis.

Abortion is a serious health problem that indicates an imbalance and a threat to homeostasis. We have noticed that abortion is part of a process that depends on many variables and is therefore to be considered in its complex dimension.

Keywords : Psychosomatic functioning, Abortive woman ; integrative psychosomatics.

## INTRODUCTION :

Il existe de nombreuses approches théoriques pour traiter la souffrance humaine, et dans cette modeste recherche, nous avons essayé de comprendre la souffrance de la femme abortive. Pour y parvenir, nous avons plusieurs options sur le plan théorique et nous avons choisi l'approche intégrative du Stora, qui nous a semblé plus proche de la complexité du fonctionnement humain.

Stora est parti de la théorie de Pierre Marty au départ mais va le critiquer et pointer les insuffisances qu'il tentait de pallier à la fin. Nous savons, tous, que l'être humain est confronté quotidiennement à plusieurs excitations, qui résulte des expériences de la vie quotidienne (pressions, trauma etc....) et que cette excitation nécessite que nos systèmes psychologiques la stabilisent mentalement. Lorsque cet appareil échoue dans l'élaboration mentale, les excitations affluent, comme nous l'avait dit Marty, vers les organes et les fonctions corporelles ; C'était son interprétation de la somatisation que Stora résumait et transcendait.

En essayant d'appliquer cette théorie et cette clinique, Stora n'a pas pu diagnostiquer les patients selon les classifications de Pierre Marty, car il a rencontré des patients qui ne se souvenaient pas de leur enfance, qui ne rêvaient pas, qui n'avaient aucune association de pensées et qu'il ne pouvait pas les faire entrer dans un modèle d'interprétation. De plus, il a fallu plusieurs années à Stora, entre cinq et six ans, pour se rendre compte que le flux d'excitation était en fait une métaphore plutôt qu'une explication scientifique. Il a donc repris le problème pour découvrir progressivement la psychosomatique intégrative.

La théorie intégrative de Stora a alors fourni une explication de la somatisation qu'il a appelé la théorie des cinq systèmes : le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le système génétique. Pour cette théorie, il n'y a aucune cause unilatérale, qu'elle soit psychologique ou autre, pour une maladie, et les humains ne sont en aucun cas responsables de leurs maladies. Le problème est plus complexe et de nature multi causale. Il n'y a pas de maladies psychosomatiques, mais d'individu psychosomatique.

La curiosité nous a éveillés dans la recherche d'un fonctionnement psychosomatique chez une population pour laquelle il y a peu d'intérêt, notamment sur le plan psychosomatique, à savoir les patientes atteintes dans leur maternité par les avortements répétés et qui empêchent l'aboutissement à l'expérience de devenir mère. Le

manque de recherche sur ce sujet peut s'expliquer par plusieurs facteurs, dont le fait que les théories qui distinguent les troubles dans lesquels l'aspect psychologique joue un rôle et les troubles dans lesquels il n'en jouent pas, sont encore prédominantes dans la majorité des recherches et l'avortement figure parmi les troubles qui appartiennent à cette dernière catégorie, c'est-à-dire dans lesquels l'aspect psychologique n'est pas pris en compte dans sa compréhension et sa prise en charge.

Ainsi, pour comprendre la qualité du fonctionnement psychosomatique de la femme abortive, nous avons appliqué la grille d'évaluation du risque psychosomatique de Stora. Cette évaluation est basée sur l'entretien clinique semi-directif, dans lequel nous avons exploré l'histoire personnelle et pathologique de chacun des deux cas.

L'avortement est la procédure médicale ou chirurgicale qui permet de mettre fin à une grossesse en enlevant l'embryon ou le fœtus de l'utérus avant qu'il ne soit viable. Il existe différents types d'avortement médicamenteux, qui utilise des médicaments pour provoquer l'expulsion de l'embryon ou du fœtus, et l'avortement chirurgical, qui implique une intervention médicale pour enlever le tissu utérin. Le droit à l'avortement est un sujet controversé et souvent politisé dans de nombreux pays du monde.

Dans le contexte de l'avortement, la psychosomatique peut jouer un rôle important car cette décision peut être très chargée émotionnellement pour les personnes impliquées. Des sentiments de tristesse, de culpabilité, de honte, de peur ou d'anxiété peuvent affecter la santé physique et psychologique de la personne.

Certaines études ont montré que les femmes ayant subi un avortement peuvent présenter des symptômes physiques et émotionnels tels que saignements prolongés, des douleurs pelviennes, des cauchemars, des troubles du sommeil, des difficultés relationnelles et des répercussions sur leur santé physique. Les professionnels de la santé qui traitent les femmes qui ont subi un avortement doivent être conscients de ces facteurs et être en mesure de fournir un soutien émotionnel et psychologique approprié.

En fin de compte, la psychosomatique peut aider à comprendre comment les expériences émotionnelles et les réactions physiques sont liées, et comment une approche de traitement holistique peut aider les femmes à surmonter les défis liés à l'avortement.

Pour ce fait, nous avons réalisé une étude sur le fonctionnement psychosomatique chez les femmes abortives et nous avons choisi l'étude de cas et la méthode descriptive pour essayer de vérifier nos hypothèses, en utilisant un entretien clinique semi-directif selon la méthode d'investigation psychosomatique intégrative et le test Rorschach.

L'étude actuelle est divisée en deux parties : la partie théorique et la partie pratique.

**La première partie** concerne l'aspect théorique qui, lui-même, comprend trois chapitres :

- Le premier chapitre est lié à la problématique, les hypothèses, les objectifs, l'importance et les définitions opérationnelles des concepts de la présente étude et enfin, nous avons procédé, à la fin du chapitre, à montrer les limites de l'étude.
- Le deuxième chapitre concerne le fonctionnement psychosomatique.
- Enfin le troisième chapitre est consacré à l'avortement sur le plan médical.

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

**La deuxième partie** concerne la pratique de notre étude.

La partie pratique contient deux chapitres (4 et 5) qui ont traité :

- Les démarches méthodologiques de l'étude de terrain et les éléments suivants y ont été détaillés : introduction à la méthodologie, la dimension spatiale et temporelle de l'étude, les outils utilisés et le groupe de recherche, la pratique et enfin un résumé du chapitre.
- Le cinquième et dernier chapitre contient :
  - La présentation et l'analyse des résultats.
  - Discussion des hypothèses.
  - Conclusion générale.

L'étude s'est terminée par une liste bibliographique ainsi qu'un ensemble d'annexes liées à l'étude.

## 1. Problématique et hypothèses :

L'avortement est la procédure médicale ou chirurgicale qui permet de mettre fin à une grossesse en enlevant l'embryon ou le fœtus de l'utérus avant qu'il ne soit viable. Il existe différents types d'avortement médicamenteux, qui utilise des médicaments pour provoquer l'expulsion de l'embryon ou du fœtus, et l'avortement chirurgical, qui implique une intervention médicale pour enlever le tissu utérin. Le droit à l'avortement est un sujet controversé et souvent politisé dans de nombreux pays du monde.

L'avortement semble être le fruit du hasard, mais ce n'est pas qu'il survienne au cours d'un long processus, donc nous, en tant que psychologues, c'est notre prérogative professionnelle de demander ce qui s'est passé au début du processus.

Dans un dossier complet, publié dans un numéro spécial du *Journal of Integrative Psychosomatics*, 2018, Stora affirme qu'à travers des souffrances apparemment exclusivement organiques, il est possible de parler au-delà du problème somatique. Il ne faut pas continuer à appliquer le même traitement à toutes les personnes qui ont la même maladie, biologiquement parlant, sans prêter attention aux caractéristiques de leur économie psychologique et à leurs aspects généraux. (Stora, 2018).

La santé n'est pas du tout une quantité donnée d'un coup, mais est soumise à un processus complexe dans lequel les conditions environnementales et le rôle de l'autre jouent un rôle majeur. Stora ne reconnaît pas le rôle unique du système psychologique, puisqu'il insiste sur l'importance de renforcer les mécanismes de défense pour permettre au patient de retrouver l'équilibre psycho-physique, mais il ne reconnaît pas que ces mécanismes seuls suffisent à prendre en charge la situation. Ainsi, il recommande de surveiller l'environnement afin d'éviter les pertes d'équilibre.

Tenant compte des apports scientifiques dans le domaine de la médecine et des neurosciences, Stora a proposé une approche théorique et clinique globale et intégrative qui reprend l'approche présentée par Pierre Marty, et a proposé un modèle multi factoriel des contextes de somatisation. Le système psychologique, selon Stora, accomplit une tâche fondamentale, qui est de réguler la quantité d'excitations quotidiennes, et il n'est pas en désaccord avec Pierre Marty à ce sujet. Cependant, Stora estime que le système psychologique n'est pas le seul impliqué dans le cas de dysfonctionnement ; Le système nerveux central et le système immunitaire font également ce travail. La psyché n'est pas isolée du corps.



En faisant une revue de lecture de la psychosomatique intégrative, on comprendra qu'il s'agit « d'une discipline qui cherche à comprendre la nature des somatisations. Les patients somatiques sont abordés selon trois axes : un modèle métapsychologique spécifique (différent de la métapsychologie orthodoxe), les approches médicales et enfin les circuits neuronaux. A partir de la théorie des cinq systèmes, fondée sur la théorie générale des systèmes de Ludwig von Bertalanffy (Von Bertalanffy, L. 1973). La psychosomatique intégrative aborde les relations entre les systèmes psychiques, nerveux central, nerveux autonome, immunitaire et génétique, c'est-à-dire la théorie des cinq systèmes » (Stora, 2011, P.3).

Il s'agit de chercher quel est le destin des excitations externes et internes qui envahissent les individus au quotidien et qui sollicite en premier lieu le système psychique. Ces excitations sont évacuées, d'après la psychosomatique intégrative, par le biais de trois modes de décharge privilégiée : par un travail mental de l'appareil psychique, par les comportements et lorsque ces deux modes sont insuffisants, le système nerveux central transmet les excitations au système de défense biologique, ouvrant la voie aux somatisations (Stora, 2011).

Bien que Stora, soit partie au départ de la théorie de Pierre Marty, il s'en est distingué de plus en plus car il voyait que « Pierre Marty fonde toute sa théorie sur la philosophie vitaliste tournant ainsi le dos aux principes physico-chimiques auxquels Freud adhérerait. Il n'y a aucune base ni aucune continuité du physique au psychique » (Stora, 2018, P. 29).

La psychosomatique intégrative, est une approche économique puisqu'elle considère que l'énergie métabolique et l'énergie libidinale forment l'essentiel du dispositif de traitement des excitations. Quand les énergies non traitées au niveau du système psychique atteignent la limite, elles transitent alors par le système nerveux central en empruntant des réseaux neuronaux forts complexes qui les déchargent au niveau des différents systèmes de défense biologique : fonctions et organes.

Selon la théorie psychosomatique intégrative, de J-B. STORA, « il n'y a pas un état d'homéostasie unique, mais une infinité d'états d'équilibre stables. Nous sommes définitivement dans la théorie des systèmes et dans la théorie des systèmes dissipatifs d'énergie puisque la psychosomatique intégrative possède une importante dimension « économique (énergétique) » (Stora, 2015, P. 13). Nous comprendrons ici, donc, que contrairement à la psychanalyse orthodoxe, où l'énergie libidinale est conçu comme un système fermé, inspiré lui-même de la thermodynamie, la psychosomatique intégrative,

s'inspire de la théorie des énergies de Von Bertalanffy, L. 1973, ce dernier, fait un constat de taille qui a inspiré plusieurs domaines des sciences humaines à savoir que dans l'ordre du vivant, on ne peut concevoir la circulation des énergies dans un système fermé, mais dans un système ouvert<sup>1</sup>.

Ce modèle, nous permet d'inclure « des variables psychologiques qualitatives. Jusqu'à présent la totalité des études épidémiologiques en médecine était fondée sur des variables quantitatives biologiques. Il est temps de compliquer le modèle, d'étudier enfin les êtres humains, et d'adopter la Psychosomatique Intégrative » (Stora, 2015, P. 13).

Les patients somatiques ont des fixations archaïques qui relèvent de la première année de vie accompagnés par des carences objectales (relation à l'objet maternel ou à son substitut), et des fixations pré-génitales. Selon STORA, la clinique lui a montré que les problématiques œdipiennes apparaissent rarement sinon jamais. On comprend, par-là, que l'appareil psychique n'a pas suffisamment intégré les comportements, les affects et les représentations mentales (de choses et de mots) pour être capable de travailler sur les excitations externes et internes. L'appareil psychique incomplet ne peut de toute évidence gérer le quantum d'excitations (Stora, 2015).

Mesurer le risque psychosomatique consiste à évaluer ensemble le fonctionnement psychique et le risque somatique. Une méthode d'évaluation combinant les variables qualitatives et quantitatives.

L'évolution de la médecine psychosomatique a pris sens à partir des travaux de H. Selye sur le stress, qui ont poussé Le *Handbook of Stress Medicine* (6) décrit ainsi minutieusement tous les mécanismes métaboliques et neurochimiques qui peuvent constituer des interrelations entre phénomènes somatiques et comportements psychologiques. En effet, le Dr Hans Selye, a développé un modèle de réponses somatiques et psychiques aux stimuli du quotidien. En tant que médecin et endocrinologue, Selye a mis en relation des événements de vie déclenchant des réponses psychiques d'adaptation (angoisse, dépression, troubles du comportement et de la cognition, baisse de la vigilance, troubles de l'attention et de la mémoire etc.) et des réponses somatiques par l'intermédiaire de plusieurs axes neuronaux (production de neuro-hormones) : l'axe adrénérergique, l'axe ante-hypophyse-ACTH ou adrénocorticotrophine-

---

<sup>1</sup> Ainsi, pour la Théorie générale des systèmes Bertalanffy: La science moderne se caractérise par sa spécialisation toujours croissante, rendue nécessaire par la l'énorme quantité de données, la complexité des techniques et des structures théoriques au sein de chaque champ. Ainsi la science se scinde en d'innombrables disciplines générant continuellement de nouvelles sous-disciplines. En conséquence, le physicien, le biologiste, le psychologue et le social comme scientifiques sont, pour ainsi dire, encapsulés dans leurs univers privés.

gluco-corticoïdes et l'hormone somatotrope (STH)-minéralo-corticoïdes.

D'autres axes d'interrelations des phénomènes psychiques et somatiques ont depuis été découverts : le système SAM (sympathique-ad rénal-médullaire) qui relâche de la norépinephrine, de l'épinéphrine et d'autres catécholamines dans le sang, et qui est connecté au système HPAC<sup>2</sup> ou hypothalamopituitaire-adrénocortical (Stora, 1992) découvert par Selye ; le système EO (endogène opioïde) qui a un effet sur la douleur et affecte aussi le système immunitaire.

Ces trois systèmes sont inter-reliés et leurs effets combinés agissent sur le système immunitaire. Les cytokines-interleukine I influencent le système nerveux central en provoquant la relâche de la CRH-Corticotropin-releasing hormone par l'hypothalamus, de même l'interleukine II active le système HPAC dont l'hyperactivité est fréquente chez les patients souffrant de dépression majeure, symptôme de comorbidité signalé chez les patients cancéreux. Toutes ces recherches poursuivies actuellement nous incitent à réfléchir aux passerelles entre les différents niveaux du vivant (Stora, 1992).

Stora a ainsi pu proposer de mettre en relation une organisation somatopsychique première – l'organisation cénesthésique des marqueurs somatopsychiques au niveau du système cérébro-psychique et enfin une interrelation entre représentations potentielles acquises et représentations de l'appareil psychique. Cette proposition théorique devrait faciliter la compréhension et l'appréhension des somatisations dans toutes leurs dimensions, et surtout mettre fin à la dichotomie soma-psyché.

Nous tenterons, donc, d'évaluer la qualité du fonctionnement psychosomatique chez la femme ayant avorté à partir de la théorie de Stora, qui considère le système psychique comme l'un des dispositifs qui contribue à la prévention des maladies somatiques à côté d'autres dispositifs. Stora a proposé une méthodologie pratique qui aide à détecter la fragilité psychosomatique, et à travers elle, nous essaierons de faire la lumière sur la qualité du fonctionnement psychosomatique chez une femme ayant avorté, et en conséquence nous essaierons de répondre aux questions suivantes :

## **1. Questions d'étude :**

1.1 Comment le fonctionnement psychosomatique apparaîtrait-il chez une femme abortive en référence à la méthode d'évaluation de la santé et des risques psychosomatiques

---

<sup>2</sup> Le système HPCA possède des effets suppressifs de la fonction immunitaire par le biais de sécrétion decorticostéroïdes conduisant à une diminution du nombre de lymphocytes.

de Jan Benjamin Stora ?

1.1.1 Le fonctionnement psychosomatique chez une femme abortive indiquera-t-il un risque d'après la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de Benjamin Stora ?

1.1.1.1 Le risque psychosomatique chez la femme abortive, sera –t-il plus apparent chez la femme ayant des avortements répétés ?

1.1.1.2 La production projective au Rorschach, indiquera-t-elle une fragilité narcissique allant dans le sens de l'absence de l'intégration de l'objet complet, tel qu'il a été mentionné par Stora ?

1.1.1.3 Cette fragilité narcissique sera-t-elle plus apparente chez la femme ayant des avortements répétés et souffrant de maladies somatiques menaçant la vie de la femme ayant avorté ?

## **2. Hypothèses de l'étude :**

2.1 Chez une femme abortive, le fonctionnement psychosomatique indiquera un risque selon la grille d'évaluation de la santé et des risques psychosomatiques de Jean Benjamin Stora.

2.1.1 Le risque psychosomatique chez la femme abortive, sera –t-il plus apparent chez la femme ayant des avortements répétés

2.1.2 La production projective au Rorschach, révélera une fragilité narcissique allant dans le sens de l'absence de l'intégration de l'objet complet, tel qu'il a été mentionné par Stora

2.1.3 Cette fragilité narcissique sera plus apparente chez la femme ayant des avortements répétés et souffrant de maladies somatiques menaçant la vie de la femme ayant avorté.

## **3. Raisons du choix du thème :**

Nous avons choisi ce thème car le sujet du fonctionnement psychosomatique chez les femmes ayant subi un avortement selon la grille de J-B. Stora car c'est un sujet important et sensible qui mérite une attention et une compréhension plus approfondies.

Il est important de comprendre comment les facteurs de risques peuvent influencer leur fonctionnement psychosomatique.

## **4. Les objectifs de l'étude :**

- Evaluation du qu du risque psychosomatique Chez la femme abortive, en nous basant sur l'application de la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de J - B. Stora.
- Une meilleure compréhension du processus d'avortement d'un point de vue psychosomatique intégratif.
- Essayer de détecter des indicateurs d'évolution de l'état de santé des femmes abortive par rapport à leur difficulté d'aboutir dans leur projet de maternité.

## 5. L'importance de l'étude :

- Cette étude représente un complément à la recherche psychologique dans le domaine de la psychologie clinique. Nous n'avons pas trouvé d'études qui ont traité le fonctionnement psychosomatique à partir de l'approche intégrative chez la femme abortive, ceci à notre connaissance, à l'exception de l'étude du Dr. IKARDOUCHENE Zahia (2015), dans le cadre de la préparation d'un diplôme universitaire en psychosomatique intégrative, qui a été soutenu à la Faculté de Médecine, Université Paris 6-Salpêtrière, en septembre 2015.
- C'est une étude enrichissante pour la compréhension du processus dans lequel apparaît l'avortement chez la femme.
- Cette étude contribue à combler le déficit d'études au niveau local dans le domaine de la maternité.
- C'est une étude qui cherche dans le cadre d'une nouvelle approche scientifique et qui aspire à comprendre l'avortement dans le contexte psychosomatique.
- Ouvrir des champs d'études pour d'autres maladies à partir de l'approche intégrative, cette étude peut être, donc, le noyau duquel émergera d'autres études
  - Faire la lumière sur la souffrance psychologique d'une femme qui a avorté
  - Attirer l'attention sur l'importance de la présence de psychologues, formés en psychosomatique intégrative, à la maternité
  - La théorie psychosomatique intégrative est considérée comme une théorie nouvelle et comprend plusieurs disciplines et l'aborder, montrerait l'importance de ne pas se refermer sur le seul aspect psychologique lorsqu'il s'agit de maladies somatiques.
  - Il est possible, sur la base de la détection d'indicateurs de progression de l'état de santé de la femme, de coopérer avec le médecin pour proposer un traitement intégré.
  - L'étude actuelle permet d'ouvrir de nouveaux horizons pour la recherche dans le domaine de la psychosomatique.

## **6. Définitions opérationnelles :**

### **6.1. Fonctionnement psychosomatique :**

Le fonctionnement psychosomatique est déterminé par la réponse de la femme aux entretiens et au protocole du Rorschach et la comparaison des données avec la grille de l'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de J-B. STORA. Cette comparaison va aboutir à montrer la présence d'un risque psychosomatique ou l'absence de ce risque. Aussi, elle va montrer si le risque peut évoluer vers une amélioration du cas, ou à un risque d'aggravation.

**6.2. L'avortement :** Dans la présente étude, l'avortement est diagnostiqué par un médecin, qui procède à l'indication de procédure médicale ou chirurgicale qui permet de mettre fin à une grossesse en enlevant l'embryon ou le fœtus de l'utérus avant qu'il ne soit viable.

## **7. Les études précédentes :**

Nous n'avons pas trouvé beaucoup d'études sur l'approche psychosomatique intégrative, et ce même en ce qui concerne les études étrangères, et il n'y a presque pas d'études en Algérie - dans la limite des connaissances des étudiantes. Mais, en termes d'abord psychosomatique dans d'autres approches, il existe de nombreuses études. Nous essaierons de présenter quelques recherches en rapport avec le sujet de la présente étude.

- Une étude épidémiologique du Pr Stora Jean Benjamin (2013) intitulée « Psychosomatique de l'enfant et vie psychique », faite à Paris.

Sur la base de sa théorie, il est parvenu aux conclusions suivantes :

- Le système psychique joue un rôle important dans les maladies somatiques, mais il n'est pas le seul à jouer ce rôle.
- L'évaluation psychosomatique nous aide au diagnostic pour arriver au traitement, car il s'agit d'une méthode complémentaire au traitement médical.
- Les pressions et le stress de la mère pendant sa grossesse, résultant de son environnement psycho-émotionnel, jouent un rôle majeur dans les premières années de la vie, durant lesquelles on peut émettre des hypothèses sur le déséquilibre des cinq systèmes (qui clarifient et expliquent la psychosomatique de la personne adulte : le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux sympathique, le système immunitaire et le système génétique).

- L'étude du Dr. Prof. IKARDOUCHENE BALI Zahia (2015) intitulée : « Approche Psychosomatique Intégrative dans le cadre d'une Grossesse à Risque » : mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire de Psychosomatique Intégrative qui a été discutée à la Faculté de Médecine, Université de Paris 6, Salpêtrière, France.

Cette chercheuse a traité 15 cas de femmes enceintes à risque et a présenté un cas détaillé dans lequel elle a abordé un cas de femme en situation de grossesse à risque mais ayant vécu une stérilité qui a duré 12ans. La chercheuse souligne qu'en supposant la toute-puissance du désir sur le fonctionnement du corps, nous oblige à expliquer le processus de passage de la pulsion au symptôme, quel processus est mis en œuvre, dans le lieu du conflit, qu'est le corps, pour « fabriquer » ce symptôme de stérilité ou d'avortement ? Les mécanismes organiques qui empêcheraient l'ovulation, contracteraient les trompes, décrocher le fœtus aurait-il un sens de décharge de conflits dans le corps ? Ces questions prennent leur importance, d'autant que cette chercheuse s'était inscrite, dans ces recherches antérieures sur la maternité, dans le courant psychanalytique et où dans le cadre de son doctorat, elle avait rencontré des cas de stérilité qu'elle qualifiait de « psychogènes ».

En se basant sur l'application des outils enseignés lors du diplôme universitaire de psychosomatique intégrative à Paris 6, la chercheuse a étudié le fonctionnement des femmes enceintes qui souffraient de difficultés multiples, comme l'hypertension artérielle, l'asthme, les allergies diverses, le diabète gestationnel, etc. La chercheuse a conclu qu'au cours du développement des cas étudiés, le désinvestissement des fonctions corporelles s'est produit et, donc, il n'y avait pas d'investissement libidinal pour les fonctions de reproduction dans le corps. Pour devenir mère, une femme assume un processus de maturation qui combine plusieurs facteurs. La chercheuse a présenté un cas qui a souffert d'infertilité pendant 12 années et qui a pu devenir enceinte, mais avec l'apparition de troubles physiques, comme un dysfonctionnement des glandes endocriniennes, de diabète, de tension artérielle, etc.

Ce travail s'est appuyé sur la méthode d'évaluation et de diagnostic de la santé psychosomatique, et l'évaluation globale des risques psychosomatiques (CIM10, DSM-V). La chercheuse a utilisé la grille de détection des risques psychosomatiques, version 2011 ainsi que le questionnaire et les scores de prévalence des différents troubles. Comme le dit Stora et mentionné par la chercheuse : Dans l'accouchement il n'y a pas qu'un acte, car nous, en tant qu'êtres biologiques, pouvons donner naissance, lorsqu'il y a une relation sexuelle, mais devenir mère ou père nécessite une maturité psychologique plus intégrée.

- Une étude du chercheur IKARDOUCHENE Bali Zahia et du professeur J-B. Stora sur la grossesse à risque, qui a été publiée en 2018. Au cours de ce travail, le processus de grossesse à risque a été expliqué dans un cas qui a souffert d'infertilité pendant 12 ans et qui a atteint un traitement pour sa l'infertilité et l'obtention d'une grossesse, mais cette grossesse a ouvert la voie à de graves troubles. Elle menaçait la vie de la patiente et la vie de son fœtus. Ces deux chercheurs ont expliqué la fragilité psychosomatique de cette affection et l'immaturité de sa fonction maternelle, qui à son tour reflétait des difficultés au niveau de son développement.
- L'étude d'IKARDOUCHENE Zahia, sur l'abord psychopathologique des femmes stériles et qui a été publiée en 2019. Cette étude a abordé les problématiques psychopathologiques de la femme stérile et a montré sa fragilité.
- Une recherche du professeur Stora, qui a fait l'objet d'un dossier complet sur le cancer du sein, et qui a été publiée dans un numéro spécial du Journal of Integrative Psychosomatics, 2018, Stora confirme qu'à travers une souffrance qui apparaît exclusivement organique, il est possible de parler de ce qui est au-delà du problème du cancer.

Grâce à ses résultats, il a constaté que pour chaque femme atteinte d'un cancer du sein, il y a des incidents importants dans l'histoire de la construction de son identité, et que le processus du cancer a commencé avec l'émergence d'incidents importants dans la vie d'une femme. Il a expliqué pourquoi il ne faut pas continuer à appliquer le même traitement à toutes les femmes qui ont eu le même cancer, sans prêter attention aux caractéristiques économiques de leur psyché et à leurs aspects généraux (Stora, 2018) ; Stora ne reconnaît pas le rôle unique du système psychique, et il insiste sur l'importance de renforcer les mécanismes de défense pour permettre au patient de retrouver l'équilibre psychosomatique. Il recommande également de surveiller l'environnement de la femme afin de prévenir le déséquilibre.

- Depreux (2010), a mené une étude dans le cadre du Diplôme de Psychosomatique Intégrative à Paris 6, qui est parvenu à la conclusion que parmi les cas qu'il a examinés, il y avait un cancer de la prostate et qu'ils avaient une fonction psychosomatique indiquant un risque selon le réseau Stora.

### **Commentaire sur les études précédentes :**

Les études précédentes traitaient de multiples sujets en psychosomatique (avec ses



diverses orientations) et en psychosomatique intégrative, et nous avons choisi des études qui ont une relation avec de nombreuses variables de recherche actuelles, car elles partagent avec elles l'échantillon de recherche - la maternité (en difficulté et la stérilité) et/ou également dans le type d'approche psychosomatique intégrative, qui est l'étude L'épidémiologie de Stora, qui a été publiée sous la forme d'un dossier complet sur le cancer du sein, ainsi que les études du Professeur IKARDOUCHENE Bali Zahia, qui sont au cœur de notre étude.

Les limites de l'étude :

- Limites humaines : L'étude a été menée sur un groupe de cas de femmes abortives qui se trouvent à l'hôpital AKLOUL Ali, Akbou service maternité mais en raison de diverses circonstances, nous n'avons pu poursuivre l'investigation qu'avec deux cas.

Limitations spatiales : L'étude a été menée dans l'établissement hospitalier public d'Akbou.

- Délais : L'étude a été menée dans une période allant du 28/02/2023 Au 04/04/2023.

## **Préambule :**

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 des nouvelles dimensions dans les rapports de l'homme malade avec lui-même et le monde.

## **1. Définition et histoire de la psychosomatique :**

### **1.1 Définition de la psychosomatique :**

La psychosomatique est une discipline médicale qui étudie l'interaction entre l'esprit et le corps dans le développement et la manifestation des maladies. Elle s'intéresse aux processus mentaux, émotionnels et sociaux qui peuvent influencer la santé physique, ainsi qu'à l'impact des maladies physiques sur la psyché et le bien-être émotionnel.

En d'autres termes, la psychosomatique cherche à comprendre comment les pensées, les émotions, les comportements, les relations sociales et les événements de la vie peuvent affecter la santé et comment la santé physique peut influencer les aspects psychologiques de la vie. Cette approche prend en compte l'ensemble des dimensions de l'être humain (physique, psychologique, et sociale) pour comprendre les causes des maladies et trouver des moyens de les prévenir ou de les traiter de manière globale.

- Qui concerne à la fois le corps et l'esprit.

- Se dit d'un trouble organique ou fonctionnel exprimant un conflit d'origine psychique.

La médecine psychosomatique est la discipline qui s'intéresse aux troubles physiques

D'origine psychique et au retentissement psychique des maladies. (Larousse/ VUEF 2002)

Actuellement, malgré les différentes approches, dans la culture des travailleurs de la santé, l'approche qui est retenue est celles qui considèrent les maladies psychosomatiques comme des symptômes somatiques qui affectent un organe ou un système physiologique et dont les causes sont principalement émotionnelles.

Dans cette dernière vision, les maladies psychosomatiques illustrent le lien qui existe entre le système nerveux et le système immunitaire. Lorsque le moral est soumis à rude épreuve, le physique ne tarde pas à montrer des signaux de détresse. Les raisons sont aujourd'hui connues : sous l'effet de stress, l'organisme produit des hormones corticoïdes

qui abaissent les défenses immunitaires. Si le stimulus extérieur est de courte durée, l'organisme rétablit les choses de lui-même. Par contre, si son intensité est forte, répétitive et longue durée, les défenses immunitaires s'abaissent, ce qui expose inmanquablement aux affections.

Néanmoins, chaque individu va réagir à sa façon, suivant sa capacité à gérer son stress et à canaliser ses angoisses.

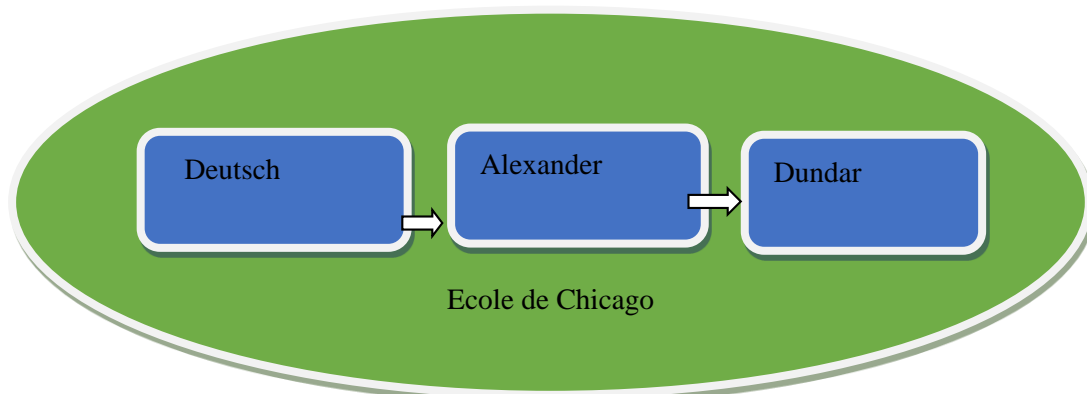
- Aussi, il est admis classiquement, que les maladies psychosomatiques désignent les maladies dont les causes sont partiellement ou totalement psychologiques. Dans le cas d'une maladie psychosomatique, l'esprit est étroitement lié au corps, à tel point que de fortes émotions (angoisse, dépression, perte d'un proche, etc.), sont capables d'affaiblir notre système immunitaire et de provoquer une maladie. Les maladies psychosomatiques démontrent ainsi qu'il existe un pont entre le système nerveux et le système immunitaire.

## 1.2 Histoire de la psychosomatique :

### 1.2.1 August Heinroth, l'inventeur du terme de psychosomatique

Johann Christian August Heinroth, est un Médecin psychiatre autrichien (1773-1843). Il a introduit le terme de **psychosomatique** en 1818 au cours d'une discussion avec le philosophe Jacobi pour désigner l'influence du psychisme sur le somatique et en parlant des causes psychologiques de l'insomnie. Le terme de **somatopsychique** fut introduit en 1828 pour désigner l'influence du corps (soma) sur l'esprit (psychique). Heinroth soulève des **questions embarrassantes** pour les scientifiques de son époque qui demandent une **justification scientifique** de ses observations expérimentales. Il faudra attendre deux siècles de recherches scientifiques pour confirmer ses intuitions cliniques. Le débat est ainsi réouvert sur cette vieille polémique de l'influence réciproque corps-esprit (Hussler, 2020, p.38).

**Schéma1 : montrant les pionniers de la médecine psychosomatique (Hussler.R, 2020P.39)**



### 1.2.2 Felix Deutsch, le médecin de Freud

**Felix Deutsch** (1884-1964), médecin psychanalyste autrichien a soigné Freud pour son cancer de la mâchoire. Il est l'un des premiers à établir un parallèle entre **un interrogatoire de type analytique et l'histoire des évènements de vie** de ses patients. Elève de Freud, il tente d'intégrer la psychanalyse à sa pratique médicale afin de mieux cerner les causes des maladies et prévoir leur évolution. Contraint d'émigrer aux Etats unis au début de la seconde guerre mondiale, il rencontre des médecins psychanalystes comme lui (Dunbar, Alexander, Schur) et décident de développer avec eux une discipline psychosomatique qui s'implantera dans les écoles de Chicago, New York, Boston et Harvard (Hussler,2020, p.40).

### 1.2.3 Alexander et les concepts de refoulement émotionnel et des types de personnalité

**Franz Gabriel Alexander** (1891-1954), médecin psychanalyste américain s'associe à Deutsch pour fonder le concept de **médecine psychosomatique** en s'appuyant sur les travaux de Cannon et Selye sur le stress ainsi que sur les travaux de Freud et Ferenczi sur la conversion hystérique et le langage symbolique des maladies. Il fondera en 1952 **l'école de Chicago** dont les travaux inspireront Pierre Marty au sein de l'école de Paris. Alexander, en associant la théorie psychanalytique et comportementale, développe l'idée que les maladies pourraient provenir d'un **refoulement émotionnel**. L'émotion, qui ne peut s'exprimer verbalement ni se déverser dans un comportement de décharge, reste bloquée dans le corps finissant par imploser et s'autodétruire. Il différencie les mécanismes de **refoulement** des **besoins affectifs** affectant les muscles et les organes des sens en provoquant des perturbations motrices et sensorielles et les mécanismes de **répression émotionnelle** perturbant le système nerveux autonome et provoquant des perturbations fonctionnelles des systèmes digestif, circulatoire et respiratoire.

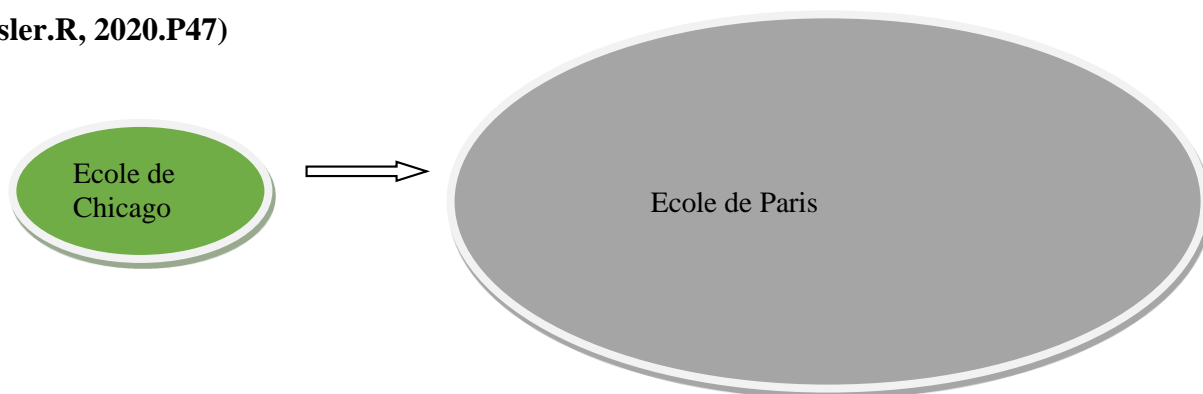
Enfin, Alexander ne souligne que la personnalité impacte sur ces mécanismes. Il distingue les personnalités de type **inhibé** plus sujettes à l'asthme, aux problèmes digestifs et aux ulcères et les personnalités de type **agressif** qui, en refoulant leurs pulsions agressives, vont être prédisposés aux problèmes cardiovasculaires comme l'hypertension ou l'arthrite. (Hussler, 2020, p.40)

### 1.2.4 Dunbar et les questionnaires de profils de personnalité

**Helen Flandres-Dunbar** (1902-1959), médecin psychanalyste et collaboratrice d'Alexander, va développer le principe des correspondances entre type de personnalité et maladies en créant les **questionnaires de profils de personnalité standardisés** (Hussler, 2020, p.40)

Schéma 2 :

### 1.2.5 L'influence de l'école psychosomatique française par l'école de Chicago (Hussler.R, 2020.P47)



### 1.2.6. Marty et la pensée opératoire

Marty P. (1918-1993), médecin psychanalyste français, influencé par les travaux de l'école de Chicago, fondera l'école psychosomatique de Paris en 1962 puis l'institut de psychosomatique (IPSO) en 1972. Il affirma que **toutes les maladies sont psychosomatiques** car l'homme est psychosomatique par définition. La notion de **mentalisation**, apparaît avec Pierre Marty et qui est une capacité qui se développe dès l'enfance. Cette notion concerne la manière de faire face aux événements perturbants. Cette manière de faire, dépend de la richesse d'imagination et de la capacité à relier les événements du présent à ceux du passé ; ce qui conditionnera l'évolution plus au moins favorable de la maladie. Une faible capacité de mentalisation correspond à un mode de vie dit **opératoire** (faits concrets, actuels et factuels)

Pierre Marty précisera deux modes de **somatisations** : un mode par **régression** (résurgence momentanée d'un comportement puéril) suite à un excès sollicitations (appelées **excitations**) débordant la capacité de gestion mentale et un mode de **désorganisation mentale** pour les personnes psychiquement fragilisées depuis l'enfance et en difficulté d'exprimer leurs émotions. Sur ce terrain, un stress prolongé va épuiser les ressources autant physiques que mentales favorisant ainsi l'évolution des maladies.

L'objectif est de **décharger** (sport, activités culturelles artistiques, alimentaires ou sexuelles) cet excès de tension pour éviter de provoquer des désordres dans le corps.

Les recherches de Pierre Marty et de son équipe aux seins de l'IPSO, effectuées sur un grand nombre de patients, ont permis de mettre au point des psychothérapies psychosomatiques favorisant les processus de mentalisation défailants et les comportements de décharges afin de favoriser la guérison. (Hussler, 2020, p.46).

### 1.2.7 STORA J-B. et la psychosomatique intégrative

Jean-Benjamin STORA (1934), psychosomaticien psychanalyste français et élève de Pierre Marty, propose une **synthèse** et une **refondation** des multiples travaux effectués en psychosomatique. Ne gardant que les données issues des neurosciences et s'appuyant sur une expérience auprès de 3000 patients, il en déduit le principe des **somatisations** reposant sur la **théorie des cinq systèmes** (l'homéostasie est assurée par l'interaction de l'appareil psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le système génétique) et celui de **double commande** [les excitations d'origine interne (émotions) et d'origine externe (environnementale)] sont régulées par la commande du système psychique mentalisant l'évènement stressant (prise de recul, relativisation, solution) et par la commande du système nerveux central prenant la relève si le système psychique est débordé).

Après la mort de Pierre Marty, donc, il décide de reprendre l'ensemble de tous les travaux de psychosomatique qui ont été proposés jusqu'alors pour tirer une grande idée synthétique, qu'il va ensuite soumettre à la validation scientifique des chercheurs en neurosciences.

Il va donc s'inspirer des travaux de tous les psychanalystes de Freud à Pierre Marty, mais aussi des découvertes des physiologistes et comportementalistes américains Selye, Alexander, Dunbar, Sifnéos et leurs collègues, ainsi que toutes les dernières recherches françaises et internationales de psycho-neuro-endocrinologie, notamment les travaux menés à la Harvard Medical School. Pour valider ces découvertes, il va poursuivre des recherches cliniques au CHU de la pitié Salpêtrière, en examinant dans son service de psychosomatique intégrative plus de 3000 patients. (Hussler, 2020, p.47).

En faisant une revue de lecture de la psychosomatique intégrative (STORA, 2005, 2011, 2015, etc.), on comprendra qu'il s'agit d'une discipline qui cherche à comprendre

la nature des somatisations. Les patients somatiques sont abordés selon trois axes : un modèle métapsychologique spécifique (différent de la métapsychologie orthodoxe), les approches médicales et enfin les circuits neuronaux. A partir de la théorie de cinq systèmes, la psychosomatique intégrative aborde les relations entre les systèmes psychiques, nerveux central, nerveux autonome, immunitaire et génétique, c'est-à-dire la théorie des cinq systèmes.

Il s'agit de chercher quel est le destin des excitations externes et internes qui envahissent les individus au quotidien et qui sollicite en premier lieu le système psychique. Ces excitations sont évacuées, d'après la psychosomatique intégrative, par le biais de trois modes de décharge privilégiée : par un travail mental de l'appareil psychique, par les comportements et lorsque ces deux modes sont insuffisants, le système nerveux central transmet les excitations au système de défense biologique, ouvrant la voie aux somatisations (Stora J-B, 2009).

La psychosomatique intégrative, est une approche économique puisqu'elle considère que l'énergie métabolique et l'énergie libidinale forment l'essentiel du dispositif de traitement des excitations. Quand les énergies non traitées au niveau du système psychique atteignent la limite, elles transitent alors par le système nerveux central en empruntant des réseaux neuronaux forts complexes qui les déchargent au niveau des différents systèmes de défense biologique : fonctions et organes (Stora, 2015).

STORA, nous précise « qu'il n'y a pas un état d'homéostasie unique, mais une infinité d'états d'équilibre stable. Nous sommes définitivement dans la théorie des systèmes et dans la théorie des systèmes dissipatifs d'énergie puisque la psychosomatique intégrative possède une importante dimension « économique (énergétique) » (STORA, 2015, P.13)

### **1.2.8 Le fonctionnement psychosomatique :**

#### **1.2.8.1 La critique de STORA pour l'Ecole de Paris 5 :**

C'était le travail du Dr Hans Selye qui avait le plus contribué à faire comprendre à STORA les relations entre les événements de vie plus ou moins traumatisants et les processus par lequel apparaissent les maladies. **Il a eu un début d'interprétation liant la sociologie de notre quotidien aux troubles dont nous souffrons.** Selon lui, les psychanalystes qui entourent Pierre Marty ont qualifié cette théorie du stress de thèse agressive erronée ! Ainsi, ils ont rejeté les théories du stress au nom de la psychanalyse. STORA a progressivement compris que la psychanalyse classique pratiquée et enseignée

dans les instituts psychanalytiques du monde entier rejetait l'approche psychosomatique. Malgré l'importance de la psychanalyse classique, elle ne peut expliquer les maladies à partir du fonctionnement du système psychique. Les psychanalystes affirment toujours, que c'est possible bien que Sigmund Freud n'ait jamais prétendu expliquer les maladies, mais à plutôt **développer un modèle de fonctionnement psychique**.

STORA dit qu'il a progressivement compris que la psychanalyse, qui pour lui était un objet d'admiration, n'avait pas de concept pour expliquer une maladie autre que l'hystérie de conversion. Les maladies, pour lui, ne faisaient pas partie de l'hystérie de conversion. Depuis 2005, il a commencé à enseigner à la faculté de médecine de la Pitié-Salpêtrière, en tant que directeur d'un diplôme universitaire qu'il avait créé avec l'aide du professeur Jean-François Allilaire. Il a alors compris que la médecine offrait les concepts nécessaires pour expliquer les maladies. Cependant, la médecine allopathique était, tout comme en psychanalyse, incapable de relier l'esprit des patients aux maladies de leur corps, cela ne faisait pas partie de ce qui était enseigné à la faculté de médecine.

#### **1.2.8.2 Le fonctionnement psychosomatique : Considérations théoriques**

Pour comprendre le fonctionnement psychosomatique, il est important d'aborder la relation entre le soma et la psyché, car une approche intégrée de l'unité humaine, c'est-à-dire l'unité psyché soma (âme-corps) du fonctionnement, n'a pas été développée dans l'approche occidentale. Il y avait une double approche : l'une est née à la fin du XIXe siècle la psychanalyse, qui, grâce aux apports de Sigmund Freud, a abouti au concept de base de l'appareil psychique (la psyché), et l'autre a ouvert la voie à la médecine allopathique (plus axé sur le corps). La multiplicité des méthodes utilisées par la psychologie et la médecine, selon leur propre logique, n'a pas permis, à ce jour, de créer un système scientifique qui intègre les apports scientifiques des disciplines psychologiques et médicales. Ces deux principaux domaines scientifiques ont préféré développer de multiples hypothèses liées au psychisme et au corps, ce qui a donné lieu à l'émergence des deux grands domaines, d'hypothèses et de plusieurs théories explicatives, la division a poursuivi son destin scientifique et idéologique en Occident » (STORA, 2021).

Ceci s'explique par ce qui s'appelle la neuropsychologie, qui s'intéresse à l'étude des relations entre le comportement et le cerveau : elle étudie les relations entre les fonctions cérébrales d'une part et le comportement d'autre part, et cette science tire ses informations de plusieurs autres sciences telles que l'anatomie et la biologie.



Toute l'énergie dont dispose la personnalité pour accomplir son travail est fournie par les instincts. L'instinct est défini comme un état inné qui oriente les processus psychologiques. L'instinct sexuel, par exemple, concerne les divers processus psychologiques de perception, de mémoire et de réflexion dans le but de s'engager dans un acte sexuel. Nous pouvons comparer l'instinct à une rivière coulant le long d'un certain ruisseau.

Chaque instinct "a une source, un but, un objet et une pulsion (moteur). Les principales sources d'énergie instinctive sont les besoins ou pulsions corporelles. Les besoins ou pulsions, sont des processus d'excitation dans un tissu ou un organe du corps qui libèrent l'énergie. Ainsi, l'état de faim active l'instinct de faim en l'alimentant par une énergie dont il a besoin. Cette énergie instinctive donne un sens directionnel aux processus psychologiques de perception, de mémoire et de pensée. L'individu cherche de la nourriture, essaie de se rappeler où et comment il l'a trouvée auparavant, ou développe un projet pour une série d'actions pouvant lui permettre d'obtenir la nourriture dont il a besoin (Ikardouchene Bali Zahia, 2015).

Le but ultime de l'instinct" est d'abolir le besoin physique correspondant. Le but de l'instinct de faim, par exemple, est d'abolir les conditions physiques de la faim. Une fois cela fait, aucune énergie physique ne sera libérée, l'instinct de faim disparaît et l'individu revient à son état physiologique et psychologique, c'est-à-dire que le but de l'instinct est d'en éliminer la source (Ikardouchene Bali Zahia, 2015).

Bref, ce qui caractérise la finalité de l'instinct, c'est qu'elle est conservatrice, régressive et répétitive. Le but de l'instinct est de trouver des objets et des actions qui leur font atteindre leur but. Par exemple, le but de l'instinct de faim est de manger de la nourriture ; celui de l'instinct sexuel est d'accomplir des rapports sexuels ; celui de l'instinct d'agression est de combattre, etc. Ces objets et actions sont les plus disparates dans l'instinct, puisque de nombreux objets et activités peuvent se substituer les uns aux autres (Ikardouchene Bali Zahia, 2015).

On peut donc parler « de la transformation de l'énergie physique en énergie psychique, et aussi de la transformation de l'énergie psychique en énergie physique ». Ces transformations se produisent continuellement (...) mais on ne sait pas comment se produisent ces différentes transformations" (Ikardouchene, 2015).

Lors de chocs et de stress permanents, la libido perd ses propriétés, en redevenant une énergie physique qui alimente les processus vitaux, Ce faisant, elle subit des changements

et des fluctuations importants qui perturbent l'équilibre vital. L'observation clinique nous montre qu'avant que cette énergie ne perde ses caractéristiques psychologiques, les fluctuations de cette énergie. Nous sommes en droit, à travers cette observation, de savoir quels sont les modèles explicatifs de ces phénomènes ?" (Stora, 2021).

La libido, lors de chocs et de stress permanents, perd ses propriétés, en redevenant une énergie physique qui alimente les processus vitaux ; Ce faisant, ils subissent des changements et des fluctuations importants qui perturbent l'équilibre vital.

L'observation clinique nous révèle qu'avant que cette énergie ne perde ses caractéristiques psychologiques, elle est sujette à des fluctuations (en hausse et en baisse). Nous sommes en droit, à travers cette constatation, de chercher à savoir quels sont les modèles explicatifs de ces phénomènes ?" (Stora, 2021).

### **1.2.8.3 Le fonctionnement psychosomatique et processus de somatisation**

Pour traiter le fonctionnement psychosomatique on ne peut ignorer le processus de somatisation qui demande, à son tour, d'intégrer les deux dimensions psychiques et somatiques, en effet pour expliquer concrètement ce processus, nous allons donner un exemple, en rapport avec notre sujet d'étude, qui concerne la femme enceinte souffrant de toxémie gravidique, à titre d'exemple et non de model. Il est, donc, important de savoir que l'on ne connaît pas encore les mécanismes à l'origine de la toxémie gravidique, mais au moment de la fabrication du placenta, la vascularisation de ce dernier, ne s'est pas faite correctement. Les vaisseaux sont plus étroits, ce qui rend le passage du sang difficile, le corps augmente alors la tension comme manière de faire face. Les symptômes n'apparaissent alors que tardivement mais la toxémie est là bien avant.

Pour comprendre les hyper tensions que vi la femme au cours de sa grossesse, donc, il est impératif d'intégrer toutes ces dimensions et d'essayer de comprendre l'histoire de sa maturité et repérer les éventuels événements impliqués dans l'arrêt du processus de maturation, dans une vision qui intègre processus psychique set somatiques.

Glover a été le premier psychanalyste à introduire le concept de « phase critique » et à l'appliquer aux fluctuations pulsionnelles dans la vie des adultes. Plus tard, Bowlby, en 1953, étendit ce concept à l'ensemble de l'organisme en croissance.

Au cours de ces phases critiques, René Spitz note que les courants développementaux s'entremêlent dans les différents domaines de la personnalité ainsi que dans les nouvelles fonctions et capacités issues des processus de maturation. C'est ce

processus que j'ai appelé le « organisateur » de l'appareil psychique.

#### **1.2.8.4. L'organisation cénesthésique et le stade passif de la réception sensorielle et motri**

Le mode de fonctionnement de la cénesthésique : à la phase où domine la réception sensorielle et motrice interne, la passivité et la dominance du principe de plaisir.

Chez le nouveau-né, la cénesthésique est la première, et les signaux reçus par l'enfant appartiennent aux catégories suivantes : équilibre, tension musculaire, posture, température, vibration, contact peau et corps, son, etc.

Si nous examinons attentivement les catégories sensorielles énumérées ci-dessus, nous nous rendons compte à quel point elles sont absentes du système de communication conscient de l'adulte. Chez les adultes qui ont conservé une perception et une communication appartenant à la fois à l'ordre cénesthésique et à la diacritique (l'organisation de la perception, non de la réception), on retrouve des qualités telles que celles développées par les compositeurs, musiciens, danseurs, acrobates, aviateurs, peintres, poètes, etc.

Les sentiments profonds qui n'atteignent pas la conscience n'ont aucun sens pour les adultes, ils sont généralement ignorés et refoulés, les pressentiments, les intuitions et tout ce qui est irrationnel peut inquiéter tout le monde, tout cela vient de l'organisation première qui a été complètement réprimée car elle est à l'origine des premières étapes de la vie.

Dans certaines sociétés du monde, les individus continuent à préserver et à utiliser les sensibilités des premiers stades de la vie jusqu'à l'âge adulte, Ils sont très sensibles à des schémas de perception totalement inconnus des sociétés occidentales.

Pour le nourrisson, il est clair que les signaux cénesthésiques émanant du climat affectif entre la mère et l'enfant sont des moyens de communication normaux et naturels et il y répond en pleine interaction. L'hypothèse ici est que la mère a réussi à raviver, consciemment ou inconsciemment, ses capacités implicites de réponse cénesthésique. La mère perçoit des signaux que nous ne connaissons pas.

Chez le nourrisson, les affectifs jouent le même rôle dans la communication que dans les processus secondaires chez l'adulte. Au cours de la petite enfance, les processus émotionnels ne sont pas encore affectés par des éléments de perception diacritique. Ils n'ont pas été soumis à une élaboration mentale secondaire par le biais de processus de pensée.

Nous pouvons dire que les émotions au sein de l'expérience des dyades mère-enfant sont au cœur du développement humain.

Durant les premiers mois, la perception émotionnelle prévaut et affecte les nourrissons ; Psychologiquement, le sensorium, le système perceptif et la discrimination sensorielle ne sont pas suffisamment développés (cela sera possible au stade de développement 'diacritique').

Selon la personnalité de la mère, la situation sera très différente selon qu'est précoce ou retardé, facile ou difficile, obéissant ou rebelle. Si l'on prend comme exemple le comportement alimentaire de l'enfant, on peut voir une grande variété : des bons mangeurs, qui s'endorment à la fin des repas, des mauvais mangeurs qu'il faut constamment encourager et qui ne mangent pas assez, etc. Une mère permissive ne réagira pas de la même manière qu'une mère dédaigneuse, hostile, etc.

Dans la relation mère-enfant, la mère représente les données environnementales. En l'absence de la maturité du système nerveux l'enfant chez le bébé, la conduite d'actions serait impossible, Nous sommes face d'une combinaison du développement neurologique, notamment embryonnaire et génétique, aussi bien qu'embryologique qu'épi génétique dans les premiers mois et dans les premières années de la vie. La mère et l'enfant vivent dans un contexte socio-économique composé de membres de la famille, ainsi que dans une période culturelle, tribale, technologique, nationale et historique (STORA, 2015).

Selon René Spitz, certaines régions jouent le rôle de médiateur entre les organes sensoriels périphériques et les organes viscéraux, entre l'intérieur et l'extérieur. Il décrit la région buccale, qui comprend le larynx, le pharynx, le palais, la langue, l'intérieur des joues, les lèvres, le menton, le nez et les joues. L'épiderme se transforme en muqueuse. L'oreille interne est un autre organe de transition.

Ces organes transitionnels sont des médiateurs entre la réception interne et la perception externe, et ils ont tous une fonction de survie importante dépendante du processus d'alimentation, Ils ont une fonction anaclitique (Freud) qui fait le pont entre la réception cénesthésique et la perception diacritique. La perception décisive est absente chez le nouveau-né, qui ne peut pas distinguer une chose de l'autre et est incapable de comprendre l'objet libidinal ; Il répond principalement aux stimuli au niveau interne et spontanément par des stimuli intéroceptifs (STORA, 2015)

Or, différents courants neurologiques et psychophysiologiques forment une unité psychosomatique. Une fois que nous atteignons cette étape, nous pouvons passer au régulateur suivant ; On peut aussi comprendre que si le régulateur n'est pas unifié, le

développement du système psychologique s'arrête à un point qui deviendra un point de fixation de régression (Freud Marty). En revanche, la maturation physique suivra son cours car elle suit une programmation génétique automatique.

On peut alors comprendre que le développement de la personnalité d'un enfant sera perturbé par le déséquilibre qui s'opère entre les forces du développement psychologique et celles de la maturation physique. La manière dont le moi est construit et organisé est déterminée par la manière dont les influences extérieures sont contrôlées de l'intérieur (STORA, 2015).

A partir du troisième mois, les traces mnémoniques de l'ensemble des signaux que l'enfant envoie à son entourage sont encodées par son système psychologique.

Nous pouvons comprendre comment les processus de mémoire évoluent progressivement en mettant en relation, par exemple, le cri de la faim et la satiété qui s'ensuit ; Deux effets mnémoniques seront associés, reliés et renforcés par la relation affective. (Stora, 2021).

Le moi peut maintenant s'organiser et les frontières entre le moi et le ça d'une part, et entre le moi et le monde extérieur d'autre part peuvent commencer à s'établir (la seconde topique).

Sur le plan pulsionnel, nous sommes confrontés à une différenciation progressive entre pulsions agressives et pulsions sexuelles avec un début d'enchevêtrement devant l'objet libidinal. Une fois l'objet établi et les pulsions agressives et libidinales entremêlées, le processus d'identification peut commencer.

Quant aux déterminants culturels de la relation mère-enfant, René Spitz estime que les traditions culturelles, qui régissent différemment la communication mère-enfant, influencent fortement l'âge dans lequel l'objet sera construit ainsi que la nature des relations avec l'objet lui-même.

Citant Margaret Mead, René Spitz cite qu'à l'île Bali, le père remplace la mère tôt dans la vie d'un enfant ou qu'aux Samoa de nombreuses figures maternelles remplacent la mère, qui est individuelle dans le monde occidental et dans d'autres régions du monde. Cela peut conduire à des relations omniprésentes avec l'objet, Anna Freud décrit des changements similaires dans les relations avec l'objet chez des enfants pris en charge par une série d'infirmières qui se succèdent à un rythme rapide. Ces enfants sont incapables de construire une relation étroite avec une personne en tant que mère parce qu'ils ont eu plus d'une. Quant aux déterminants culturels de la relation mère-enfant, René Spitz estime que les traditions culturelles, qui régissent différemment la communication mère-enfant,

influencent fortement l'âge dans lequel l'objet sera construit ainsi que la nature des relations avec l'objet lui-même.

Citant Margaret Mead, Renée Spitz cite qu'à l'île Bali, le père remplace la mère tôt dans la vie d'un enfant ou qu'aux Samoa de nombreuses figures maternelles remplacent la mère, qui est individuelle dans le monde occidental et dans d'autres régions du monde. Cela peut conduire à des relations omniprésentes avec l'objet, Anna Freud décrit des changements similaires dans les relations avec l'objet chez des enfants pris en charge par une série d'infirmières qui se succèdent à un rythme rapide. Ces enfants sont incapables de construire une relation étroite avec une personne en tant que mère parce qu'ils ont eu plus d'une seule mère.

René Spitz a pu étudier un certain nombre de facteurs pathologiques avec l'objet, ce qui lui a permis de présenter un certain nombre de facteurs pathogènes dus aux attitudes maternelles psychologiquement toxiques et aux fixations précoces qui empêchent la différenciation du sujet, en étudiant la pathologie de la relation à l'objet, Par exemple :

Le rejet primaire actif consistant en un rejet global de la maternité qui inclut à la fois la grossesse et l'enfant ainsi que des aspects de la vie sexuelle génitale de la mère ; Indulgence précoce excessive et angoisse (coliques du troisième mois ; hostilité déguisée en anxiété (eczéma infantile), oscillations entre protection et hostilité propices à l'hyperactivité du nourrisson ; sautes d'humeur cycliques à l'origine des jeux fécaux ; carence affective partielle provoquant une dépression anaclitique, etc.

Pour terminer, on peut dire que les mères anxieuses qui ne touchent pas leurs enfants pendant les six premiers mois, c'est-à-dire pendant la période de narcissisme primaire, rendent l'identité primaire de leur enfant, difficile, on peut donc comprendre que : L'état d'indifférenciation, l'incapacité à distinguer l'intérieur de l'extérieur, le soi avec l'autre, et enfin, la distance avec l'objet (Stora, 2021).

## **Conclusion**

Dans ce chapitre, nous avons abordé le fonctionnement psychosomatique, qui lui-même nous oblige à aborder l'histoire de la psychosomatique, les différentes écoles et la relation corps/psyché.

L'évolution de la psychosomatique est un long cheminement qui ne s'arrêtera sans doute pas, car au fur et à mesure des découvertes scientifiques, des remaniements théoriques s'imposeront.

La psychosomatique intégrative propose un nouveau paradigme : l'être humain est une unité psychosomatique ; toutes les maladies sont psychosomatiques. Le système psychique participe aux somatisations dans des interrelations complexes avec le système nerveux central, le système autonome, le système immunitaire, et enfin le système génétique. Il s'agit d'une approche pluridisciplinaire et multi-causale.

## Préambule

L'avortement est un sujet complexe et sensible qui soulève de nombreuses questions morales, sociales et de santé pour plusieurs femmes. Il s'agit de la perte d'un fœtus, d'une grossesse. C'est-à-dire c'est mettre une fin à un fœtus qui ne se développe pas normalement.

### 1. La définition de l'avortement :

L'avortement est l'acte médical ou chirurgical visant à mettre fin à une grossesse de manière volontaire ou involontaire avant que le fœtus ne soit viable. L'avortement volontaire est généralement réalisé à la demande de la femme enceinte pour des raisons personnelles, sociales, économiques ou de santé, tandis que l'avortement involontaire est souvent causé par des complications médicales ou des malformations fœtales incompatibles avec la vie.

L'avortement est un sujet controversé dans de nombreux pays en raison de considérations éthiques, religieuses et politique, et sa légalité varie considérablement selon les pays et les juridictions. Selon l'OMS C'est l'expulsion spontanée ou provoquée de l'embryon ou du fœtus humain de moins de 22SA (ou de moins de 0,5kg lorsque (DDR) la date des dernières règles est inconnue.

### 2. Les types de l'avortement :

#### 2.1 L'avortement spontané (fausse couche) :

La fausse couche spontanée, ou avortement spontané un arrêt accidentel de grossesse précoce. Ce type de fausse couche survient dans environ 15% des grossesses. Ces arrêts spontanés de grossesse se manifestent majoritairement avant 12SA (10 semaines de grossesse). (Blandine, Carcopino, 2023, P, 49).

Selon L'OMS (2022) un avortement spontané est défini comme étant l'expulsion hors de l'organisme maternel d'un fœtus âge de de 20 SA (18 semaines de grossesse), ou pesant moins de 500g...

#### ❖ Avortement précoce (1er semestre <14SA) :

Est rarement brutal, souvent précède par une période de menace qui est (menace d'avortement) :

Douleurs pelviennes, métrorragie

- Signes physiques : utérus augmente de volume.
- Speculum : vérifie l'origine endos-utérine du saignement.
- Tv : col long ferme ou perméable a la pulpe.



- Echographie : primordiale, présence d'un sac gestationnel avec embryon vivant ; le trophoblaste peut être le siège d'un décollement plus au moins important permettant de préjuger le pronostic de cette grossesse.
- Taux de beta HCG : affirmer la grossesse.

Evolution : soit vers la guérison par cessation des (CU) contractions utérines et des métrorragies soit vers l'avortement confirmé.

Ou bien un avortement : accentuation des symptômes

- TV : col mou, raccourci et dilate avec perception de l'œuf

L'expulsion se fait de manière spontanée et complète suivi de la fermeture du col.

Ou bien de la recension d'œuf mort : c'est la disparition des signes sympathiques de la grossesse qui attire l'attention.

❖ Avortement tardif :

> 14 semaines d'aménorrhée C'est des contractions utérines rapprochées, dilatation, raccourcissement et ouverture du col, rupture de la poche des eaux, expulsion du fœtus.

### 2.1.1. L'avortement spontané à répétition :

L'avortement spontané à répétition, également connu sous le nom d'avortement récurrent ou de fausse couche à répétition, se produit lorsque la même personne subit trois avortement spontanés ou plus consécutifs. Ces avortements spontanés à répétition peuvent être traumatisants et bouleversants pour les personnes concernées, car elles peuvent se sentir frustrées, découragées et anxieuses quant à leur capacité à mener une grossesse à terme.

L'avortement spontané à répétition peut être causé par divers facteurs, notamment des anomalies chromosomiques chez les embryons ou les fœtus, des problèmes hormonaux, des malformations utérines, des infections, des problèmes immunitaires, des troubles de la coagulation sanguine ou d'autres problèmes de santé sous-jacents. (Blandine, Carcopino, 2023, P, 54).

### 2.1.2. Etiologies de la fausse couche :

- ❖ **Causes générales** : diabète, hypertension artérielle (HTA), néphropathie, maladie de Wilson, anémie, tabagisme et alcool.
- ❖ **Causes infectieuses** : l'interruption est secondaire soit à la fièvre soit à la virulence des germes en cause.
- ❖ **Causes endocriniennes** :

- L'insuffisant lutéale, retrouvée dans 15-60% elle a 3 critères : un plateau thermique, un taux de progestérone bas < 10ng /ml, endomètre peu sécrétoire.
- Dysthyroïdie.
- Hyper androgénie.
  - ❖ **Causes génétiques** : aberration chromosomique ou parentales (récidive possible) ou bien ovulaire (accidentelle et ne récidive pas).
  - ❖ **Causes mécaniques** : anomalies cervicales et anomalies utérines.
  - ❖ **Causes immunologiques** : assimilation de l'œuf à l'homogreffe.
  - ❖ **Causes malformatives** : utérus bicorne.

### 2.1.3. Le diagnostic de l'avortement spontané :

L'avortement se fait par l'examen clinique, des signes de choc hypovolémique qui est la perte du sang très abondante entraînant des problèmes cardiaques (hémorragies franches), de sang rouge, avec des caillots et débris, des douleurs pelviennes médianes, intermittentes, à types de contraction, comme des règles, col mou, perméable au doigt un malaise. Et il est marqué par :

- Avortement complet c'est une évacuation spontanée complète du sac gestationnel de la cavité utérine.
- Avortement incomplet c'est l'expulsion d'une partie des produits de conception et rétention du reste dans la cavité utérine. (Traitement médical ou chirurgical).
- (Missed abortion) recension d'œuf mort : les produits de conception non-viable sont retenus dans la cavité utérine. (Traitement chirurgical).

### 2.1.4. Le traitement médicamenteux :

- Menace d'avortement : vérifie d'abord le siège et la vitalité de l'œuf, hospitaliser la malade avec un repos stricte, avec des antispasmodiques.
- En cours d'avortement : faire un curetage hémostatique.
- Recension d'œuf mort : en absence de saignement l'expectative peut être observée jusqu'à 1 mois au-delà la crainte de survenue de troubles de la coagulation obligeant à un curetage évacuateur.

- Maladie abortive : traitement étiologique selon la cause

Béance : cerclage, fibrome : myomectomie, cause immunologique : aspirine, corticoïde, anticoagulant.

### **2.1.5. Prise en charge :**

- Phase de menace : lorsque le fœtus est viable : un repos, antispasmodique.

Le fœtus est non viable : un traitement médical par les utéro tonique (misoprostol par voie vaginal) si l'œuf est de petite taille et les hémorragies peu importante. Ou bien un traitement chirurgical : l'examen anatomo-pathologique du produit d'aspiration est obligatoire.

- Avortement en cours : instabilité hémodynamique : traitement en urgence.

Patiente stable hémodynamique ment : antalgique et surveillance, dilatation et curetage.

## **2.2 L'avortement provoqué :**

Est une interruption volontaire d'une grossesse (IVG) normalement implantée et évolutive, dans les premiers 180 jours de son évolution, sous l'effet d'un facteur externe visant à détruire l'œuf sain.

Tout avortement fait courir deux risques : risque hémorragique et risque infectieux.

- Les germes proviennent : soit de l'agent abortif introduit dans l'utérus soit de la cavité vaginale et du col utérin siège d'une infection cervico-vaginal.
- Les risques liés à l'agent abortif : risque traumatique, toxicité de certaines drogues, embolie amniotique.

L'avortement volontaire, fait référence à la résiliation intentionnelle et légale d'une grossesse avant que le fœtus ne soit viable à l'extérieur de l'utérus. C'est une décision prise par une femme pour mettre fin à sa grossesse de manière médicalement sûre et supervisée.

### **2.2.1 Etiologies de l'avortement provoqué :**

- Manœuvres indirects : injection ou ingestion de produit toxique : l'ergot de seigle, quinones, ocytociques, mercure...

### **2.2.2. Le traitement de l'avortement provoqué :**

En cas de menace : il faut un repos total, antibiothérapie plus une surveillance de la

malade.

En cas d'avortement confirme : il faut un ATB, rétablir la volémie, un sérum antitétanique, un sérum anti D, un curage ou curetage.

### **2.2.3. Les conséquences de l'avortement provoqué :**

L'avortement peut varier par plusieurs facteurs comme la méthode d'avortement, l'âge de la femme...etc. et cet avortement peut mener à des conséquences physiques et psychologiques :

#### **➤ Les conséquences physiques :**

Avoir des hémorragies, des saignements graves, une infection chronique et surinfection, l'ablation de l'utérus, un choc vagal (des douleurs abortives conduisant à la mort), stérilité...etc.

#### **➤ Les conséquences psychologiques :**

Des sentiments de culpabilité, les symptômes dépressifs et anxieux, la honte, le stress post-traumatique, un regret qui peuvent survenir à la suite d'un avortement.

### **2.2.4. La prise en charge :**

On trouve dans la clinique : l'avortement (ABRT) provoque une aseptique incomplet qui est des (hémorragies avec anémie et un état de choc, l'interrogatoire précisera la DDR (date des dernières règles), les moyens abortifs utilisés et l'importance de l'hémorragie, vérifié l'intégrité du col et du vagin.

Aussi avortement provoque une infection incomplète qui est des pertes hémorragiques fétides, une fièvre moins  $> 38.5$ , des douleurs pelviennes et un examen permet d'apprécier l'extension de l'infection.

## **2.3 Avortement thérapeutique :**

L'avortement thérapeutique est un avortement pratiqué dans le but de préserver la santé physique ou mentale de la femme enceinte pour des raisons médicales (World Health Organization, 2012, P3-4).

L'avortement thérapeutique est généralement considéré comme une intervention médicale nécessaire pour sauver la vie de la mère ou pour prévenir des complications graves pour sa santé, elle est pratiquée jusqu'à la fin de la 12<sup>ème</sup> ou la 14<sup>ème</sup> semaine de

grossesse et cette pratique est légale dans de nombreux pays si les circonstances médicales le justifient (ministre des solidarités et de la Santé, 2018).

### **2.3.1 Les Causes de l'avortement thérapeutique :**

Selon L'OMS, les principales raisons médicales pour les quelles un avortement thérapeutique être recommandé comprennent : des complications médicales liées à la grossesse, telles que l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, le diabète gestationnel ou la pré éclampsie , aussi des complications liées à des interventions médicales antérieures, comme les radiothérapies ou chimiothérapies et des anomalies fœtales ( chromosomiques)qui rendent la survie de l'enfant peu probable ou qui causent une souffrance extrême, une grossesse ectopique( l'embryon se développe en dehors de l'utérus).

### **2.3.2 Les complications de l'avortement thérapeutique :**

L'avortement thérapeutique comporte des risques de complications qui peuvent inclure des infections( rétention de tissu fœtaux), des douleurs abdominales, des fièvres persistantes, des nausées et des vomissements même des complication plus graves et plus rare peuvent inclure des perforations utérines, des lésions cervicales, les hémorragies interne, et des celles qui sont liées à l'anesthésie, comme la réaction allergiques à l'anesthésie et même aussi des complications psychologiques ou bien émotionnelles telles que la dépression, l'anxiété, les troubles de stress post-traumatique(WHO,2012,P,36-42).

## **Conclusion**

Dans ce chapitre, nous avons vu que l'avortement est une réalité vécue par de nombreuses femmes dans le monde entier, est un sujet complexe et controversé qui suscite des débats Passionnés à travers le monde. Il fait référence à l'interruption volontaire d'une grossesse avant que le fœtus ne puisse survivre de manière autonome en dehors de l'utérus. Les opinions sur l'avortement et divers, certains pays autorisent l'avortement sans restriction, d'autres imposent des conditions strictes, tandis que certains l'interdisent totalement. Les lois relatives à l'avortement prennent généralement en compte des facteurs tels que la durée de la grossesse, la santé de la femme, les cas de viol, d'inceste ou de malformations graves du fœtus.

## **Introduction**

Dans ce chapitre nous allons montrer la méthode sur laquelle nous, nous sommes basées pour effectuer notre recherche, le terrain, le groupe d'étude, ainsi que les outils de recherche que nous avons utilisée, à savoir l'entretien clinique semi directif et le teste de rorschach ainsi que les méthodes de leurs analyses.

### **1. Méthodologie et sa définition :**

L'étude actuelle est une tentative de comprendre le fonctionnement psychosomatique de la femme abortive, ce qui fait de l'approche clinique l'outil privilégié pour y parvenir, car il permet de comprendre le processus psychologique des femmes atteintes d'un cancer du sein. Le choix de l'approche appropriée dépend de la nature du problème.

#### **1.1. Définition de la méthode clinique :**

Dans notre recherche, nous nous sommes appuyés sur l'approche clinique qui se définit comme : une méthode dans la recherche basée sur l'exploitation des résultats de l'examen des patients et de leur étude un par un, et d'en extraire les principes généraux suggérés par l'observation, son efficacité et ses insuffisances.

C'est une méthode pertinente dans notre recherche par ce qu'elle répond à l'objectif principal et à savoir comprendre la femme abortive dans sa totalité et dans sa singularité, et avec cette méthode on peut utiliser l'observation clinique, l'entretien, les tests, les échelles...etc.

Donc la méthode clinique fait appel à l'étude de cas, qui fait partie de la méthode descriptive.

### **2. Le cadre temporel et spatial de la recherche :**

#### **2.1 Temps de la recherche :**

##### **2.1.1 La pré-enquête :**

Nous n'avons pas effectué une pré-enquête au sens stricte du terme, mais nous avons fait une consultation au niveau de l'hôpital d'Akbou dans le service maternité pour vérifier la disponibilité des cas.

### 2.1.2 L'enquête :

Notre enquête s'est déroulée au niveau de l'hôpital d'Akbou, elle a duré 36 jours, du 28/02/2023 au 04/04/2023, en raison de deux fois par semaine. Nous avons travaillé avec les patientes qui ont données leur consentement pour participer à cette recherche.

### 3. Le cadre spatial de la recherche :

Le lieu de l'étude était à l'hôpital « AKLOUL ALI » et en termes techniques, il est classé à la catégorie(B) et devient ainsi le second pôle sanitaire implorant après celui de Bejaïa, son importance stratégique et sa qualification de régional lui sont conférées par son implantation dans une région industrielle.

Mis en service des 1968, c'est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous tutelle du wali. Il relève du Ministère de la santé. Pour les missions de prise en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires :

- D'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation
- D'appliquer les programmes nationaux de santé
- D'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux
- D'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé

L'établissement public hospitalier peut servir de terrain de formation médicale et Paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de convention avec l'établissement de formation.

L'hôpital en question est constitué de services suivants :

- ✓ Médecine interne homme
- ✓ Médecine interne femme

- ✓ Pédiatrie et néonatalogie
- ✓ Chirurgie générale
- ✓ Gynéco obstétrique
- ✓ Hémodialyse
- ✓ Un pavillon des urgences avec une salle d'observation
- ✓ 02 Blocs opératoires 04 salles d'opérations
- ✓ 01 Laboratoire d'analyse médical
- ✓ 02 Services de radiologie
- ✓ 01 Point de transfusion sanguine
- ✓ Les services administratifs
- ✓ Une direction générale, attenante au secrétaire général
- ✓ Les sous directions du personnel et de la formation, de l'économat et de l'équipement, des services sanitaires. A ces trois derniers sont rattachés les bureaux d'ordres suivants :
- ✓ Le bureau des coûts, le bureau des statistiques et de la planification.
- ✓ Le bureau des affaires économiques et sociales, le bureau du contentieux, le bureau de la solde, le bureau de la gestion des carrières, le bureau d'accueil et d'information, la surveillance générale et médicale ou bureau du mouvement et de coordination
- ✓ Un bureau des admissions (ancien bureau des entrées). Une cellule de communication, un bureau conseil médical, un bureau de la section syndicale et les services annexés et dépendances tels que, la cuisine, la buanderie, la maintenance, le parc auto, la cafétéria...

Le personnel de l'établissement est composé de médecins, de paramédical, de personnels administratifs et d'agent de sécurités.

**Tableau n° 1 : précisant le nombre des travailleurs au sein de l'établissement :**



Catégories du personnel de l'établissement	Nombre
Médecin	40
Infirmier	200
Personnel administratif et technique	197
Agent de sécurité	15
Total	452

#### 4. Présentation du groupe de recherche :

Notre recherche d'étude s'intéresse au fonctionnement psychosomatique chez les femmes abortives se retrouvant à l'hôpital d'Akbou. Pour des raisons multiples, dont l'indisponibilité du bureau pour plus de 2 séances par semaine et aussi la sortie des patientes avant de terminer avec elles notre investigation psychosomatique, pour ces raisons, nous étions contraintes à limiter notre recherche à deux cas.

##### 4.1 Condition d'inclusion des cas dans le groupe de recherche :

- Que la femme soit majeure.
- Que la femme ait subi un avortement spontané.
- Que la grossesse ayant abouti à un avortement, soit dans un cadre du mariage.
- Il n'est pas important de préciser l'âge de la grossesse.

##### 4.2 Caractéristiques du groupe d'étude :

Remarque : Pour des raisons multiples, dont l'indisponibilité du bureau pour plus de 2 séances par semaine et aussi la sortie des patientes avant de terminer avec elles notre investigation psychosomatique, nous étions contraintes à limiter notre recherche à deux cas.

**Tableau N°2 : caractéristiques des cas étudiés :**

Cas	Age	Niveau scolaire	Fonction	Nombre d'années de mariage	Nombre d'enfants	Nombre d'avortement
-----	-----	-----------------	----------	----------------------------	------------------	---------------------

<b>Nadia</b>	<b>39 ans</b>	<b>9<sup>ème</sup></b>	<b>Femme au foyer</b>	<b>20ans</b>	<b>3 Garçons</b>	<b>3 avortements</b>
<b>Salima</b>	<b>42 ans</b>	<b>2 as</b>	<b>Femme au foyer</b>	<b>14 ans</b>	<b>2 Garçons</b>	<b>6 avortements</b>

## 5. Outils utilisés dans la recherche :

### 5.1 L'entretien clinique semi-directif par la méthode d'investigation psychosomatique :

C'est-à-dire un entretien qui nous permettra d'obtenir le plus d'informations possible sur le cas et l'histoire de sa maladie, en tenant compte de l'état de la patiente ;) les entretiens étaient, donc, multiples<sup>3</sup>.

Nous avons adopté les outils de recherche incluant l'entretien clinique semi directif et le test de Rorschach, qui ont été effectués dans le bureau de la psychologue. La passation était dans la langue maternelle des patientes (le kabyle) vu que c'est ce qui est indiquée en clinique et aussi vu que les patientes ne comprenaient pas bien la langue française.

L'entretien clinique est un dispositif de base en psychologie. C'est un outil capital pour le psychologue, afin d'accéder aux informations sur le sujet. L'objet de l'entretien clinique est l'activité et le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humains et sociales ; il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, évènements, vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. (Chahraoui K, Bénony H. 2003)

L'entretien vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, et l'entretien clinique de recherche est dans notre étude, basé sur un guide d'entretien il est donc un entretien semi directif.

L'entretien semi-directif « s'annonce comme médiateur qui s'illustre être un compromis entre l'entretien directif et le non directif. Dans l'entretien semi-directif, le chercheur

<sup>3</sup> Nous signalons que vu l'indisponibilité du bureau et vu le cours séjour des femmes abortives à l'hôpital, nous avons été contraints à effectuer 2 entretiens par semaine, ce qui est bien sur parfois difficile pour les cas et pour nous. Nous avons délibérément choisi de ne pas préciser le nombre de séances car ça dépend des informations obtenues pour chaque cas.

dispose d'un guide dit d'entretien, qui se décompose de plusieurs questions et items, réparties sur plusieurs axes, préparé au préalable et à l'avance, mais que ne doivent pas être posées qu'au moment opportun, de sorte qu'il soit une séquence associative entre les items, et encore, qu'il soit une certaine continuité du récit du patient » (Chahraoui K, Benony H, 2003, P.143).

Avant d'entamer l'entretien, nous nous présentons et cela comme suit :

« Bonjour, voilà, je suis une psychologue clinicienne, je suis en train de faire une recherche sur les femmes ayant subi l'avortement, je souhaiterais les mieux comprendre, pour mieux les aider. Si vous êtes d'accord de participer dans cette recherche, je vous demanderai de me parler sur certains sujets vous concernant. Je vous assure que tout ce que vous allez me dire restera secret et je ne citerai pas votre nom ni prénom, je ne citerai pas non plus des informations susceptibles de vous faire reconnaître.

Nous ajoutons une question : acceptez-vous de participer ? (Nous ajoutons une question en disant : je vous informe que même si vous acceptez au départ et que vous changiez d'avis, il n'y a aucun problème, on peut arrêter à tout moment si vous le souhaitez ».

Si la patiente manifeste un avis favorable, nous la remercions et nous procédons à l'application du guide d'entretien, puis une semaine après, nous appliquons le Rorschach.

### **5.1.1 Guide de l'entretien :**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opération et d'indication qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. « Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter ; le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien » (Chahraoui, Herve, 1999, P. 66).

### **5.1.2 Présentation des axes du guide d'entretien :**

Donc notre (guide d'entretien) est composé de onze (11) axes, chaque axe est constitué de questions en relation avec notre thème de recherche :

#### **❖ Les renseignements personnels sur le sujet :**

C'est pour recueillir les données sur le sujet. Celles-ci seront d'une grande importance dans l'analyse :

- Nom et Prénom :
- Age :
- Niveau scolaire :
- Fonction :
- Nombre de frères :
- Nombre de sœurs :
- Rang dans la fratrie :
- Nombre d'enfants :

### **Les axes du guide de l'entretien**

#### **Axe 01 : axe de l'enfance :**

L'objectif de cet axe est de connaître l'enfance du cas et les circonstances de sa naissance, de rechercher des détails qui ont été significatifs dans l'enfance, phase initiale de la vie. Le début de la vie et la première enfance est très importante en psychosomatique intégrative.

- Pourriez-vous me parler de votre vie ?
- C'est-à-dire de votre enfance, de vos parents, vos frères et sœurs ?
- Pourriez-vous me parler de votre naissance ? Votre naissance était au 9<sup>ème</sup> mois ? (Si la réponse est non, on demande c'est à quel mois alors ?)
- La naissance était naturelle ou par césarienne ?
- Et votre allaitement, il était naturel ou artificiel ?
- Comment se sont passés les premiers mois après votre naissance ? Y a-t-il eu un événement important à cette période ? (Si oui : lesquels)
- Pourriez-vous me parler de vous à la période de votre enfance, c'est-à-dire avec votre mère, votre père, vos frères et sœurs, les pairs en général ?
- Y a-t-il eu des séparations ?
- Pourriez-vous me parler des événements qui vous ont marqué ?

**Axe 02 : Axe des relations :**

L'objectif de cet axe est d'identifier les relations du cas : dans la famille, avec les amis et dans la vie professionnelle.

- Pourriez-vous me parler de votre enfance ?
- Vos relations à la maison ?
- Vos relations au travail ?
- Vos relations dans la vie en générale ?

**Axe 03 : A propos de la grossesse et l'avortement :**

Le but de cet axe est de savoir plus sur le processus de la grossesse, les perceptions du fœtus et le désir de devenir mère, savoir le vécu des grossesses et des accouchements précédents (ayant abouti) et aussi de comprendre les circonstances de l'avortement spontané.

- Pourriez-vous me parler de votre adolescence ?
- A quel âge avez-vous eu vos règles ? Comment avez-vous réagi aux premières règles ?
- Avez-vous parlé à votre mère ou à une autre personne ?
- Quelle était sa réaction ?
- Vous m'avez dit que vous avez (N<sup>4</sup>) enfant, pourriez-vous me dire comment ça se passe avec eux actuellement ? Sont-ils en bonne santé ?
- Comment ça s'est passé la grossesse avec votre premier enfant ?
- L'accouchement était-il facile ? (Si non : pourriez-vous me dire plus ?)
- Avez-vous eu des complications ?
- Et votre bébé, comment se portait-il pendant la grossesse ?
- Après sa naissance comment, était-il facile ?
- Avait-il (ou elle) des complications ?
- Y a-t-il eu des avortements avant ce premier enfant ? (Si oui : combien ?)
- Et pour le 2<sup>ème</sup> et les autres enfants ça s'est passé comment, c'est-à-dire pendant la grossesse et à l'accouchement ?

---

<sup>4</sup> Le (N) représente le nombre d'enfants que la femme dit avoir eu.

- Avez-vous eu un soutien dans votre entourage ? (Si oui : par qui et comment ?)
- Parler moi de vos grossesses avortées.
- Étaient-elles faciles au début ?
- Avez-vous programmé ces grossesses ?
- Avez-vous consulté le médecin pour ces grossesses ?
- Des consultations régulières ou non ?
- Avez-vous fait des échographies ?
- Qu'est-ce que votre médecin vous a-t-il dit à propos de chacune de ces grossesses ?
- Pourriez-vous me dire si vous avez des choses à dire par rapport à votre projet d'enfant ?
- Ça vous arrivait d'imaginer votre bébé avant l'avortement ?
- Comment expliqueriez-vous votre avortement ?
- Qu'est qui s'est passé ?
- Vous a-t-on expliqué pourquoi l'avortement ?
- Qu'est ce qui s'est passé durant votre grossesse, y a-t-il un événement important à raconter ?

#### **Axe 04 : A propos des maladies et des accouchements précédents :**

Le but de cet axe est de connaître les maladies auxquelles le cas a été exposé ou connues d'un des membres de la famille.

- Parlez-moi de votre état, comment vous sentez vous ? Avez-vous des problèmes de santé ?
- Avez-vous déjà consulté pour un ou des problèmes de santé ?
- (Si oui), qu'est-ce qu'il vous a dit (le médecin) ?
- Quand est-ce que vous avez eu ce problème de santé ? C'est-à-dire comment il est apparu ?

- A votre avis ce problème de santé est dû à quoi ?
- Y a-t-il des événements qui expliqueraient votre état de santé ?
- Comment vivez-vous cet avortement ?
- Avez-vous un ou des médicaments à prendre ?
- Faites-vous un suivi régulier ?
- Quelles sont les maladies que vous avez eues depuis votre enfance ?
- Est-ce que vous avez eu une ou des hospitalisations ?
- Si, oui, à quel âge et pour quel motif et durée ?
- Comment ça s'est passé ? Et la guérison, elle était comment ?
- Avez-vous d'autres maladies ?
- Dans votre famille y a-t-ils ceux qui souffrent de maladie ?
- (Si oui), lesquelles ?
- A part ces maladies y a-t-ils d'autres ?
- La mère, le père, les frères, les sœurs, la grande mère, grand père, tantes, oncles, ont-ils eu des maladies ?
- Avez-vous eu des interventions chirurgicales ?
- Avez-vous eu des traumatismes ou des brûlures ? Accidents etc. ?

#### **Axe 05 : vie onirique :**

L'objectif de cet axe est de savoir la qualité de la vie onirique de la patiente sur le plan quantitatif et qualitatif.

- Dormez-vous bien ? Si c'est non : pourquoi ?
- Prenez-vous des médicaments pour dormir ? Si c'est oui lesquels ?
- Vous rêvez ? Si c'est oui : beaucoup ?
- Quels sont les rêves que vous voyez souvent ?
- Quand avez-vous fait le dernier rêve ?

- Pourriez-vous me raconter ce rêve ?
- Pourriez-vous me dire qu'est-ce que vous pensez de ce rêve ?

**Axe 06 : L'observance thérapeutique :**

L'objectif de cet axe est de savoir si la patiente suit bien son traitement et / ou son régime, ce qui est en lui-même un signe d'un bon fonctionnement et aussi un élément important dans la guérison.

- Quand vous ne vous sentez pas bien, consultez-vous un médecin ? Si la réponse est non : pourquoi ? Si la réponse est oui : régulièrement ?
- Quand vous tomber malade, en général, vous suivez bien votre traitement ?
- Avez-vous un traitement à suivre actuellement ?
- Comment ça se passe, c'est facile de le suivre ?
- Avez-vous un régime à suivre ?
- C'est facile de suivre ce régime ? C'est la réponse est non : pourquoi ?
- Le médecin vous a-t-il donné des conseils à suivre ? C'est la réponse est oui : lesquels ? vous les suiez bien ? C'est la réponse est oui : ces conseils vous ont-ils aidé ?

**Axe 07 : Qualité de vécu actuel de la patiente :**

L'objectif de cet axe est de savoir la qualité de vie de la patiente selon sa vision et de chercher d'éventuels traumatismes à l'origine de ses problèmes de santé.

- Parlez-moi de votre quotidien.
- Avez-vous des choses importantes ces jours-ci ? si la réponse est oui : pourriez-vous en parler ?
- Avez-vous des pressions en ce moment ? Si la réponse est oui : lesquelles ?
- Ces pressions sont passagères ou permanentes ?



- Avez-vous vécu quelque chose de grande importance pour vous et qui vous a marqué ? Si la réponse est oui : laquelle ? Comment avez-vous réagi ?
- Avant d'avoir votre problème de santé actuel, avez-vous eu un événement quelconque qui vous a affecté ?
- Et dans le passé avez-vous des choses qui vous ont choqué ? Si la réponse est oui lesquelles ?
- A quoi liez-vous votre problème de santé, c'est-à-dire comment c'est arrivé ?

#### **Axe 08 : Vie conjugale et sentimentale :**

L'objectif de cet axe est de connaître la qualité de la vie sentimentale et sexuelle de la patiente.

- Parlez-moi de votre mariage, comment ça se passe actuellement ?
- Comment avez-vous choisi votre conjoint ?
- A quel âge êtes-vous mariées ?
- Pourriez-vous me parler de votre relation avec votre mari ?
- Sur le plan sexuel ça se passe comment ?
- Avez-vous des problèmes dans ce sens ? Si la réponse est oui : lesquels ?

#### **Axe 09 : Activités :**

L'objectif de cet axe est de connaître la qualité d'activités de la patiente et si elle pratique du sport ; indices importants dans la santé.

- Pourriez-vous me parler de vos activités quotidiennes ? C'est-à-dire comment passez-vous votre temps ?
- Avez-vous des activités préférées ? Si la réponse est oui : lesquelles ?
- Avez-vous des activités de divertissement ? Si la réponse est oui : lesquelles ?
- Faites-vous du sport ? Si la réponse est oui : lequel ? régulièrement ?

#### **Axe 10 : Les habitudes alimentaires :**

Le but de cet axe est de connaître les habitudes alimentaires de la patiente et est ce qu'elle

a de mauvaises habitudes qui sont susceptibles de nuire à sa santé. Aussi, connaître si la patiente fume ou a fumé dans le passé, c'est-à-dire connaître s'il y aurait des indices allant dans le sens de fragilités et fixations orales.

- Pourriez-vous me parler des choses que vous aimez manger ?
- Quelles sont les choses que vous mangez souvent ? Et les boissons ?
- Avez-vous des boissons préférées ? Si la réponse est oui : lesquelles ?
- Avez-vous fumé dans le passé ? Et maintenant ?
- Avez-vous des choses à me dire sur vos habitudes alimentaires dans le passé ? Et maintenant ?
- Prenez-vous du café noir ? (Si oui) beaucoup ? combien de tasses par jour ?
- Et le thé ? avez-vous une consommation abusée du thé ?
- Êtes-vous plutôt friande du sucré ou du salé ? pourriez-vous nous donner des détails ?
- Avez-vous des choses à ajouter par rapport à vos habitudes alimentaires ?

#### **Axe 11 : Projection dans l'avenir :**

Le but de cet axe est de savoir si la patiente arrive à se projeter dans l'avenir ; car pouvoir se projeter est un indice important de la qualité du fonctionnement psychosomatique.

- Pourriez-vous me parler de votre avenir ?
- Avez-vous des choses que vous souhaitez réaliser ? si la réponse est oui : lesquelles ? pensez-vous que c'est réalisable facilement ?
- Avez-vous des choses à ajouter et sur quoi nous n'avons pas parlé ?
- Qu'est-ce que ça vous a fait de parler de tous ce que nous avons parlé ?

### **5.2 Le test du Rorschach**

- **Aperçu historique**

En 1920 apparaît sous la plume d'Hermann Rorschach, ce test qui est projectif et qui

porte le nom de son créateur Rorschach, ce test se compose de dix planches, chacune d'entre elles représentant une tache d'encre soit monochrome (noir), bicolore (noir et rouge) ou multicolore (couleurs pastel) les dix planches sont non figuratives ou une tache d'encre apparaît sur un fond qui renvoie à un contenu manifeste et au contenu latent. Elles sont présentées au sujet examiné dans un même sens bien précis. Donc le Rorschach publié pour la première fois en 1921, par le psychiatre suisse Herman Rorschach, cherchait à comprendre les capacités créatrices de l'individu et la manière dont elles s'inscrivent dans la dynamique de la personnalité pour s'intéresser ensuite à l'utilisation des productions pathologiques de ses patients qu'il considère comme représentatives des anomalies de la personnalité.

Le test va mettre à l'épreuve la capacité du sujet de s'adapter à l'objet stimulus et aux qualités perceptives de celle-ci, mais également son aptitude à s'en dégager et à puiser dans son expérience, expérience qui peut dans le cas pathologique être envahissante et peut donc permettre, ou ne pas permettre, ou retarder l'ajustement au stimulus (Chabert, 1989).

### **5.2.1 Situation de Rorschach et son objectif**

La situation du rorschach « comprend trois termes : le sujet, le test et le clinicien. La relation va s'établir entre les personnages à travers la médiation d'un objet tiers qui ne trouve son sens que dans l'expression de l'un et l'écoute de l'autre à travers un échange chaque fois spécifique et particulier » (Chabert. C.1983, P.11).

Le Rorschach permet l'exploration de la personnalité chez toutes les catégories (enfants, adolescent, adulte). Lors de la consultation le clinicien donne au sujet la consigne suivante : « Je vais vous montrer dix planches vous me direz tout ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches » (Charbert. C, 1983, P.29).

Le patient est invité à parler librement sauf que ses réponses doivent être associées au matériel du test - ce qui constitue une première contrainte dans la prise en compte de la réalité externe, perspective du stimulus et par ailleurs, il ne dispose que d'une seule séance pour la passation, il y a donc liberté et contrainte, le psychologue adopte une attitude de neutralité bienveillante, il ne suggère pas il n'interprète pas, il ne juge pas, il n'y pas de bonne ou de mauvaise réponse. (Chabert. C.1998, p.111).

### **5.2.1 Passation du test de Rorschach**

- **Le premier temps**

Le temps de la présentation successive et dans l'ordre de la numérotation des planches, cette présentation 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 (Anzieu. Chabert, 1998, P.57).

L'examineur note toutes les réponses du sujet, ainsi que ses commentaires et son comportement, la durée de chaque planche et le temps de latence qui s'écoule entre la présentation de la planche et la première réponse effective donnée par le sujet.

L'examineur note également tous les changements dans les positions des planches (Planche droite :  $\Delta$  ; planche renversée :  $\nabla$  ; planche mise sur le côté <ou > le retournement des planches signifient soit dans 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.

Quand le sujet n'a pas interprété une découpe importante ou n'a pas vu une réponse habituelle, on peut l'inviter explicitement à le faire de déterminer s'il s'agit soit d'une négligence ou d'un blocage passager et surmontable, soit une incapacité physique fondamentale (Chabert, 1998).

- **Le deuxième temps**

Une fois la passation terminée, l'examineur revient sur chacune des réponses pour faire préciser au sujet où et comment il l'a vue c'est l'enquête ; elle est indispensable pour coter chaque réponse selon les trois colonnes requise localisation, déterminant, contenu, quatrième colonne servant seulement à noter les banalités et les tendances.

- **Le troisième temps**

Le temps de l'épreuve des choix, qui consiste classiquement à demander au sujet d'indiquer quels sont ces planches préférées. Puis ces planches moins aimées (Anzieu. Charbert, 1998, P. 57).

## **6. Le déroulement de la pratique :**

La rencontre avec les cas était difficile, étant donné que les femmes quittaient souvent le service hospitalier après une courte durée, ce qui ne permettait pas, dans la plupart des cas, de mener une enquête détaillée avec elles.

En effet, nous précisons qu'au début de la pratique au terrain, nous avons rencontré plusieurs cas, mais nous n'avons pu terminer l'examen qu'avec deux cas, car la plupart, ont quitté l'hôpital avant que nous terminions l'investigation psychosomatique.

L'investigation a été complétée avec deux cas, et nous avons pu obtenir des informations relatives à tous les axes de l'entretien clinique semi directif : Il s'agit du cas Nadia et du cas Salima (pour qui nous avons changé de prénom, bien sûr pour préserver la confidentialité de la profession).

En ce qui concerne le travail avec les cas de notre groupe de recherche et puisque les femmes étaient hospitalisées, la rencontre avec chaque cas était quotidienne et la communication était familière et surtout empathique. En effet, la théorie psychosomatique intégrative souligne l'importance des rencontres empathiques, même lorsqu'il s'agit de recherche et non pas de thérapie. Il n'est pas conseillé de soulever des vécus des cas en ayant une attitude neutre.

Le travail avec les cas s'est bien déroulé et nous avons pu obtenir des informations relatives à tous les aspects de l'entretien clinique semi-directif ainsi qu'à l'application du test de Rorschach.

## **7. Analyse des techniques utilisées :**

### **7.1 Analyse des données de l'entretien :**

Nous avons analysé les entretiens cliniques semi-directifs sur la base du contenu des réponses fournies et obtenues par chaque cas séparément à la lumière des données théoriques psychosomatiques intégratives. Nous indiquons qu'en utilisant les données des entretiens, le but est de soutenir notre compréhension clinique données dans la grille de Stora (annexe 3).

### **7.2 L'analyse du protocole RORSCHACH**

Nous avons adopté La méthode de Chabert pour l'analyse du Rorschach car elle permet de lier le fonctionnement de l'individu au regard : de l'application clinique, du processus

de réflexion, du traitement des conflits et de l'évaluation de l'organisation défensive de l'individu et du niveau de ses problèmes. La sensibilité et la validité du test de Rorschach, confirmées dans de nombreuses études en psychologie projective, en psychologie clinique et en psychopathologie. La justesse de la méthode, comme le confirme Chabert, permet de « découvrir des signes cachés chez l'individu, révélant ainsi un processus qui a échappé à l'entretien clinique, qu'il s'agisse de révéler des signes d'un trouble en phase de développement, ou à l'opposé, révéler des éléments plus optimistes », dans un cas de trouble cliniquement inquiétant » (Chabert, 1998).

À la fin de la pratique et avant de dire au revoir au cas, nous lui demandons ce qu'elle ressent et est ce qu'y a-t-il des choses importantes dont elle veut parler et dont nous n'avons pas parlé ?

Nous remercions la femme pour sa participation à la recherche et lui disons au revoir.

### **Remarque : Pourquoi le Rorschach dans l'évaluation du fonctionnement psychosomatique ?**

**Nous avons procédé au test Rorschach dans l'évaluation du fonctionnement psychosomatique des cas, pour deux raisons :**

- La première est qu'au début on devait utiliser un questionnaire a été publié en 2001 aux Etats-Unis. Il s'agissait d'un questionnaire médical intitulé MBMD, Million Béhavioral Médecine Diagnostic. A partir de ce questionnaire, J-B. Stora a développé une approche de psychosomatique intégrative intégrant le fonctionnement psychique (que ce questionnaire n'abordait pas). Cependant, nous n'avons pas pu avoir une autorisation des auteurs de ce questionnaire pour pouvoir l'appliquer. En effet, les frais exigés, allaient au-delà des moyens des étudiantes.
- Le deuxième point, est une conséquence de la première raison : en effet en l'absence d'un outil pour vérifier la fragilité de nos cas par rapport à la construction du moi des premières années de vie, nous avons pensé utiliser un test projectif abordant ces fragilités, à savoir le Rorschach, qui est connu pour sa capacité à aborder les problématiques préobjectales.

### **7.3 Présentation de la grille d'évaluation psychosomatique**

Stora a mis en place depuis 1993 une consultation psychosomatique à l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière où il lui semblait indispensable de repenser ce qu'est la psychosomatique fondée par Pierre Marty - en intégrant la dimension médicale et les

neurosciences qui concernent selon lui, les interrelations complexe de tous les niveaux de l'organisme et cette grille prend en considération les points suivants :

- La part de la contribution du système psychique aux maladies somatiques varie, selon l'histoire personnelle de l'individu, sa composition héréditaire, l'histoire de diverses maladies, et les diverses situations familiales et professionnelles auxquelles l'individu est confronté.
- Pour construire cette grille, Stora s'est appuyé sur l'observation et le travail permanent avec des spécialistes en neurosciences et d'autres médecins spécialisés, en tenant compte de la complémentarité qui existe entre les cinq systèmes (le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire, système génétique et le système psychique).
- La grille de l'évaluation de la santé et du risque psychosomatique présente tous les indicateurs du fonctionnement psychique des patients en relation avec le vécu de leur maladie (voir annexe 3).

### **7.3.1 Validité et fiabilité des outils utilisés :**

Précisons également qu'en termes de normes, il s'agit d'un guide global et n'est pas touché par la culture. Les dispositions qui ont permis sa construction ont été appliquées aux cas de la société française, mais la plupart d'entre eux, dit Stora, appartiennent au Maghreb et ainsi :

- Malgré notre connaissance des critères sur lesquels Stora s'est fondé à cet égard, à savoir qu'ils appartiennent à la société française, nous les acceptons puisque, à l'instar du DSM et d'autres guide de diagnostics, ils nous permettent de diagnostiquer et de surveiller l'évolution des cas. Nous partageons les enjeux humanitaires, et nous avons vu que les données sont dépourvues de données culturelles, mais plutôt tous les éléments sont généraux et globaux, il nous a donc semblé que les prendre sert notre recherche.
- D'autre part, la Pr. IKARDOUCHENE BALI Z. a effectué une recherche au cours des années 2014 et 2015 et elle s'est appuyée sur la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique pour étudier un groupe de femmes enceintes (17 femmes enceintes) et a comparé les résultats de la grille avec l'issue et l'évolution de la grossesse chez les femmes depuis son début jusqu'à l'accouchement et l'accueil du bébé (qu'il s'agisse d'une grossesse à risque normal, moyen ou élevé).

Cette chercheuse a constaté que la grille est un guide très important pour prédire l'issue d'une grossesse (qu'il s'agisse d'un risque normal ou élevé).

D'autre part, cette chercheuse a remarqué que cette grille permettait de prédire comment une femme allait accueillir son enfant après la naissance. Elle a remarqué que plus les perturbations s'étendaient, plus il était difficile et inadapté d'accueillir l'enfant. Cette étude a duré 9 mois et qui était dans le cadre de la préparation d'un diplôme universitaire en psychosomatique intégrative, Faculté de Médecine, Pierre et Marie Curie, Université de Paris 6.

### **Remarque :**

Nous précisons que dans notre application des indicateurs pour la grille, nous avons pris en compte l'aspect dynamique qui considère que chaque cas est un cas et donc notre application de cette grille n'était pas une application statique. Nous soulignons, également, que le chapitre suivant, qui contient la présentation et l'analyse des résultats, nous montrera ce dynamisme et cette flexibilité qui ont prévalu au cours de l'application.

### **Résumé du chapitre :**

Dans ce chapitre, nous avons traité un ensemble de données importantes pour clarifier l'approche utilisée dans cette étude, ainsi que les méthodes et techniques qui lui sont affiliées. D'autre part, nous avons présenté le groupe d'étude et ses caractéristiques, ainsi que les conditions de réalisation de la présente étude.



## **Introduction**

Nous allons présenter deux cas de patientes ayant subi un avortement, et nous avons déjà montré les caractéristiques qui les distinguent, présentées dans le tableau n ° (1), dans ce chapitre, nous présenterons et analyserons les données recueillies à savoir les données de l'entretien clinique semi-directif et le protocole Rorschach en essayant à partir des données de ces techniques (CAD de l'entretien clinique et du test Rorschach), d'évaluer la santé et le risque psychosomatique chez nos deux cas.

Nous tenterons de présenter chacun des deux cas en détail dans la mesure de la disponibilité des données de l'entretien. En effet, il est important de signaler que pour faire des entretiens suffisants pour une investigation profonde, il est recommandé de rencontrer plusieurs fois (selon les cas), chose que nous n'avons pas pu vraiment réaliser vu que la durée de notre pratique à l'hôpital était limitée et aussi la durée du séjour des cas à l'hôpital. Nous avons essayé, malgré ces limites, d'avoir des données qui puissent nous aider à comprendre la somatisation de nos deux cas.

Nous précisons qu'avant de commencer à travailler avec le cas, nous avons eu une séance avec le médecin traitant, qui nous a aidés à recueillir des informations importantes liées à l'aspect médical de ceux-ci, et nous avons également pu consulter le dossier médical du cas.

### **1. Cas Nadia**

#### **1.1. Présentation des données de l'entretien**

**Nom :** Nadia

**Age :** 39 ans

**Niveau scolaire :** 9<sup>ème</sup> année

**Fonction :** femme au foyer

**Nombre de frère :** 02 frères

**Nombre de sœurs :** 04 sœurs

**Rang dans la fratrie :** 5<sup>ème</sup>

**Nombre d'avortement :** 3 avortements

**Age des enfants :** 14 ans, 6ans et 3ans.

Nadia est une dame âgée de 39 ans, femme au foyer d'un niveau d'instruction moyen 9<sup>ème</sup> année rencontré à l'hôpital d'Akbou « Akloul Ali », elle paraît en surpoids très fort (obèse) et habillée modestement, bien qu'elle semble, comme elle le dit, être dans le confort financièrement. Elle parle directement et spontanément et j'ai l'impression que le message pour moi, lorsque je lui ai demandé de parler d'elle et de son histoire.

Nadia est mariée depuis 14 ans, avec un mari qu'elle a choisi elle-même, elle a 3 enfants, elle a subi 3 avortements spontanés (chaque fois à 1 mois et demi).

Au début de l'entretien, Nadia paraissait timide et toujours souriante, elle venait de faire une fausse couche.

Nadia nous a avoué qu'elle a une bonne relation avec son mari, mais ce n'est pas le cas avec la belle famille (sa belle-mère, ses beaux-frères et ses belles sœurs).

Par rapport à son enfance, Nadia nous raconté qu'elle était très pauvre et qu'elle et ses frères ne mangeaient pas à leur faim. Elle nous a dit que sa famille était très pauvre et qu'elle était marquée par le souvenir qui l'a marquée et qui concerne le fait qu'elle partait à l'école avec des chaussures perforés, qui ne lui appartiennes même pas, alors un jour son enseignant l'humilie devant ses camarades en faisant une remarque sur ses chaussures et en lui demandant : « c'est quoi ce que tu as mis ? », insinuant l'état dégradé de ses chaussures. Elle dit alors que les élèves la regardaient et elle dit être traumatisé et humiliée et détestait l'école à jamais pour ne plus jamais remettre les pieds à l'école « nella dizawaliyen mlih même chefigh yiwen wass thedhrayid lehadja bête mi ghuri theressa (...) gouliw jamais attettough, imi, tterouhough at l'ecole, nekki tteloussough sebadh felan akk qarsen meme machi inou degha imouqliyid chikhiw yeqqariyid achou dewagui idelsidh akka (...) ttekhazarenyid akk warche ni ihechemiyid zath nsen sethehagh degha s gasen ni yagheli l'ecole deg uliw goumagh adoughalagh yeskarhiyith » (larmes aux yeux, après un moment de silence).

Nadia nous a raconté qu'elle a vécu deux mauvais événements durant son enfance, elle disait malgré que (ce fût) bête mais ça l'a marqué et c'est resté jusqu'à ce jour. À cause de la pauvreté et de la remarque de son enseignant, elle a quitté l'école. Elle raconte cet événement avec des larmes et des silences importants qui coupaient son discours, le 2eme événement nous dit-elle, c'était la mort de son père : « lemouth n vava thousayid d le choc ourvenighara fellas ur roudjaghara lmouth ghoures, iruh vava iruh koulech, therouhiyi levena n dounith meme thura ur zemiraghara ad ruhagh axxam negh. Seg ma ad mekthigh vava ad tterugh urtharwighara ».

La mort de son père était un choc pour elle, elle dit qu'elle n'arrive même pas à accepter sa mort et qu'elle ne supporte plus partir chez elle, elle dit qu'elle n'a pas bien profité de la présence de son père « urtharwighara ». (Larmes aux yeux)

La naissance de Nadia était normale c'est-à-dire au 9eme mois et d'un accouchement naturel (voie basse), à la maison ; l'allaitement était aussi naturel.

Le discours de Nadia, montrait son attachement à son père et à son grand frère plus qu'à sa mère et ses sœurs. Elle dit que son frère est généreux plus que ses sœurs. Aussi, elle dit que sa mère était très sévère, contrairement à son père qui était tendre : « zemragh amedinigh g themziw lligh attachigh mlih ar vava wala yemma, yemma thu3ar mlih, thett3agidh felli mi vava khati henin, yetthadariyi, ihemliyi, gemma daghen akeni, ayen yevghuen yedhruyas ttehousough yess, yettvoudou mlih le3ivad le contraire n yesthemma ».

Elle avait de bonnes relations avec les gens de sa région, quand elle était petite et même elle avait beaucoup d'amis que ça soit des garçons ou filles, elle était sociable, elle dit qu'elle aimait jouer dehors et qu'elle ne rentrait à la maison que la nuit tombée et elle précise que maintenant, ce n'est plus le cas, bien au contraire, elle n'aime pas parler aux gens: « lligh hemlagh adouraragh d warrach imi lligh meziyagh, hemlagh le3ivad, asemma adeqqimagh deg varra jamais idekechemagh axxam alma yewdhed yid, mi thoura khati le contraire n zik-nni. » (Elle parle avec des gestes et avec spontanéité).

Nadia nous a parlé sur son adolescence, elle disait qu'elle avait beaucoup de fréquentations avec les garçons comme les autres filles, elle commente ensuite que cela est normal : « asemmi lligh adolescente tekhaladhigh arrach de mon âge sa3ough des petits amis am theqchichin nidhen anechetha ttewaligh nekki normal »

Elle avait eu ses premières règles à l'âge de 11 ans et qu'elle n'a partagé cela avec personne, elle dit qu'elle connaissait c'est quoi et comme sa mère ne lui a pas demandé, elle a préféré garder cela pour elle : «la première fois idousan les règles se3igh 11 n ssenna d le3amriw, ur nigh iyiwen akhatar senagheten, meme yemma ur dasenigh ara, nettath daghen udesqsara felli degha djighett iyimaniw. »

Sa grossesse était programmée par ce qu'elle désire avoir une fille, mais ça n'était pas facile au début et surtout que toutes les taches lui reviennent alors elle est souvent fatiguée et aussi souvent stressée : « seg mi irefdagh sethadisth agui d nekki koulass helkagh, ittezi le3aqliw, ur zemiragh ara ad chagh même, bessif ikhedmagh lecheghal, mi nekki daghen ur zemiraghara adeqimagh axxam akk felli lecheghal n varra felli, imir housghed thou3ariyi degha ar nighas teqlaq akk d ttakhmam ».

Nadia avait des souffrances durant sa grossesse, elle avait des maux de tête, le stress, la fatigue, elle était toujours malade vu que Nadia est obèse mais elle n'a pas consulté le médecin elle a fait juste un test de grossesse, pour voir si la cause de ses symptômes n'est pas une grossesse. Elle dit qu'elle n'a pas le temps et que son mari était à l'étranger, alors elle ne pouvait pas partir chez le médecin toute seule jusqu'au jour où elle est tombée malade et elle avait des pertes du sang (hémorragies).

Elle nous dit qu'elle ne partait pas chez le médecin et qu'elle ne lui rend visite que si elle est dans un état insupportable et que de toute façon, elle ne prend pas ses médicaments et qu'elle les oublie complètement : « jamais ruhagh ar teviv, sethahzayagh mlih deg yimaniw, meme si theqarhiyi lehadja jamais itteruhugh alma izad felli dayen netaragh, même dewayath iw ounetessessagh ara thettoughethent akk »

En effet, Nadia souffre du goitre et aussi de l'anémie, mais dit qu'elle ne prend pas de médicaments, car elle les oublie.

A l'âge de 24 ans elle a fait une intervention chirurgicale d'appendicite, elle dit qu'elle a supporté les douleurs et elle n'est pas partie consulter le médecin jusqu'à ce qu'elle fasse une crise où elle passe directement au bloc pour une opération urgente « aseme se3igh 24 n ssena khedmagh l'opération l'appendicite imir qqimagh ur ruhagh ara ar teviv almi ithetef la crise deg uxxam degha directe ar le bloque iyiran. »

Dans sa famille, personne n'a de maladie grave, sauf son grand frère et ses tantes qui ont un diabète et sa mère qui a un diabète aussi et Alzheimer, elle nous a raconté

comment ça s'est passé: «chefigh deg udefel nekki lligh meziyagh yemma theffagh ar varra dega thegheli yelahqittid wezzru oughalen ass idamen ar daxxel , deg chehar nni kan yewitt gemma ar franca umb3and ya3wej ouqamouchis mi kesenased idamen ni mi sed mi idughal axxam d nettath thettettou ala ayen n zik nni thechfayas mi ayen n toura khati ayen isedenena akk ulach. ».

Pour le sommeil, Nadia dit avoir du mal pour s'endormir quand elle stress à cause de problème ou d'idées qui lui prennent la tête. Par contre, en dehors de ces situations, elle dit qu'elle dort bien et même qu'elle exagère, car elle aime beaucoup dormir : « dés fois ur ganaghara akk sur tout lawan ise3igh les problèmes, negh ttekhemimagh jamais iditterousou yides felli, mi les moments nidhen ganagh alma dayen margaghatt nekki d ttin idhess »

Elle dit qu'elle rêve beaucoup, elle rêve du temps ancien, du passé son village, leur maison, la maison de ses oncles maternels, car quand elle était petite, elle aimait partir chez ses oncles maternels. Elle dit qu'il y a 20jours, elle a vu dans ses rêves la maisons de ses oncles maternels et elle explique cela par le fait, que ça fait longtemps (des années) qu'elle n'est pas partir chez eux et qu'ils lui manquent beaucoup: «meme thirgua ttargough mlih, ttargough toujours ayen n zik nni , thaddarthiw, axxam negh, axxam khewali parce que imi lligh meziyagh hemlagh ad ruhagh axxam khewali, d'ailleurs tharguithiw thangarth sa fait 3echerin n yawem ( 20jours) urgagh axxam ruhagh axxam khewali, nekki nighas imi attas aya ur ruhagh ara d lesnin agui urouhagh ara ar dina , khaqagh felasen mlih mlih»

Pour son quotidien, Nadia dit qu'elle vit une routine et qu'il n'y a rien de spécial dans son quotidien. Elle regrette le fait que ça maman est malade, elle aurait pu autrement lui raconter ses soucis car elle dit avoir des pressions chez elle, elle s'inquiète beaucoup pour ses enfants.

Elle dit qu'avant d'avoir ses problèmes de santé, elle était forte de corpulence et elle se fatiguais beaucoup et que peut être c'est à cause de ça qu'elle a eu ses problèmes de santé actuels (avortement etc.) : «toujours d la routine, toujours d lekheghal ni kan, ulach lhadja importante doussan kifkifithen akk, nigham juste se3igh la pression deg uxxam arrawiw qelqagh felasen , lehadja yellan kan nighas amar kan thelli yemma dagui zemragh asahkough mi lahh ghalev thahelek , (les problèmes de santés) ouqevel ades3ough les maladies agui lligh ssahagh mlih 3agough kan yezmar danechethagi

iyihlken akka . »

Son mariage, elle dit qu'elle connaissait son mari 8 mois avant le mariage par l'intermédiaire d'une autre femme, après l'avoir vu, il lui a plu et elle a accepté, surtout qu'il partait en France régulièrement. Avant le mariage, il lui avait promis de la prendre avec lui en France mais en France. Après le mariage, il n'a pas tenu à sa parole, alors lui il va et il revient et elle, elle reste ici à faire face à tout, toute seule, elle dit que si elle savait que ça allait être ainsi, elle n'aurait jamais accepté de se marier avec lui, mais c'est le destin: «ur thesinaghara d yiweth ithidiyewin nekki qavlagheth i3edjeviyi, yarna yettrouhou ar franca ass amzewarou imi thesnagh yeqariyid akemawigh yidi à la fin yekhde3iyi thoura yejayid dagui wahdi deg uxxam netta itteruhou ittoughal nighas loukan sasen d assa wellah oukeqvilagh imi akka iyitheklkhedh. ».

Elle dit que la fête s'est bien passée et que les premiers jours, c'était très bien mais après elle a vu la différence, avant le mariage, il lui disait qu'elle allait vivre comme une princesse avec lui et qu'elle l'avait cru car elle était jeune, mais maintenant et après le mariage, c'est tout le contraire, tout a changé lui il n'est pas avec elle, il part toujours en France et elle, elle est toujours occupée par les enfants. Elle dit qu'elle ressent comme si quelque chose manque, même sa relation avec son mari n'est plus comme avant, elle ne s'intéresse plus à lui et qu'elle se sent toujours fatiguée. Elle dit qu'avant, quand son mari revenait de France, elle était heureuse, mais maintenant, ce n'est plus le cas, elle ne s'intéresse plus à elle ne sait plus pourquoi. Finalement, elle finit par lier ce désintéret au fait que ses enfants lui prennent tout son temps.

«thamaghraw the3dda bien oussan ni imezwoura llhan mi thura ttewaligh mlih la différence avant le mariage akk d ttoura parce que yekhed3iyi yeqariyid atte3ichedh am la princesse yidi nekki lligh meziyagh oumenagh ayen idiqar mais thoura d le contraire koulech yechangé netta ur ittili ara toujours deg uxxam daghen avec les enfants cheghelagh yidsen , ttehououghed thella lehadja thenqes, même la relation negh machi zik nni thevedel nekki renigh abandonigh imaniw, ttehououghed iyimaniw toujours fechllagh dayen a3yigh, avant ad yass wargaziw di franca farhagh ma d ttura khati urthewqi3ara dges , hemlagheth akk ur zerugh ara cahou idayughen negh yezmar d lechal n uxxam idessba , houssagh amaken thella la pression felli mlih , arrawiw winiyi akka lewaqthiw. »

Nadia, aime bien manger et elle aime beaucoup les plats traditionnels et que même si elle les mange tous les jours, elle ne se lassera jamais, elle dit qu'elle regrette les années

de chez elle où ils se réunissaient autour des repas ce qui n'est plus le cas actuellement, chacun mange seul et que même la nourriture, elle a changé ce n'est plus la même. Elle dit qu'elle ne peut pas rester longtemps sans manger les plats traditionnels et que si elle reste quelques jours sans les manger, elle sent que ça lui manque. Pour les boissons, elle dit qu'elle préfère les jus : « hemlagh ad chagh ayen n zik nni même yaloukan athesettagh koulass ur 3egough ara dgesen au contraire ma outhenchigh ara yahssaviyi rebbi thekhusiyi lehadja, les plats agui semkethayenyid themziw aseme illigh deg uxxam negh adeyawedh lefedhour adenjema3akk ar tavlla ma d ttura yal yiwen wahedes même lemaklla the3awed , hemlagh adessough daghen les boisson tteprefiregh ( je préfère) les jus daya»

Le sujet n'a jamais essayé de fumer ni dans le passé ni dans le présent.

Nadia souhaite un meilleur avenir pour ses enfants, et qu'elle souhaite partir en France et aussi avoir une fille, qui restera à ses coté et à qui elle souhaite donner tout ce qu'elle a et surtout que sa fille vive ce qu'elle n'a pas vécu, elle : «veghigh aderuhagh ar franca attidissinagh akhtar isedhem3Iyid wargaziw mais zerighb yu3ar felli akhtar llan warawiw thura ur thettadjagh ara, temenigh daghen ades3ough thaqchicheth attili aridisaniw seya arezath asefkagh akk ayen se3igh ade3ICH ayen oude3achagh ara nekki, veghigh ayithili damwanes. »

A la fin des entretiens, Nadia nous a avoué qu'elle était à l'aise avec nous et ça lui fait du bien de parler et de partager l'histoire de sa vie avec nous, car ça l'a soulagé et ça a apaisé « la boule » qu'elle a à la gorge, elle dit qu'elle s'est soulagée de toute la pression qu'elle a à l'intérieur d'elle : « wellah sarthahagh imi hedragh akka yid kunet housghed theksemtiyi la boule yellan dakheliw, nnighed akk ayen iyiqarhen akk d wayen yellan deg uliw. »

**Tableau synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques avec commentaires :**  
**Cas Nadia**

<b>Commentaire</b>	<b>Evènements De Vie</b>	<b>Date et où Ages</b>	<b>Troubles Somatiques</b>
	<b>Naissance de Nadia Elle est née et avait grandi dans une famille très pauvre mais qu'elle était pleine de tendresse et de sécurité</b>	<b>1983</b>	
	<b>Ils étaient très pauvres et elle était timide à cause de ça. Elle raconte un événement traumatique relatif à cette pauvreté : son enseignant qui s'est moqué de ses chaussures. Qui a été la cause de son décrochage scolaire.</b>	<b>7 Ans</b>	
	<b>Traumatisme marquant : son enseignant qui lui fait la remarque sur ses chaussures devant ses camarades Elle a arrêté les études suite à cet incident</b>	<b>1997</b>	
<b>Elle ne fait pas des consultations chez le médecin</b>		<b>24ans</b>	<b>Des douleurs abdominales Une intervention Chirurgicale (Appendicite)</b>



	<b>Accident de sa mère où elle est tombée et a cogné la tête contre un rocher (C'était la neige).</b>	<b>24 ans et demi</b>	<b>Perte d'énergie et la fatigue Elle dit être très angoissée et déprimée et a eu peur qu'il arrive quelque chose à sa mère</b>
<b>un mari qu'elle a accepté car il lui a promis de l'emmener avec lui en France.</b>	<b>Mariage avec un homme qui lui a été présenté</b>	<b>2008 25ans</b>	
<b>Le sujet avait un soutien de sa belle-mère et surtout elle était bien entourée par sa famille, sa grossesse était facile c'est juste une fatigue, maux de tête, une faiblesse et la toux, aussi son mari n'était pas avec elle</b>	<b>Naissance du premier enfant</b>	<b>2009</b>	<b>L'accouchement s'est fait par césarienne et le bébé était normal</b>
<b>Elle dit qu'elle se sent prise au piège, elle souhaite partir en France, mais c'est un rêve que son mari bloque qu'elle décrit comme sévère et qui l'a trahi.</b>	<b>Mal être général et fatigue, déception d'un mariage qui l'a coincé.</b>	<b>2011</b>	<b>Prise de poids jusqu'à l'obésité avec des problèmes liés au métabolisme</b>

<p><b>Déception de la patiente et un mal être général.</b></p>	<p><b>La patiente avait peur à cause de quelques symptômes, qu'elle lie à un mal être général : la fatigue car elle prend en charge tout vu que son mari est souvent absent, vu qu'il fait des vas et viens en France. Elle exprime des regrets de l'avoir épousé et que c'était une erreur de jeunesse.</b></p>	<p><b>2014</b></p>	<p><b>Difficultés à avaler, Troubles de respiration La toux Le sujet à découvert sa maladie du goitre</b></p>
<p><b>La patiente était bien entourée par sa famille et elle avait un soutien par son mari il était avec elle pour la première fois</b></p>	<p><b>Naissance de son 2ème enfant</b></p>	<p><b>2017</b></p>	<p><b>L'accouchement normal et pour elle, la césarienne est bien meilleure que l'accouchement naturel. Son bébé était en bonne santé</b></p>
<p><b>toujours bien entourée par sa famille mais son mari n'était pas avec elle</b></p>	<p><b>Naissance d'un troisième enfant</b></p>	<p><b>2019</b></p>	<p><b>L'accouchement normal rien ne s'est passé Et son bébé n'a eu aucun problème</b></p>

<b>Ne suit pas son traitement</b>	<b>Nadia attribue la cause de l'avortement à ses maladies (anémie, le goitre) et aussi aux efforts qu'elle fait à la maison</b>	<b>2020</b>	<b>Maux de tête, la fatigue, la faiblesse, perte d'appétit, une Dépression, Avortement d'une Grossesse d'un mois et demi et avec la découverte de sa maladie (anémie)</b>
<b>Ne suit pas son traitement</b>	<b>Efforts excessifs à la maison</b>	<b>2021</b>	<b>Avortement d'une grossesse de 2 mois</b>
<b>La patiente est sous le choc, elle n'arrive pas à oublier son père</b>	<b>La mort de son père</b>	<b>2022</b>	<b>Angoisse, insomnie</b>
	<b>La patiente pense toujours que la raison de ses avortements est due à sa maladie et en particulier l'anémie</b>	<b>2023</b>	<b>Vomissements, fatigue, maux de tête... Avortement d'une grossesse de 1 mois et demi</b>

### 1.2. Analyse des données de l'entretien :

La première rencontre avec Nadia a eu lieu à l'hôpital, service de maternité Je me présente à elle, elle accepte de participer à mes recherches sans hésiter. Nadia est une femme de 39 ans qui ne prend pas soin d'elle-même.

Lorsque je l'ai rencontrée, Nadia venait de faire un avortement. Son histoire personnelle montre un choc lié à la difficulté de reconnaître son existence, qui s'est manifesté par une fratrie nombreuse et une pauvreté extrême de la famille, l'indisponibilité de la mère et l'absence du père. Ce vécu l'a marqué au point qu'elle dit qu'elle n'oubliera jamais l'humiliation de son enseignant qui avait fait une remarque sur ses chaussures en l'a vexant devant ses camarades, elle dit être traumatisé et humiliée jusqu'à détester l'école à jamais et elle n'a jamais pu remettre les pieds à l'école. L'absence du père, a été à l'origine de grandes souffrances pour toute la famille.

Les premières années de sa vie ont été pleines de difficultés auxquelles sa mère a été confrontée, et on peut supposer que la mère de Nadia n'a pas été en mesure de s'occuper de ses enfants, d'autant plus qu'elle n'a pas trouvé de soutien auprès de son mari ni de son entourage.

L'accouchement, La 1<sup>er</sup> était césarienne et les deux autres étaient normaux. Plus tard, Nadia souffrira de fausse couche. Elle voulait avoir une fille, mais c'était difficile et elle a fait des fausses couches à 3 reprises. Nadia, souffrait d'avortements à 3reprises, nous n'avons pas pu obtenir plus d'informations sur les causes de ses avortements, mais elle répond vaguement par un mal être général. On remarque un manque d'intérêt pour sa santé, pour son apparence, pour sa relation avec son mari etc. Elle dit qu'elle souffrait de beaucoup de problème de santé : obésité, avec un syndrome métabolique sans doute, mais ne dit pas beaucoup sur son problème d'obésité donc on ne peut pas savoir les complications qui s'y relatent, elle souffre d'anémie, qu'elle découvre suite à un avortement en 2020.

A l'âge de 24ans, elle souffre de douleurs abdominales pour lesquelles elle ne prête pas attention suite à quoi, elle fait une crise d'appendicite qui la mène directement au bloc.

Elle fuit ses problématiques dans le sommeil. On ne remarque pas un investissement aux activités en dehors des tâches ménagères, elle perd le goût de se faire belle, elle ne donne pas trop d'importance aux sensations physiques de douleurs, ne prends ses traitements. Elle lie tout cela au fait, qu'elle est épuisée et fait tout, toute seule, sans l'aide de personne. Nadia est triste dans le système traditionnel, où elle dit que même si elle veut

voir un médecin, elle ne peut pas le faire en l'absence de son mari, car elle ne peut pas aller chez le médecin toute seule.

Pour son quotidien, Nadia dit qu'elle vit une routine et qu'il n'y a rien de spécial dans son quotidien. Elle regrette le fait que ça maman est malade, elle aurait pu autrement lui raconter ses soucis car elle dit avoir des pressions chez elle, elle s'inquiète beaucoup pour ses enfants.

Elle dit être très sociable dans sa jeunesse, où elle aimait beaucoup jouer et rencontrer des jeunes de son âge, mais actuellement, elle n'est plus intéressée par les rencontres ni par le partage avec les autres. Elle préfère rester chez elle.

Ainsi, avec les données sus cités, le risque lié à l'environnement est élevé (score 5), ce qui relève d'une altération importante.

A l'enfance elle dit qu'elle était plus proche de son père et son frère plus qu'à sa mère et ses sœurs. Suite à l'accident de sa mère, elle est très angoissée et elle a très peur pour elle. En fait, on peut émettre une hypothèse d'une mère difficile, phallique qui rend l'identification difficile pour Nadia. Une mère difficile et qui punit beaucoup ses enfants est une mère angoissante qu'on peut affronter. Nadia, dit que le décès de son père l'a rendu inconsolable.

On voit des compensations orales, par l'ingestion, quasi quotidiens, de grandes quantités de nourriture traditionnelle, qui lui rappelle quand elle était chez ses parents.

On remarque une séparation difficile avec ses parents, et la recherche de réparation à travers des comportements alimentaires boulimiques spécialement pour les plats traditionnels. Il nous a paru à ces premiers entretiens que Nadia est fragile et ne peut se défendre psychiquement devant les événements de sa vie, elle répond par une passivité et à chaque fois par des somatisations bruyantes et dangereuses. Les somatisations ont touché la sphère digestive (Boulimie, appendicite), qui va peut-être dans le sens d'un déplacement de la culpabilité vers la sphère orale, et aussi à l'appareil circulatoire (Axe 1C de la grille de J-B. Stora) et l'appareil génital, qui touche directement son identité de femme.

Les somatisations ont aussi touché l'appareil de reproduction par l'expulsion directe du bébé.

On remarque à la prime à bord, que Nadia est fragile, ne put s'approprier sa vie, un contexte traditionnel sévère qui ne lui donne pas trop de choix autre que la passivité et la soumission.

Nadia a vécu à l'âge de 7ans un traumatisme lié à l'humiliation subie à cause d'une remarque faite par son enseignant, il faut dire que le dénuement dans lequel vivait Nadia, qui l'humiliait et lui faisait honte. Ce traumatisme l'a marqué et dit qu'elle ne l'oubliera jamais.

Mais tout comme la trahison de son mari, qui n'a pas tenu à sa parole, Nadia, n'exprime pas son agressivité, elle raconte comme un fait banal. Elle exprime très peu ses appréhensions et on se trouve devant une légitimité de nous poser la question sur la pulsion agressive et son destin chez Nadia (Axe 1D de la grille d'évaluation). On peut supposer les décharges agressives à l'intérieur d'elle-même et qui se donne des somatisations graves à chaque fois. Surtout que Nadia, ne pratique aucune activité sportive et n'a aucune activité sublimatoire et elle est noyée dans des tâches quotidiennes.

### **1.3 Evaluation de la santé et du risque psychosomatique de Nadia**

**Les processus et mécanismes psychiques, les points de fixations, les manifestations caractérielles et les activités sublimatoires :**

- La prévalence des comportements
- La capacité d'expression des affects
- Le risque lié à l'environnement

#### **Axe N° 1 : Relation d'objet**

Nadia, paraît dans une relation de type prégénital (152), L'image de la mère a été intégrée Bon et mauvais objet vont de pair ce qui fait dire à Nadia que la mère était très sévère mais en même temps, elle dit qu'elle a beaucoup souffert pour les élever

Quant à l'épaisseur du préconscient, Nadia est capable de passer du présent au passé, mais elle a des souvenirs incomplets liés à l'enfance. Malgré notre relance du discours sur certaines thématiques relatives à son passé, elle est restée peu précise sur ses souvenirs et elle utilise des expressions du genre « normal ». On relate par exemple un flou dans son discours par rapport à son passé où elle dit qu'ils étaient très pauvres et que sa mère ne

parvenait pas à les nourrir et elle parle de l'absence de son père mais au fur et à mesure des séances, on remarque qu'il y a un problème dans la synchronisation de ses souvenirs. Elle décrit alors son père comme tendre aimant et beaucoup plus que sa mère. Nadia, dit que sa mère les frappait beaucoup, elle dit qu'elle préférait son père qui était plus gentil avec eux. Le père a dû jouer le substitut maternel, il lui a peut-être permis d'introjecter l'objet maternel et enfin se représenté dans une relation à l'autre en dehors de l'agressivité. Elle dit qu'elle préférait son père.

Seuls quelques "flashes" apparaissent, indiquant qu'à ce moment de leur vie c'était très difficile et elle résume cette période à un traumatisme qui l'a marquée.

Nous n'avons donc pas remarqué de liens entre les perceptions et les affects, et il nous a d'abord semblé que cela est lié au fait que Nadia abordait les événements avec une certaine distance qui suggérait une pauvreté des affects, cela peut indiquer une alexithymie, mais en réalité ce n'est pas le cas. Ces lacunes dans la régulation préconsciente (161) sont "des déficiences quantitatives et qualitatives dans les perceptions psychiques ainsi que des déficiences dans les connotations affectives des perceptions. Ces déficiences sont attribuées soit à un soutien émotionnel excessif et/ou insuffisant de la mère". On peut supposer que le dénuement dans lequel vivait la mère de Nadia et les enfants nombreux à sa charge, rendait « le holding » de la mère insuffisant et, donc, faisant d'elle une mère plus ou moins indisponible.

A l'enfance elle dit qu'elle était plus proche de son père et son frère plus qu'à sa mère et ses sœurs. Suite à l'accident de sa mère, elle est très angoissée et elle a très peur pour elle. En fait, on peut émettre une hypothèse d'une mère difficile, phallique qui rend l'identification difficile pour Nadia. Une mère difficile et qui punit beaucoup ses enfants est une mère angoissante qu'on peut affronter. Nadia, dit que le décès de son père l'a rendu inconsolable.

On voit des compensations orales, par l'ingestion, quasi quotidiens, de grandes quantités de nourriture traditionnelle, qui lui rappelle quand elle était chez ses parents.

On remarque une séparation difficile avec ses parents, et la recherche de réparation à travers des comportements alimentaires boulimiques spécialement pour les plats traditionnels.

Aussi, ne négligeons pas le grand choc que Nadia ressentit lorsque son enseignant l'a

humilié en lui faisant la remarque sur ces chaussures et qui a été à l'origine de son décrochage scolaire. Il y aurait probablement une perte progressive de l'intégration narcissique, c'est pourquoi la peur de la maladie est si élevée chez elles "Les symptômes physiques ressemblent à une attaque narcissique, dit Stora. Cette attaque narcissique va bien au-delà de la mort Nadia dit avoir eu très peur quand elle a su qu'elle a un goitre, en parallèle, elle ne prend pas son traitement. Aussi, par rapport à sa fragilité narcissique, elle dit avoir une meilleure silhouette avant et qu'elle était très coquette mais plus maintenant, rien ne l'intéresse plus. Rien ne lui importe plus !

Il nous a paru à ces premiers entretiens que Nadia est fragile et ne peut se défendre psychiquement devant les événements de sa vie, elle répond par une passivité et à chaque fois par des somatisations bruyantes et dangereuses. Les somatisations ont touché la sphère digestive (Boulimie, appendicite), qui va peut-être dans le sens d'un déplacement de la culpabilité vers la sphère orale, et aussi vers l'appareil circulatoire et l'appareil génital, qui touche directement son identité de femme (Axe 1C de la grille de J-B. Stora).

Et si le corps n'est pas assez fort, la maladie commence à apparaître : Selon l'approche de Stora, on peut supposer que les traumatismes successifs de la patiente ont généré une quantité d'excitation qui ne pouvait être évacuée par le système psychique surchargé. Il était alors traité par le système nerveux central, qui le déchargeait lui-même organiquement, ce qui entraînait un désordre somatique. Nadia passera des maladies digestives au problème du goitre, puis de l'appendicite et l'anémie et 3 avortements. Il s'agit donc d'un masochisme fatal qui conduira à la désintégration des pulsions, si Nadia n'est pas prise en charge et si le milieu reste le même (159).

### **: Axe 1 B** **États psychiques et événements de vie personnels**

Nadia est sous l'emprise d'une charge liée aux chocs continus (209). La mort de son père, le grave accident de sa mère, sa peur intense pour ses enfants et son sentiment constant de la tromperie de son mari (qui lui a rendu la vie difficile en la laissant toute seule faire face à tout et en partant seul en France et ne pas tenir à sa promesse de l'emmener avec lui), l'absence de soutien de son entourage (Nadia a des sœurs, mais elle n'a parlé d'elles qu'une seule fois quand elle avait annoncé qu'elle est plus proche de son frère que de ses sœurs et il semble qu'il n'y ait pas de bonnes relations avec elles), tous ces indicateurs négatifs, annoncent une évolution risquée pour Nadia.



On remarque à la prime à bord, que Nadia est fragile, ne peut s'approprier sa vie, un contexte traditionnel sévère qui ne lui donne pas trop de choix autre que la passivité et la soumission.

Nadia a vécu à l'âge de 7ans un traumatisme lié à l'humiliation subie à cause d'une remarque faite par son enseignant, il faut dire que le dénuement dans lequel vivait Nadia, l'humiliait et lui faisait honte. Ce traumatisme l'a marqué et dit qu'elle ne l'oubliera jamais.

Mais tout comme la trahison de son mari, qui n'a pas tenu à sa parole, Nadia, n'exprime pas son agressivité, elle raconte comme un fait banal. Elle exprime très peu ses appréhensions et on se trouve devant une légitimité de nous poser la question sur la pulsion agressive et son destin chez Nadia (Axe 1D de la grille d'évaluation). On peut supposer les décharges agressives à l'intérieur d'elle-même et qui donne des somatisations graves à chaque fois. Surtout que Nadia, ne pratique aucune activité sportive et n'a aucune activité sublimatoire et elle est noyée dans des tâches quotidiennes.

Les capacités d'élaboration de Nadia, n'ont pas permis de décharger l'excès d'excitation, lié à ses traumatismes elle s'est accumulée dans le corps qui n'a pas résisté. On peut dire qu'elle fait face à une névrose traumatique. Elle ne se souvient plus des détails de son enfance, elle garde surtout de mauvais souvenirs, tout ce qui touche au manque et à la pauvreté. Depuis son enfance, Nadia n'était pas protégée suffisamment.

Le système d'anxiété de dissociation n'est pas seulement associé à l'anxiété induite par la panique, mais aussi aux sentiments de tristesse et de perte qui accompagnent souvent les émotions dépressives. À partir de là, les systèmes de base de la réponse neuronale ouvrent la voie aux cinq étapes de la somatisation, qui comprend le quatrième stade de la désintégration des pulsions conduisant au cinquième stade, qui se caractérise par une rupture désorganisatrice de l'organisation du Moi.

### **Axe 1 C : points de fixations-régression**

Nadia a une dominance orale, parlant beaucoup. Elle dit qu'elle aime beaucoup manger, surtout les plats traditionnels, et qu'elle n'hésite pas à les préparer chaque fois que quelque chose lui passe par la tête. Alors elle dit qu'elle mange beaucoup, elle aime aussi boire des jus. On peut donc parler ici de fixations orales (303). Nous entendons, par-là, laplace de ces fixations chez Nadia, répondent-elles alors au besoin de nourrir son

psychisme et se remplir de ce qui lui a toujours manqué ? Cherchait-elle à prouver qu'elle existe ? Toutes ces questions sont importantes par rapport à la réalité de Nadia.

### **Axe 1 D : mécanismes de défense**

Nous nous référons au déni de réalité par ses comportements adaptatifs : collaboration dans l'apparence avec la psychologue et déni de la maladie. Comportement d'ignorer tout sur ses maladies. C'est un mécanisme de défense primitif (J.B.Stora, 2015) qui « est lié à la relation au corps et au problème de la formation d'une image psychologique et neurologique du corps ». Il ajoute qu'on peut parler de "recherche inconsciente de dépendance" à l'aidant, c'est-à-dire à la mère, car on sait très bien que le ou la psychologue joue le rôle de la mère dans la protection de l'excitation du patient : dans notre relation avec Nadia, elle nous reçoit avec un sourire.

Stora (1999) écrit qu'en thérapie psychosomatique, nous jouons le rôle d'une mère bienveillante et sympathique qui réactive les premières relations d'attachement de l'enfant avec sa mère. Une telle attitude maternelle facilite la réparation narcissique de l'unité psychosomatique". Nous avons rencontré Nadia, dans le cadre d'une recherche et ne pouvons de ce fait, travailler avec elle autrement, bien que Nadia ait besoin d'une thérapie psychosomatique, en tant qu'enfant ayant subi une blessure narcissique qui a affecté sa toute-puissance narcissique. Cette fixation dans la position narcissique a provoqué un clivage de sa personnalité, clivage qui n'a permis qu'un équilibre fragile car les fonctions corporelles ont été et sont progressivement lésées.

### **Axe 1 E : traits de caractère**

Nadia, on l'a vu, est de type oral (405) mais aussi de type anal (406) car elle montre peu de perceptions associatives mais fait preuve de maîtrise et de contrôle face à la maladie et le désir de ne pas se souvenir du passé. Dans sa relation avec les autres, elle passera tout son temps à jouer le rôle d'une bonne mère (avec son mari et ses enfants). Tout au long de ses maladies, ce qui préoccupe Nadia, c'est l'avenir de ses enfants.

En fait, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un « besoin primitif du moi auquel on n'a jamais répondu », s'il ne s'agit pas d'un faux self, comme le souligne Winnicott, ce Moi qui « cède toujours aux demandes et aux besoins des autres au détriment de ses propres besoins ».

Il semble que (Nadia) ait besoin d'un thérapeute pour l'accompagner et "pour communiquer avec cet enfant enfoui en elle qui n'a pas eu la capacité de parler".

### **Axe 1 F : activités sublimatoires**

En termes d'activités sublimatoires les éléments, que Nadia nous a fournis, sont très pauvres. Nadia passe son temps à faire des tâches ménagères et à s'occuper de ses enfants. Elle dit qu'elle aime cuisiner pour se faire plaisir.

Elle n'aborde pas du tout sa spiritualité ne semble, cette dimension ne semble pas la soutenir suffisamment. Nous avons vu que ses croyances (« Mektoub » qu'elle utilise pour expliquer son choix du mari par exemple) relèvent plus rituelle et croyance commune que d'un appel à une puissance divine prévenante. Dans l'ensemble du discours de Nadia, il n'y a rien qui relève d'une vie spirituelle. Par ailleurs, elle ne pratique pas de sport, n'aime pas rendre visite aux autres, et ne sort de la maison que pour un motif urgent.

Ainsi, on constate que du côté des activités sublimatoires et du développement, les désordres corporels restent le seul moyen d'expression.

### **Axe 2 : comportements et manifestations corporelles dans la relation**

Nous avons déjà relevé que Nadia manifeste dans son comportement un déni de réalité (454) manifesté par exemple dans le fait qu'elle ignore ses douleurs ce qui la met souvent en danger. Nadia, souffre de récurrences de troubles physiques (470), puis enfin, nous l'évoquons plus haut, de l'identité (467) qui débute dans sa fonction première dans la dimension identitaire féminine (des maladies touchant la sphère de l'appareil reproductif féminin). L'avortement, va la priver d'avoir une fille (tel qu'elle le souhaite : dans ce souhait nous avons plus vu une volonté d'avoir une fille et non pas un réel désir, il y a comme une forme de prolongation d'elle-même sans distance à l'objet).

### **Axe 3 : expression des affects**

Il semble que Nadia est pauvre en affects et presque soumise à une vie opératoire, mais on remarque qu'elle pleure en évoquant son passé de dénuement complet et la détresse dans laquelle elle a grandi. Son fonctionnement est soumis à la désorganisation progressive. Ses représentations mentales ne sont pas liées (510) car elle raconte des souvenirs de la période d'enfance, qui l'ont marquée spécialement, deux souvenirs traumatiques et fait des vagues et vient sans lien ni logique temporelle. On a l'impression qu'en termes de son histoire, elle saute du coq à l'âne. Concernant son père elle se souvient de son absence et le dénuement dans lequel ils vivaient enfants (absence du rôle du père)

et puis elle évoque la tendresse de son père plus que sa mère. Stora dit que "lorsqu'un événement de nature traumatique se produit (...), il y a une séparation entre les perceptions mentales et les émotions au niveau du système psychologique". Il est clair que Nadia a souffert tout au long de ses maladies de fatigue (511). Mais ne se plaint pas extérieurement.

#### **Axe 4 : Environnement personnel, familial et socio professionnel**

Nadia souffrait d'un environnement familial troublé depuis l'enfance (601), et il semble qu'elle ait vécu dans une atmosphère de violence morale car la mère était sévère et les frappait beaucoup et donc elle vivait dans un état d'insécurité (604), il y a une perturbation permanente dans l'environnement social (le mari est absent et laisse toutes les tâches concernant la maison et les enfants, pour Nadia) (603b), elle angoisse beaucoup pour ses enfants, sans préciser le motif, elle parle d'une grande peur pour eux, qui va dans le sens d'une angoisse diffuse sans objet (200) elle tombe de plus en plus malade et elle est actuellement obèse (306) et est incapable de prendre soin d'elle-même.

#### **1.4 Diagnostic selon la nosographie psychosomatique**

Nadia semble être dans le trouble du narcissisme (172) auquel s'ajoute un trouble de l'identité (173).

##### **Évaluation du risque psychique :**

1. Processus et mécanismes psychiques : 3
2. La prévalence des comportements : 4
3. La capacité à exprimer ses sentiments : 4
4. Risques liés à l'environnement du cas : 6

**Total : 17 points**

**Risque élevé :** l'instabilité générale de l'unité psychosomatique qui risque la désorganisation

**Évaluation de l'axe somatique (Axe 5) :**

**Risque somatique :** 3 (risque élevé) selon CIM 9 : (703)

**Évaluation complète des risques psychosomatiques :**

$17 + 4 = 21$

Le risque psychosomatique est très élevé. Selon la psychosomatique intégrative et d'après les résultats, il est recommandé à Nadia de bénéficier de soins

psychothérapeutiques avec un accent sur la psychosomatique intégrative.

### 1.5 Présentation et analyse du protocole Rorschach de Nadia :

Planche	Teste	Enquête	Cotation
30 " ^ Planche I	1. amaken d le3eved yevgha adikheddem lehadja, etta ouyezmir ara, ittewagen Comme quelqu'un qui veut faire quelque chose mais ne peut pas parce qu'il est ligoté	G Toute la planche (Selon la forme) Pas d'autres réponses	GK+H
30" ^ Planche II	1. dela3djeb Ouwalaghara dges atas. C'est horrible, je n'y vois pas grand chose	G Toute la planche (A cause de la forme) Pas d'autres réponses	G CLOB (H)
20" ^ Planche III	3. sin le3ivad ttenaghen aflehadja, wa yeqqar d nekki attheyawin wa yeqqar d nek. Deux personnes de disputent à propos de quelque chose, chacun d'eux dit que je vais la prendre	G toute la planche (A cause de la forme) Pas d'autres réponses	GK+ ban
10" ^ Planche IV	4. wagui ttewaligheth d lejnoun, parce que ttagadagh lejnoun Daya kan Je le vois comme un un jinn car j'ai peur de jinn	G Toute la planche (À cause de la forme) Pas d'autres réponses	G Clob (H)

10" ^ Planche V	5. خفاش iseqaren nagh ? (Psy : comme vous voyez) aka idittevan Chauve-souris, n'est ce pas? C'est comme ça que je le vois	G toute la planche (A cause de la forme) Pas d'autres réponses	G F+ A ban
20" ^ Planche VI	7. wagui aucune idée, wlach Ça aucune idée..... Rien	Pas de réponses	Refus
50" ^ Planche VII	8. صاروخ Fusée	G toute la planche  (A cause de la forme)	G F- obj
30" ^ Planche VIII	9. ighardayen sur le côté parce que ttagadaghten Des souris sur les côtés parce-que j'ai peur d'eux	D1 la partie rose latérale	D F/clob A
10" ^ Planche IX	10. ttewaligh sin l3ivad yiwen sya wayedh sin. Je vois deux personnes l'une d'ici et l'autre d'ici	D brun et vert latéraux (A cause de la forme)	D F+ H ban

20" ^  Planche X	11.Ttwalighethen d l'avenir garawiw parce que ichour dizejigen. Je le vois comme l'avenir de mes enfants car il est plein de fleurs	G Toute la planche  (À cause de la couleur et la forme)	G F+ bot/ abstraction
---------------------------	---	--	--------------------------

Temps total : 16 minutes

Choix (+) : X, VI

X : parce que l'avenir n warawiw. (L'avenir de mes enfants)

: ttewaligh idh parce que hemlagh idh (je voie le noir, la nuit parce que je l'aime)

Choix (-) : III, VIII

III : parce que iwarayid rebbi ttenaghen af ltoufan.

VIII : parce que karhagh ighardayen.

### Psychogramme de Nadia

Production	Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus
R= 09 R. addit : 0 Tps total : Tps de lat. moy : Refus=  TRI= 0C< 1K F. compl : RC %= 33	G= 7 G %= 78% D= 2 D%= 22% Dd= 0 Dbl= 0 Do/Di= 0 Succes <u>GD</u>	F = 4 F- = 1 F+- =3 F%= 56% F+ %= 90%  FC= 0 CF= 0 C= 0  FE= 0 EF= 0 E= 0  K= 1 KC= 0 Kan= 0 Kp= 0	A= 2 (A) = 0 Ad= 0 (Ad) =0 A= 22%  H= 3 (H)= 2 (Hd)= H %= 56% Obj= 1 Bot/abstr = 1

		Kobc= 0 Clob = 1 F/CLOB = 1	
--	--	-----------------------------------	--

Choix (+) : X, VI

Choix (-) : III, VIII

**Remarque générale sur le protocole Rorschach :** La production se distinguait généralement par le fait que le nombre de réponses était faible, à une moyenne d'une minute et 77s pour chaque réponse, et les réponses semblaient adaptées à la réalité, qui vise à isoler le mouvement projectif face aux problèmes de la planche. Nous n'avons pas remarqué l'intérêt de Nadia pour le test. Malgré cela, nous remarquons parfois des mouvements projectifs qui ont permis la décharge pulsionnelle.

**Procédés mentaux :** On remarque une alternance entre les réponses adaptées à la réalité et les réponses projectives, ce qui contredit la grande inhibition de Nadia, où on trouve que le type de succession est confiné dans les réponses globales et grand détail (G-D), donc absence de toutes les autres localisations - surtout les réponses partielles qui étaient complètement absentes (Dd=0). La perception globale a dominé (G = 78%). Ces réponses globales apparaissent au détriment des détails et de l'implication personnelle (D = 22%), cela indique un fort contrôle des pulsions là où la défense était forte et déployée pour renforcer les limites. Cette distance par rapport à l'objet du test, semblait réussir à contrecarrer l'anxiété dépressive causée par la blessure narcissique associée à la castration. On note la tentative de Nadia à valoriser l'investissement des frontières, en recourant à isoler le monde intérieur du monde extérieur, à partir des réponses formelles (F=56), où (F+% : 75).

Il semble que les investissements de Nadia se sont concentrés sur le côté sensoriel et perceptif, comme un moyen d'isoler le monde intérieur du monde extérieur, en établissant des frontières claires entre eux, en ayant recours aux réponses inférieure à la norme (9réponses) et en ayant recours aux réponses globales au détriment des détails et surtout en étouffant les charges pulsionnelles réactivées par les problématiques latentes des planches.

**Conflits :** Nadia a montré une vulnérabilité dans la perception de soi, face aux conflits implicites des planches. On remarque, par exemple, un écho avec le contenu latent de la quatrième planche (Pl. IV), où - on observe une représentation massive du symbolisme



masculin effrayant, mais on remarque la difficulté de traiter la sixième planche (Pl. VI), où les représentations destructrices : associées à la quatrième planche est venu affecter Nadia, qui refuse cette planche. Ce qui suggère une inhibition devant le contenu latent de la planche, en raison de la forte sensibilité à la problématique de cette planche. Ceci nous montrerait le processus de clivage, car il y avait à la fois sensibilité aux différences sexuelles et rejet de celles-ci. D'autant plus que le problématique de la Planche VI aura un écho dans la septième planche, (où elle donne une réponse : un missile). Dans cette Pl. VII Nadia nierait complètement sa dimension maternelle.

On peut dire qu'il y a une présence de la problématique de castration avec des préoccupations liées à l'identité ; Nous avons cherché ces problèmes dans le traitement des planches sexuelles, où des réponses ont émergé suggérant la destruction de la structure narcissique. On note la rareté des manifestations émotionnelles, l'absence totale de réponses couleur. Il y a eu une intense défense, afin de contrôler les limites, les inquiétantes représentations féminines isolées dans les planches rouges, avec une sensibilité à la couleur noire ; Ce qui indique une sensibilité dépressive chez Nadia, et une anxiété latente.

Le protocole suggère l'existence d'un problème narcissique en raison de la grande insuffisance et de la rareté de la représentation des relations dans le protocole, en réponse au contrôle des charges pulsionnelles, agressives et libidinales : dans la quatrième planche (IV) nous trouvons une réponse qui résonne avec le contenu latent, mais avec l'émergence d'une réponse semi-humaine (Génie) En intensifiant la symbolique sexuelle masculine et féminine dans une image semi-humaine qui ne précise pas le sexe, ce qui suggère les allusions à la dualité sexuelle. Dans la sixième planche (VI), nous notons que Nadia rejette la planche et renonce à entrer en résonance avec le contenu latent de la planche, ce qui indique une sensibilité aux suggestions latentes de cette planche et une réactivation psychique qui entraîne une fragilité au niveau du Moi. L'écho de la problématique de cette planche est apparu dans la planche qui suit c'est à dire la septième planche, dans sa tentative de s'appuyer sur une perception phallique rigide (fusée), qui suggère des mouvements projectifs qui affectent la construction et l'intégrité narcissique. On peut dire que le déploiement des défenses contre la libération de ces mouvements projectifs, conduirait à lutter contre la confusion entre le Moi et l'objet et le caractère destructeur, de contenance et de passivité qu'il porte : on le retrouve dans la planche VII, qui suggère le processus de régression chez Nadia, qui montrait une intense défense contre la position passive. En fait, cette planche renoue avec la symbolique féminine et maternelle et Nadia a eu des difficultés à se représenter le contenu latent ce qui va dans le sens d'un problème

au niveau identitaire. A travers cette planche, nous cherchons la problématique de la séparation et d'individuation, qui semblait dominer les assises narcissiques, ce qui à son tour indique la difficulté de Nadia à se représenter la passivité et l'activité.

### **1.6 Résumé du protocole Rorschach du Nadia :**

On peut dire que les défenses narcissiques ont prévalu au détriment des identifications, comme moyen de défense contre la dépression mal maîtrisée, ce que l'on découvre dans sa sensibilité au noir, les identifications semblaient narcissiques et fragiles, en raison des fragilités liés à l'identité, ce qui indique une nature primitive de ces identifications.

### **Résumé du cas Nadia :**

Nous avons observé une fragilité somatopsychique chez Nadia, cette fragilité s'est donnée à voir au niveau psychique à travers les données de l'entretien par le manque de possibilité associative qui a donné un discours parfois flou et difficile à situer dans l'ordre chronologique. Néanmoins, ces difficultés ne relèvent pas de fonctionnement psychotique vu l'adaptabilité du cas par rapport à la réalité. En effet, nous pouvons expliquer cette perturbation par la difficulté de Nadia à se représenter son histoire et à se projeter dans le présent en ayant recours à cette histoire, ce qui explique à son tour une fragilité au niveau des représentations.

Nous avons d'ailleurs pu vérifier cette fragilité au test Rorschach où les défenses narcissiques prévalurent au détriment des identifications secondaires.

On peut conclure que l'entretien clinique semi directif et aussi la comparaison des données de cet entretien avec la grille d'évaluation du risque psychosomatique de J - B. Stora, ont révélé un risque psychosomatique élevé (17), avec un risque somatique igue (4). Par ailleurs, les données du Rorschach ont soutenu les résultats de cette grille et ont révélé à leur tour, une fragilité narcissique importante, faisant hypothèse claire que Nadia n'a pas atteint le stade des identification secondaires, ce qui va directement avec les résultats obtenus par la psychosomatique intégrative qui stipule que les malades vivant un risque psychosomatique élevé, développent rarement, sinon jamais, des problématiques œdipiennes. Ces dernières supposent une maturité du moi et l'introjection de l'objet des premières phases de la vie.

## **2. Cas Salima**

## 2.1 Présentation des données de l'entretien

Nom : Salima

Age : 42

Niveau d'instruction : 2<sup>ème</sup> AS

Fonction : femme au foyer

Nombre de frère : trois (03) frères plus un demi-frère

Nombre de sœurs : six (06) sœurs plus une demi-sœur

Rang dans la fraterie : la troisième

Nombre d'enfants : 2 garçons

L'âge des enfants : 12 ans et 8 ans

Nombre d'avortement : six (06) avortements

Salima âgée de 42 ans, femme au foyer d'un niveau d'instruction 2<sup>ème</sup> AS lycées, rencontré à l'hôpital d'Akbou « Akoul Ali ». Salima paraît d'une taille moyenne, habillée modestement, Salima parle avec hésitation et agitation, lorsque je lui ai demandé de parler d'elle et de son histoire.

Salima est mariée depuis 20 ans, avec un mari qu'elle n'a pas choisi elle-même, il était choisi par ses parents, elle a deux (2) enfants (garçons), le sujet a subi six (06) avortements, son premier avortement était en 2012 c'était des gémeaux, son 2<sup>ème</sup> avortement était en 2013, le troisième en 2017, le quatrième en 2018 (c'était des gémeaux aussi), le cinquième en 2021 et le dernier c'est en cette année 2023. Mais contrairement à ce qui est écrit sur son dossier, Nadia déclare qu'elle a fait huit (08) avortements. : « xxedmagh – les avortements waguï n toura d wis themanya (08) ».

Salima nous a parlé de son enfance, elle disait : « temziyw 3achaghtid akk d lexessass tellement attas n teqchichi ithes3a yemma nekhous mlih (le sujet avoué qu'ils n'avaient même pas quoi a mangé) vava dakheddami g alger yedjayagh yarna you3ar mlih, , yemma asemma athahelek nagh nekkounti ur nettrouhouwara ar teviv alma yussad si non khati

yewedh almi isisless i yemma ledjilbab , vava iharssagh mlih akk , se3igh gemma d wetma ourhedrenara parce que yemma d vava darraw n tisetmathin , chefigh asemei nella meziyith ounes3iwara akk dachu anecc yall assa amk ithettdhebir, thekhdem lkheyadha, azeta , lemal, chefigh yigas welach dachu anech ( les larmes aux yeux) safed yemma agarchal iwaken adakhdem aghroum athecc wagui id l'événement idechfigh iyaqrhen mlih mlih, yemma seg mi ighedse3a d nettath thekhdem af thelawin, vava d netta iyittawin ar l'école yettaguiyi adefghagh wahdi , la famille akk bien ala vava , se3igh yaya theqaras i yemma znez ikhelalen imededja yemam iwaken atte3ichedh, nighas i yemma oukmetweqi3ara.

La relation avec la famille : « imi meziyagh nettenagh mais normal nekk d yemma mlih akya, thehmliyi akethar n yesthemma toujours d nekki itteprefirin imawlaniw af yesthemma, meme vava d nekki id la meilleure ghores. »

La naissance iw ulach achu yellan sauf imi ideloullagh thenayid yemma yenayid teviv amettawigh tellement chevagh grave, les yeux bleus (Salima parle à chaque fois de sa beauté),

Une naissance au 9ème mois naturelle , son allaitement était naturelle chefigh imi meziyagh yemma tharfed s thadisth nettath urtevghiwara thekkath athidesaghli nekki ighadhiyi loufan ni ,theruh ar thevhirth thendhelith, tev3aghetth nekki tterou dina ghures ighadhiyi adeqqimagh guxxam adettmouqulagh azekka ines à chaque fois tteruhough tteghimigh dina thettrough hed oureya3limara , thenayid yemma d lixessass iyikhdemen akka ilaq athidsaghligh, ayen nidhen ourseqsayagh ara ak yemma amk ide3achagh ala ayen idechfigh d wayen idehakou nettath wahdes, les relations avec les gens : « ttekkhaladhegh mlih lligh ou3eragh mi ttagadagh vava ilaq yal lhadja akhedmagh adechiwragh yemma, se3igh thimdoukal nettenagh , llant thidak iyikarhen , ttasmen felli , yella yiwen waqchich karhaghetth mlih akk meme si ouyikhedim kera mi karhaghetth , g les études lligh harchagh mlih mi après 3ème année primaire 3awdenagh chikh yekathagh nekki ttagadagh thighrith apres seg imiren thaghli leqraya gouliw.

L'adolescence inou 3achaghettid ça va pas lligh normal qaragh bien thekhechemiyid yiweth taqchicheth diritt thegriyi ar yar ivardan , thegriyi ar lema3ma3a n warach après leqraya chewiya kan , thekhmiyid amdakoul qevlagh hedragh yides seg imiren thezad thaloufeth yrqariyid atefghedh yidi nekki goumagh ittehedidiyi ayiweth ayikhdem ayen nadhen , une fois feghaghed itefriyid deg ouverid yewthiyi, feragh oudenigh i hed (silence)

yevgha ayikelakh (silence) mais akentegalagh gel3amriw our dayitouchi hed negh aqechich agui ula soudadis (avec son doigt), ( elle parle avec agitation) , nekki nifiw harzagheth almi izewdjagh kechemagh lycée d vava iyittawin iyittaran ulach anda aharkagh parce que avant adekechemagh lycée ikechemiyi lewsewas, lkhouf kanaka yiweth n temedith qimagh defir oukham thekhchemiyid lehja cheghel ougadagh machi gedounith illigh aken ur denigh ihed chaque thamdith adeyughal akeni après izad felli oughalagh ttaragh ( les voumissement) selagh ilahwayedj tteharikent, qarniyid ruh attenghedh yemmam ruh attenghedh imanin , yemmam thekrhikem atas lahwayedj isellagh,mais anechetha akk urthislli hed wethagh wahdi kan almi athekssagh, ttewaligh nekki seg assemi iccigh lmechmach iyidefka themtouth 3ami d nekki hevlagh , thettasem felli parce que ifagh akk yessis g ssifa g koulech, nouthenti chemthent, tharayi almi ganagh ar yemma parce que ttagadagh adegnagh wahdi arnigh 3oussagh imaniw sethezalith , se3igh yiweth l'astuce meyal adekchemen lahedhour ni ttemaginighed lemalayek ttawintiyi yidsent iwaken adettou lhewayedj ni , llan le3ivad zerigh jamais ghelvent nekki zemarghas ghelvagheth wahedi , ma yedherad kera zamarghas ourttagadaghara\_yaloukan adimeth win a3zizen feli ayidass normal, ma na arnaniyi ihekhoulen llan negh ala ?( le sujet nous pose toujours des questions , elle demande toujours nos avis, nous répondons que pour nous, le plus important c'est ce qu'elle pense) .

Salima a eu ses premières règles à l'âge de 13ans et elle était traumatisée car elle ne savait pas c'est quoi, la réaction de sa mère n'était pas rassurante et c'est sa grande sœur qui lui a expliqué c'est quoi : « chefighed nighas i yemma, thenayid dagedjedour thenayasent iyesthemma amaken ourveghintara, heznent amaken dayen oughalagh tametouth nuknni nekhouss dizawaliyen nekki ousinghara achuthen sekhela3ntiyi newigh wisen dachou iguellan apres thesfahmiyid wetma thamqerant. »

Pour sa grossesse qui a fait objet de son avortement actuel, elle était facile normal mais elle ne l'a pas programmé elle n'a même pas consulté le médecin parce qu'elle ne croie jamais aux médecins , elle prépare ses remèdes toute seule à la maison, sans l'avis du médecin et elle ne prend pas de médicaments, et qu'elle ne rend visite au médecin, qu'une fois les choses s'aggravent et que pour cet avortement, elle a eu des saignements, mais elle pensait que c'est juste les règles, mais après ça s'est transformé en hémorragie, alors, elle était obligée de consulter d'urgence, suite à quoi elle a su qu'elle était enceinte, dans ce sens, elle dit: « jamais itterouhough ar teviv sahlawagh imaniw seyimaniw jamais isessagh dewayath, meme la grossesse agi jamais iruhagh newigh d les regles kan après oughalen

d l'hémorragies almi iguezad felli ruhagh ar teviv yenayid aqlakmid enceinte »

Elle dit qu'elle s'avait qu'elle allait avorter elle enchaine en avouant qu'elle voulait qu'il « tombe » (le bébé dans son ventre), car elle ne veut pas d'enfant, mais une fois qu'elle a fait l'avortement, elle a regretté, il lui a fait de la peine. Elle dit qu'elle a peur qu'il ressemble à son premier garçon, qui a beaucoup d'anomalies. En même temps, elle dit avoir de l'imagination et ça lui arrive d'imaginer son bébé, surtout si c'est une fille. Elle explique l'anomalie de son fils par le mauvais œil, elle dit que sa belle-sœur, est jalouse d'elle et elle a parlé de mauvaises choses sur elle, qui ont fait qu'elle s'est beaucoup énervé d'où l'explication de son avortement : « zerigh ayidyaghli, adinigh ssah kan nekki ouveghigh ara adarnough darya veghigh imi ideyaghli mais thura ighadhiyi parce que ougadagh adifagh am gemmas ameqran ikhouss mais loukan yetif veghigh adeyili taqechicheth ttemaginighed amk iguella nekki hemlagh l'imagination mlih , mais sebba tit iyikhemen aken tanoutiw tettasem felli , dayen lligh za3fagh mlih seligh thehddar felli, la fausse couche 3elmagh yessa chouu parce que ma ttagui ittamzwarouth ».

A propos des maladies: le sujet avait des maladies durant son enfance elle avait un problème dans son cœur, des troubles psychiques, l'angoisse, elle n'était jamais hospitaliser , elle prend pas les médicaments même si elle est malade, elle a un enfant handicapé et aussi sourde et il a un retard de langage et elle dit que même il est un handicapé, il est très beau, elle nous a dit si vous le voyez, vous ne reconnaissez pas qu'il est handicapé » : «même si akka ikhouss mais yechevah mlih loukan atewalimt oudeqremtara wagui d le handicap , sa sœurs avait des bruleurs quand elle était enfant, un frère et une sœurs qui sont sourds et muets.

Pour La vie onirique elle dit qu'elle aime beaucoup dormir et qu'elle ne rêve pas beaucoup, mais elle dit qu'elle a rêvé son avortement (un rêve prémonitoire) et elle dit que ça lui arrive souvent d'imaginer des choses qui finissent par arriver. Elle dit qu'elle a rêvé la veille de son avortement où elle vomit ses tripes par la bouche: «nekki d ttin ihmlen idhess mlih , la verité hemlagh adegnagh yaloukan wsn achou adeydhroun nekki adegnagh , meme si thella grave ngh outhewqi3ara zewiragh gidhes ,mebla dewayath ganagh , thirgua machi mlih mais nekki ttekhayal lhewayedj , ttemaginighed le3ivad, tharguithiw thangarouth c'était avant l'avortement ,( la veille) , ourgagh amakan thadiseth ni thaghlid arnou ttaraghd ija3vouvniw souqmouchiw , amaken ruhagh ar teviv mougraghd thamtouth degha keraghd directe azekka ni sevah roughed ar teviv sesah mougraghd thamtouth arnou yenayid teviv la grossesse inem arrêté, 3eqlagh attefagh akka nighas

directe thadisth agui thahves ivan , nekki ousan i 3eddan ttargough athelakharth toujours thirgua inou akka, ayen arargough yettfagh mais seg mi idekchefagh dayn, des fois tte3edayented lhewayedj ttewaligheth amaken dherantiyid déjà, amaken 3achaghthentid déjà ouzerighara achu wagui »

Elle dit qu'à la maison, elle dort toujours et qu'elle aime se faire belle, se prendre en photo et se regardée dans le miroir. Elle dit qu'elle fait ce qu'elle a à faire à la maison mais sa belle-sœur et ses filles lui faisaient des pressions (elle ne précise pas lesquelles), alors, elle n'aime pas rester avec elles et sans préciser le temps et les événements, elle enchaine directement que maintenant, elle n'a plus de problèmes et qu'elle est très bien et qu'elle remercie Dieu : « l deg ouxxam toujours ttaraghatt iyidhes, hemlaghdaghen adechebghagh seg ma adekrragh adettmouqoulagh imanix ar lemri, adetteswiragh imaniw, xedmagh lecheghal gouxxam mais thekhdmiyid thenoutiwakk d yessis la pression après ouhemilaghara adiligh yidnest oures3ighara akk un problème thura hamdoullah tte3ichigh bien. »

Pour son mariage, elle dit qu'elle n'a pas choisi ni voulu son mari et qu'il est un cousin éloigné. C'est son père qui lui a fait pression et ce mari est le choix de son père. Elle dit qu'elle n'a pas eu un heureux mariage et qu'elle a accepté car de toute façon elle reste à la maison et on lui interdit de sortir donc elle a accepté pour toutes ces raisons : « nekki ourevghighara aregaziw, ouveghighara adezewjagh mais imi iyahres kan vava ounettfeghara keragh qevlagh argaz agui inu en plus yettiliyi d le cousin inou n varra, oude3acheghara zewajiw aken veghigh. »

Aussi, elle raconte que sa belle-famille ne l'on pas « laissée tranquille » et qu'ils la font trop travailler à la maison et au champ. Elle dit qu'elle n'a pas l'habitude et que jamais elle aurait accepté de faire ça, car chez ses parents, elle n'a jamais fait ça : « axxamiw ouyihmelnara, en plus harsniyi slecheghal, même arenaniyid lecheghal n varra thivhirth nekki outtenoumghara jamais ittakhdimagh »

Nous signalons qu'au début de son discours, Salima nous dit que quand elle était chez ses parents, elle faisait l'agriculture avec sa mère.

Elle dit qu'à cause de cette vie, elle ne voulait pas avoir d'enfants « seg imaren ouveghighara adese3ough darya »

Alors elle est retournée chez ses parents dans l'espoir d'avoir des enfants et elle est restée

3ans chez eux « nighas imahath adoughalagh saxxam n vava qimagh 3 ans ourefidaghara du 2003 jusqu'à 2006.

Après ces 3ans, elle a essayé de tomber enceinte mais ça ne marchait pas et elle dit que la cause c'est son mari, car il est un peu faible. Elle dit qu'elle sait qu'elle n'a rien elle a donc attendu encore 3ans on m'a proposé une « injection » (voulant dire une insémination artificielle ??), pour finalement tomber enceinte juste avec un traitement (des hormones ???) après avoir obtenu une grossesse, elle a passé une grossesse difficile, elle était obligée de faire le cerclage pour garder son bébé, autrement, dit-elle, elle l'aurait perdu. Mais enchaîne-t-elle, il est handicapé « après 3 ans agui seyagh aderfedagh ulach akk mais machi d nekki ighelken dargaziw igekhousen chewiya, nekki zerigh ouse3igh kera arnigh 3ans nidhen 2009 nanayid adekhemagh tisegnith iwaken aderfedagh a la fin refdagh s le traitement kan mais yetfe s le cerclage si non athah yaghlid mais yafghed d handicap »

En 2011, et pendant la naissance de son premier enfant, elle a dit qu'elle a déjà vue un homme étrange elle ne le connaît pas, il était au seuil de la porte et il la regardait, elle, elle était en train de pleurer beaucoup car son fils qui est handicapé: « ttemouqulagh ar thegourth walagh aregaz yeqimed ar thegourth yettekhazariyid kan nekki , youfayid noughnagh tthrough mliah af mi imi idifagh handicap » sur le plan sexuel : oui des henin yidi mais des fois yettenaghiyi en plus netta alcoolique ikhedmiyi neza3 , nekki ouhemilaghara ak atheqarvagh ».

Salima dit qu'elle n'a pas d'activités en dehors des tâches quotidiennes sauf qu'elle aime dormir et elle n'a jamais fait du sport.

Elle ne préfère pas, elle aime tous les plats elle n'a pas de préférence et pour les boissons elle aime les gazeuses : « hemlagh adeswagh ayen yes3an le gaz parce que les jus dayen a3yigh dgesen imi lligh mechetuhagh attas les fruits iccigh » (notons qu'au début elle a dit qu'ils n'avaient pas quoi a mangé).

Adolescente, elle dit qu'elle avait fumé elle a juste essayé parce qu'elle a trouvé un paquet et elle a fumé toutes les cigarettes.

Salima, souhaite partir en France pour un avenir meilleur pour elle et pour ses enfants elle dit qu'elle a même tout organisé dans sa tête et qu'en France ça sera facile pour elle de trouver du travail: «dayen hegaghd koulech geqarouyiw amk arafeghagh arnou daghen



zerigh adafagh ikheddim dina yasehl, et la chose qu'elle souhaite réaliser c'est d'avoir une voiture de luxe et une maison toute seule et qu'avec les gens d'ici, c'est difficile de réaliser ses rêves: «veghigh ades3ough tomobile le3li adifhagh axxamiw ades3ough axxam gaheddi , daya ayen ouyithewqi3ara akk loukan machi thit ise3igh , ougheniya medden s thit thali aqli se3igh yasehel , mais sle3ivad agui you3ar atharealisigh»

Salima, disait qu'elle était à l'aise avec nous et qu'elle était contente d'avoir partagé ses secrets et de raconté sa vie personnelle avec nous.

**Tableau synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques avec commentaires :  
Cas Salima**

Commentaire	Evènement de vie	Date	Troubles somatiques
Notons qu'elle dit aussi que son père est très difficile et qu'il était absent, c'est sa mère qui devait se débrouiller pour les nourrir	Naissance de Salima, elle est née dans une famille très pauvre mais elle était très heureuse avec ses parents.	1981	
		1988	
La pauvreté, et la famine de la famille du sujet au point imaginable	Ils étaient très pauvres le sujet dit qu'ils n'avaient même pas quoi a mangé, elle raconte un évènement qui relie à cette pauvreté : sa mère les donne la nourriture des (poulet) Le sujet dit qu'ils n'avaient même pas	1988	

	<b>quoi manger</b>		
<b>Le sujet a fait des consultations chez les médecins après le retour de son père</b>	<b>Dit que quand elle était enfant elle ne partait pas chez le médecin, car son père n'était pas là</b>	<b>1990</b>	<b>Une maladie des cardiopathies congénitales</b>
<b>Salima est choquée par l'IVG faite par sa mère et l'enterrement du bébé au jardin. Elle dit qu'elle pleurait en cachette ce bébé et elle restait beaucoup sur sa tombe à penser à lui en pleurant.</b>	<b>La mère ne voulait pas avoir d'autres enfants à cause de la pauvreté. Elle a fait une IVG (à la maison toute seule)</b>	<b>1993 À l'âge de 12ans</b>	<b>Cardiopathie non soignée</b>
<b>Le sujet était menacé et agressé par son ami à l'école, le sujet avait peur, mais elle n'a rien dit à ses parents</b>	<b>Un harcèlement verbal, sexuel et psychologique</b>	<b>1994 À 13ans</b>	
<b>Elle était traumatisée car elle ne savait pas c'est quoi, la réaction de sa mère n'était pas rassurante et c'est sa grande sœur qui lui a expliqué c'est quoi. Elle dit que ses sœurs et sa mère n'étaient pas contentes, car ils étaient pauvres et sa puberté, voulait dire</b>	<b>Salima a eu ses premières règles</b>	<b>13ans</b>	

<p>qu'elle a grandi et donc penser au mariage etc.</p>			
<p><b>Angoisse et peur, Salima ne dort pas toute seule.</b></p> <p><b>En même temps, Salima, dit qu'elle arrive à dompter ses peurs et qu'elle ne cède pas comme les autres. Elle dit qu'elle se maîtrise et qu'elle est forte. Toute seule elle surmonte ses peines</b></p>	<p><b>Le sujet entend des voix qui n'existe pas, des voix qui donnent des ordres de tuer sa mère et de se suicider des voix qui la critiquent</b></p>	<p><b>À 14 ans</b></p>	<p><b>Des vomissements, la fatigue et les maux de tête.</b></p>
<p><b>Elle dit que son père ne me laissait pas partir toute seule au lycée et que c'est lui qui l'accompagnait.</b></p>	<p><b>Le sujet a quitté l'école</b></p>	<p><b>1997 (En 2<sup>ème</sup> AS)</b></p>	
<p><b>Salima ne désire pas son mariage, c'était le choix de son père et que juste après le mariage elle avait les mêmes symptômes, les mêmes voix qu'elle avait déjà à l'âge 14ans</b></p>	<p><b>Le mariage Salima avec un cousin éloigné, les parents ont accepté parce qu'ils étaient pauvres. Elle dit qu'elle, elle a accepté car elle restait à la maison et elle ne sortait pas donc le mariage est pour elle une échappatoire.</b></p>	<p><b>2003 (Âge de 22ans)</b></p>	<p><b>Les maux de tête</b></p>

<p>Dit qu'elle voulait revenir chez ses parents après le mariage pour se reposer pour pouvoir tomber enceinte. Du désir d'enfants, on n'observe qu'une volonté pas vraiment de désir d'enfant.</p>	<p>Salima ne désire pas avoir d'enfants au début de mariage, elle dit qu'elle était très jeune pour avoir des enfants. Et elle est revenue chez ses parents</p>	<p>De 22 ans à 25 ans</p>	<p>Infertilité</p>
<p>On remarque une projection de ce qui est mauvais en elle sur son mari</p>	<p>D'après Salima, elle pense que son mari avait des problèmes de fertilité, mais rien n'est confirmé par les médecins.</p> <p>Le couple tente à surmonter l'infertilité primaire</p>	<p>De 25ans à 28ans</p>	<p>Infertilité du couple</p>
<p>Dit qu'on lui a proposé une insémination artificielle mais après elle a pu tomber enceinte uniquement avec « des médicaments »</p>	<p>Prend un traitement hormonal et tombe enceinte</p>	<p>2011</p>	<p>Le 1<sup>er</sup> enfant il était protégé par un cerclage et des traitements</p>
<p>Elle dit que jusqu'à maintenant il a des difficultés de langage ce qui a causé un échec scolaire à son fils. Par ailleurs, elle dit qu'il est très beau et qu'on ne dirait pas qu'il a un handicap. Elle explique ce qu'il lui arrive par le mauvais œil.</p>	<p>Accouchement d'un bébé avec le handicap de surdité.</p>	<p>2011</p>	<p>Salima décrit des symptômes qui relève de la psychose puerpérale : n'arrivait pas à dormir, une confusion dans l'espace et le temps, se sent menacée par la femme à son oncle et elle voit des personnes qui</p>

			n'existe pas. Salima n'a pas consulté et donc on ne sait pas vraiment beaucoup de choses sur le début de ces délires et quelle relation avec les délires précédents et aussi on ne sait pas beaucoup sur l'évolution de ces symptômes.
<b>Le sujet n'a pas programmé ses grossesses</b>	<b>1<sup>er</sup> avortement</b>	<b>2012</b>	<b>Des jumeaux, elle avait des hémorragies durant la grossesse</b>
	<b>2<sup>ème</sup> avortement</b>	<b>2013</b>	<b>L'asthénie</b>
<b>Dans son discours, Salima, n'a pas beaucoup parlé de son 2<sup>ème</sup> enfant</b>	<b>Accouchement de son 2<sup>ème</sup> enfant. Elle dit que l'enfant est en bonne santé,</b>	<b>2015</b>	<b>Accouchement facile</b>
<b>Elle ne dit pas beaucoup de choses sur ces avortements, si ce n'est de les compter en nombre.</b>	<b>Elle dit qu'elle n'est pas en bonne relation avec son entourage, on la jalouse beaucoup et c'est peut-être ce qui explique ses fausses couches.</b>	<b>2017</b>	<b>3<sup>ème</sup> Avortement</b>

	<b>Parle de la peur d'avoir un enfant handicapé.</b>	<b>2018</b>	<b>4<sup>ème</sup> Avortement</b>
<b>D'après Salima, les avortements qu'elle a subis sont les résultats de plusieurs fécondations artificielles ou défauts inconnus</b>	<b>Salima, ne sait pas expliquer ses avortements autrement que par le mauvais œil et soupçonne la faiblesse de son mari.</b>	<b>2021</b>	<b>5<sup>ème</sup> avortement</b>
	<b>Salima, ne sait pas expliquer ses avortements autrement que par le mauvais œil et soupçonne la faiblesse de son mari.</b>	<b>2023</b>	<b>6<sup>ème</sup> avortement</b>

## **2.2 Evaluation de la santé et du risque psychosomatique de Salima :**

**Les processus et mécanismes psychiques, les points de fixations, les manifestations caractérielles et les activités sublimatoires :**

- La prévalence des comportements

- La capacité d'expression des affects
- Le risque lié à l'environnement

### **Axe N° 1 : Relation d'objet**

Salima, paraît dans une relation de type prégénital (152), L'image de la mère a été intégrée Bon et mauvais objet vont de pair ce qui fait dire à Salima qu'elle se chamaillait beaucoup avec sa mère en même temps, elle dit qu'elle est la préférée de sa mère et de son père. Nadia passe du bon au mauvais objet sans continuité du discours et avec beaucoup de réalisations magiques.

On peut supposer que la mère après la naissance de Selma, était suffisamment chaleureuse et empathique, présente et rassurante pendant les premiers mois de la vie de Salima, ce qui donne un bon déroulement du système de pare excitation. Il est probable en effet, que la mère soit présente pour les premiers soins de Salima, ce qui a pu sans doute donner des prémisses à l'installation de l'objet.

On fait hypothèse, que le départ du père et le stress vécu par la mère ait provoqué un changement brusque dans la qualité des soins, manque de soutien pour cette mère et son indisponibilité pour Salima, car elle devait répondre aux charges supplémentaires dont elle n'était pas préparée et qui est celle de remplir le rôle du père absent et qui les a « abandonnés » d'après Salima. En effet, elle dit qu'il travaille à Alger mais ce travail ne les a, à l'évidence, pas aidés à avoir un confort. Ce père que Salima décrit comme difficile, exigeant et pas rassurant. De son côté, la mère est décrite comme soumise et effacée, à l'évidence une mère écrasée par les responsabilités qu'elle endosse.

On peut alors imaginer que Salima ait probablement eu des cris sans réponse de la mère, après l'installation de l'objet, celui-ci est devenu brusquement inadéquat et défaillant. Ce brusque changement de relation, prive Salima du sentiment de sécurité avec la répression des affects, cette indisponibilité de la mère marque une distance précoce entre l'enfant et l'objet.

On peut déduire que ce traumatisme dans le rapport affectif ait causé un arrêt dans le développement et que même s'il y a eu une internalisation d'un pré-objet, il n'est pas

suffisamment installé, il est peu structuré et faible.

Quant à l'épaisseur du préconscient, Salima trouve des difficultés à passer du présent au passé, ses souvenirs liés à l'enfance sont parfois contradictoires et même déconnectés de la réalité. On a l'impression qu'on a affaire à un fonctionnement psychotique. Elle paraît peu précise sur ses souvenirs et elle a recours à la réalité commune pour expliquer son vécu, pour expliquer la majorité de ce qui lui arrive.

De prime à bord, Salima présente son histoire comme relative à la pauvreté et que leur vie était très difficile et elle résume cette période à la pauvreté. L'émotion la submerge en racontant cet épisode de sa vie et elle a des larmes aux yeux, c'est le seul moment où nous avons remarqué un lien entre les perceptions et les affects. Cette pauvreté des affects semble être liée au fait que Salima abordait les événements avec des lacunes dans la régulation préconsciente (161) et qui sont "des déficiences dans les perceptions psychiques qui sont attribuées apparemment à un soutien émotionnel insuffisant de la mère". On peut supposer que le dénuement dans lequel vivait la mère de Salima et les enfants nombreux à charge et surtout le mari sévère et pas du tout soutenant, rendait « le holding » de la mère insuffisant et, donc, faisant d'elle une mère plus ou moins indisponible, pour ses bébés. Néanmoins, nous n'avons pas beaucoup de données par rapport à l'enfance de Salima et spécialement des données relatives à la période de sa naissance. On sait qu'à l'enfance elle dit que son père était absent et qu'elles étaient nombreuses (elle et ses sœurs), Le fait qu'elle pleure car elles étaient nombreuses nous dit beaucoup sur la représentation qu'elle se fait de son destin féminin. En effet leur pauvreté est pour elle plus grave car sa mère avait des filles nombreuses, ce qui justifie amplement nos hypothèses.

#### ❖ Hypothèse sur la famille

Salima est troisième d'une fratrie de 10 enfants (ils sont 6 sœurs et une demi-sœur et 3 frères et un demi-frère Salima est la troisième. Elle ne dit rien sur ses frères et sœurs, elle résume cette période d'enfance à la pauvreté extrême de la famille et au fait, qu'elles étaient nombreuses.

- Un climat instable par le rôle sévère d'un père absent dans son rôle mais présent dans ses exigences.
- Salima a vécu dans un climat affectif sévère caractérisé par la répression des affects



### ❖ Hypothèse sur le père

Un père sévère, absent par ses soins et semble abandonner sa famille mais qui maintient son autorité en imposant ses ordres.

Un père distant, (on peut supposer que le rapprochement entre le père et ses enfants (filles notamment) est vécu comme un interdit très fort, ce qui a fait de ce père un prédicateur de lois à la maison)

### ❖ Hypothèse sur la mère (les 7aux 8premiers mois)

On peut supposer que la mère après la naissance de Salima, était chaleureuse et présente et rassurante pendant les premiers mois de la vie de Salima, ce qui donne un bon déroulement du système de pare excitation.

- **Après le 8ème mois**, la mère est submergée par sa condition de vie est subitement, qualifiée de :

- Carence des soins, elle n'était pas capable de répondre avec empathie aux besoins de son bébé ;
- Une distance et une froideur, qui provoque un dysfonctionnement du système par excitant, car les soins sont très carencés à partir de 8mois de la naissance.

On peut alors déduire une relation avec la mère défaillante qui donne lieu à une intériorisation d'un pré-objet incomplet et un développement d'un moi fragile ; la relation est ainsi fixée au stade oral du développement psychoaffectif et qui est un stade archaïque du développement libidinal. Une telle relation donne chez Salima :

- Une intériorisation d'un pré-objet
- Une fragilité quant au développement du moi
- Fixation de la relation au stade orale du développement psychoaffectif.

On peut supposer qu'une telle relation maternelle, a pu faire naître chez Salima :

- Une méfiance (ou elle n'aborde pas du tout de relations sociales sécurisantes qu'elle justifie par la mauvaise foi de la majorité des personnes de son entourage)
- une angoisse primaire relative à l'abondant (et donc à la séparation avec la mère).

- Une souffrance et une violence liée à l'abandon soudain de la mère qui ne laisse la possibilité d'élaboration.
- La différenciation avec l'objet est incertaine et un moi fragile est carencée.
- La représentation d'une mère imprévisible, car les premiers soins (de bonne mère) sont interrompus subitement par la détresse de la mère, devant les exigences diverses de son rôle de mère et de responsable des charges économiques de la famille.
- Refoulement de ses pulsions agressives et soumission passive au désir des autres (masochisme). Néanmoins, elle montre une colère qu'elle étouffe juste après et se permet d'aborder le fait qu'elle se chamaille beaucoup avec sa mère mais nous dit que c'est normal. Mais elle change du sujet immédiatement, pour parler d'autres choses relatives à sa vie quotidienne.
- Peur et évitement du conflit.
- La relation de Salima avec son mari, n'est pas investie libidinalement, elle n'est pas épanouie sexuellement, Elle parle rarement de son mari et dit qu'elle l'avait épousé avec force.

Toutes les données avancées précédemment, vont dans le sens d'une intériorisation insuffisante de l'objet. En effet, on peut supposer une internalisation d'un pré-objet, mais l'objet reste incomplet car le trauma de la rupture, imprévisible, des premiers mois a interrompu le développement, faute d'impossibilité de le mentaliser. La mise en place de l'objet n'est que partielle. Le Moi de Salima est préobjectal [151], avec une prédominance de traits narcissiques.

### **3. Evaluation de la dimension narcissique**

Les 7 premiers mois ont permis le début de l'installation d'un narcissisme secondaire, la mère était suffisamment présente par l'adéquation de ses soins au besoin de Salima. Et qui donne lieu à une attitude narcissique à vouloir plaire.

Cependant les soins insuffisants de la mère n'ont pas permis un développement d'un moi fort, le moi est ainsi carencé avec insuffisance d'élaboration mentale.

Devant un tel constat, on peut imaginer la fragilité des assises identitaires et la faiblesse narcissique compensée par un investissement fort de l'intellect.

Ce brusque changement de la qualité des premiers soins, a engendré une angoisse chez Salima, devant les relations et surtout la froideur de ses relations, constitue un traumatisme à la naissance [211]. En fait, tout changement est synonyme de menace

chez Salima, elle est mariée à un cousin mais juste après le mariage, elle voulait revenir chez ses parents. Salima ne parle presque pas de partage avec les autres. Elle vit dans son univers et ne partage rien. Elle n'a ni amies ni personnes proches d'elle, elle se méfie des gens et ne manifeste aucune relation avec les autres.

Le moi idéal, semble présent, dans la recherche de la réalisation de ses désirs avec un sentiment de toute-puissance, qui se manifeste dans ses rêves par des prémonitions. Elle dit que tout ce qu'elle vit elle le voit dans ses rêves, exactement comme ça se passe dans la réalité. On relève une angoisse avec des épisodes de détresse [200].

L'imago parental est sévère, il incarne la répression des affectes :

L'imago paternelle, père distant, exigeant ;

L'imago maternelle : mère imprévisible, toute puissante.

#### **4. La dimension masochique**

Salima est incapable d'exprimer ses pulsions agressives, même quand elle exprime un mécontentement vis-à-vis de son entourage, on observe par exemple qu'elle parle d'une belle sœur qui la jalouse et de la femme à son oncle qui la jalouse aussi, mais il n'y a pas vraiment de charge émotionnelle concernant son discours, les choses sont présentées comme des faits et surtout comme preuve qu'elle est trop belle et c'est une jalousie justifiée, ce qui peut aller dans le sens d'une peur de l'envahissement par le traumatisme d'abandon des premiers temps. En effet exprimer son agressivité, est susceptible de réactiver la violence traumatique liée à l'instabilité de l'objet des soins maternels. Ceci pouvait déboucher sur le retournement des pulsions agressives contre soi.

Salima exprime un mécontentement envers son entourage qui n'est pas à la hauteur de ses attentes sans charge affective. Aussi quand elle parle de son père, il y a comme une colère à l'égard de ce dernier mais juste après une répression de cette colère, un père trop sévère et idéalisé « yu3er » (sévère et puissant). On observe la répression des représentations associées à une déliaison des affects. Chez Salima un masochisme mortifère [159].

#### **5. L'évaluation de l'épaisseur du préconscient**

Salima se remémore de son passé, comme événements à numériser, sans émotions d'ailleurs nous avons du mal à reconstruire l'histoire de Salima, il n'y a pas de lien entre les souvenirs, Les événements sont racontés parfois difficilement car Salima est incapable de les élaborer.

On observe très peu de capacité d'élaboration chez Salima, en effet une vie onirique qui se résume à quelques rêves prémonitoires, ce qui témoigne d'une pauvreté imaginative et onirique, incapacité à sublimer, seule la dimension intellectuelle est investie. Salima se représente le futur comme un tableau figé dans le matériel, il n'y a pas vraiment de projection dans l'avenir mais quelques souhaits relatifs à la vie matérielle, Cette pauvreté est confirmée, aussi, par l'absence de « ressources spirituelles » elle dit qu'elle fait attention à ses prières mais on observe une croyance qui relève plus d'une pratique de rituels obsessionnelle, que d'une foi profonde en la protection du Dieu. En plus de tout cela, Salima n'a aucune activité de distraction. Elle dit qu'elle ne fait rien si ce n'est le portable et se prendre en photos.

Il existe chez Salima, donc, de faibles « activités oniriques » [170], associées à des « lacunes de l'organisation du préconscient » [161].

### **Axe 1B — Etats psychiques et évènements de vie personnels**

L'échelle 1B est celle qui, au travers de l'approche psycho-dynamique, conflits du Moi, du ça, du Surmoi et du monde extérieur, cherche à mesurer les états psychiques du Moi et ses conséquences sur son organisation.

- **Angoisses**

On peut supposer que l'angoisse est très forte chez Salima. L'état fusionnel avec la mère subsiste et s'observe chez Salima, elle dit que tout est mieux chez elle, comme une réalisation magique de ses désirs. Rappelons que Salima, disant qu'elle vivait dans le dénuement total chez ses parents et que c'est la cause même de son mariage, mais arrivée chez son mari, elle

voulait repartir chez ses parents, elle se voyait trop jeune pour avoir des enfants. Compte tenu, de la fragilité du moi, l'angoisse et le stress peuvent être à l'origine de l'apparition des troubles somatiques.

- **Deuil**

Salima a fait 6 avortements spontanés, elle ne l'aborde que furtivement, en dénombant le nombre de fausses couches comme quelque chose de banal car elle est incapable d'élaborer le traumatisme lié à cet avortement. Salima a eu un enfant handicapé elle est très choquée et a du mal à accepter ce drame, son fils est né en 2011, mais elle n'arrive toujours pas à accepter son handicap, d'autant que son fils a un retard scolaire ce qu'elle a du mal à surmonter, au point « d'avoir peur d'avoir un enfant qui lui ressemble » ceci va dans le sens d'un deuil récent : Deuils ou pertes d'objets significatifs récents non élaborés [203], ce qui peut être mis en relation avec la dégradation du vécu de la grossesse et l'état de santé de Salima à chaque fois qu'elle tombe enceinte.

- **Traumatisme :**

- Pendant l'enfance : Climat familial instable marqué par une insatisfaction des besoins des plus vitaux à savoir manger à sa faim.
- A l'adolescence, elle était témoin de l'interruption volontaire de la grossesse de sa mère, cette dernière s'est « débarrassée » de sa grossesse pour des raisons économiques. Salima est traumatisé par cet incident, la mère n'a pas protégé sa fille d'un tel événement traumatique.
- Adolescente, aussi, elle a subi un harcèlement d'un petit ami qui voulait abuser d'elle et qui l'a violenté et agressée physiquement et dont elle n'a parlé à personne pour éviter les jugements et incompréhension de son milieu.
- Mariage forcé à 22ans ;
- Avortements à répétition : (2012/2013/2017/2018/2021/2023).

Salima ne peut élaborer mentalement, ses traumatismes et semble submergée par les événements, elle répond par un évitement de toute expression de ses affects, son discours est hautement intellectualisé et tiens du sens commun sans aucun engagement personnel en relation avec ses propres représentations, de la morale dont elle parle « j'ai sauvé mon honneur » par exemple, on remarque qu'il n'y a aucune distance par rapport à ces représentations. Il y a une adhésion passive à l'entourage. Il faut dire que. Salima s'interdit de reconnaître ses angoisses et ses souffrances.

Cependant, le fait que Salima cherche une écoute bienveillante, en la personne de la psychologue, elle dit que « ça lui a fait du bien de parler avec nous » prouve qu'elle a des capacités latentes à aborder et à élaborer ses conflits, si les conditions sont favorables : Avec une prise en charge empathique et pas frustrante.

## **6. Influence de la culture sur le fonctionnement psychique**

Ce que nous pouvons dire, c'est que Salima ne manifeste aucune curiosité ni élaboration personnelle par rapport à ses croyances, le sens commun domine chez elle, ce qui peut aller dans le sens d'une intériorisation insuffisante et un développement d'un faux self, à l'instar des travaux de Winnicott (1957), on peut dire qu'elle a développé une personnalité superficielle qui donne un sentiment d'irréalité, un caractère trop adaptable, sans intériorisation. On peut supposer que les carences graves dans la fonction maternelle que Salima a vécue à son enfance, ont provoqué une déformation des fonctions du moi ayant comme conséquence une fragilité somatopsychique chez Salima.

Winnicott (1972), distingue le vrai self du faux self, tous deux présents chez tout être humain mais dans des proportions variées. Le vrai self, est constitué de ce qui provient du moi ; c'est la partie de la personne qui se construit à partir de l'inné. Ses fondations prennent racine dans les relations avec l'objet maternel, qui demande que la mère soit prévisible et fiable. Le faux self, lui, prend racines des exigences de l'éducation, conditions essentielles pour être un être socialement accepté, le faux self peut aussi être le résultat de la soumission du nourrisson à l'objet maternel carencé pour ne pas détériorer l'objet davantage, l'enfant s'y conforme. Les deux situations sont présentes chez Salima –c'est-à-dire la défaillance de l'objet maternel et la sévérité des exigences de l'éducation.

Winnicott a révélé que les défaillances de l'environnement donnent une scission, entre le vrai self, caché et qui ne s'exprime plus, et le faux self, qui devient de plus en plus apparent

jusqu'à se confondre avec le sujet. On comprend alors à quel point le travail de prise en charge avec Salima doit œuvrer pour redémarrer les processus de maturation.

### **a. Axe 1C — points de fixations régression**

Les fixations semblent archaïques chez Salima, elles se situent au niveau de l'oralité elles sont donc pré-génitales.

- **Fixations somatiques**

Les fixations somatiques concernent appareil de reproduction (stérilité, puis avortement spontané, menace d'avortement spontané pendant sa première grossesse), le cœur (cardiopathie congénitale), le système nerveux (maux de tête), système digestif (vomissements) fatigue inexplicée

- **Fixations psychiques**

L'environnement dans lequel a évolué Salima depuis sa naissance jusqu'à sa maturité était un environnement plein de frustration, ce qui ne va pas avec un développement favorable, ainsi le processus de maturation n'a pas abouti à la structuration du moi, d'un développement affectif et d'une structuration d'un self.

Ces deux niveaux de fixations, se lie à une détresse profonde, l'absence de la réponse de la mère engendre la fatigue et la cardiopathie congénitale et aussi une identité fragile qui empêche la reconnaissance de ses propres désirs et le développement de sa féminité. La fragilité de Salima se répercutait donc sur sa fonction maternelle.

Après la naissance de son premier enfant, elle avait du mal à accepter son handicap, elle n'arrivait pas à expliquer ce qui lui arrive, alors invariablement, elle projette sur les autres ce qui lui arrive : un mauvais œil pourtant elle dit qu'elle a une sœur et un frère sourds et muets, Salima n'aborde jamais une possibilité d'un problème héréditaire. Il y a une blessure narcissique difficile à surmonter.

On peut supposer<sup>5</sup> l'absence de la mère et son incapacité à répondre aux besoins de Salima et de ses frères et sœurs car elle était dépassée dans son quotidien.

---

<sup>5</sup> On ne peut émettre une hypothèse du moment que le nombre d'entretiens avec Salima est limité alors que dans la psychosomatique intégrative, il faut faire une exploration détaillée. Cependant, on peut supposer que Salima a eu un début de vie difficile, puisque déjà la mère était chaque année enceinte, donc a beaucoup d'enfants au bas âge et surtout l'absence d'aide de la part de l'entourage, notamment de la part du mari. On a l'impression que ce mari n'est présent que pour « faire des bébés » à cette mère de famille, pour la livrer à toutes les responsabilités que cela engendre après.

#### **d. Axe 1D — Mécanismes de défense du Moi**

Il y a une inhibition et évitement des représentations des pensées, on observe un déni de la réalité psychique. Quand l'objet est défaillant et excessif il entraîne une angoisse de persécution et une intellectualisation basée sur le sens commun comme défense contre la défaillance du monde interne.

Le retournement des pulsions agressives sur soi se manifeste à travers la stérilité au début du projet d'enfant, une stérilité qui a duré 8 ans et puis par les avortements à répétition, les maux de tête et la fatigue générale.

#### **f. Axe 1E — traits de caractère**

- **Traits oraux**

- Traits de caractère phobique de l'objet, abandon, trouble de la relation.
- Refoulement des pulsions agressives,
- Traits anaux du caractère (qui se manifestent à travers la tentative de vouloir tout maîtriser, dompter, même « les démons dont elle parle », elle dit qu'elle a préparé un plan et qu'elle partira en France elle « a tout programmé »,
- Hystérie archaïque (402)

#### **f. Axe 1F — activités sublimatoires**

Activités artistiques (490) absente, Activités sociales (991), se limite aux tâches quotidiennes et être au service de la famille, Activités spirituelles (992) pauvre, pratique religieuse qui se limite au rituel plus qu'à une foi apaisante il n'y a aucune élaboration personnelle apparente. Absence d'activités sportives (493) aussi absence totale des activités culturelles, (on peut imaginer qu'elle part aux fêtes à l'occasion des événements de l'entourage mais, elle n'en parle pas du tout) (994). Toutes ces données indiquent un mauvais pronostic pour l'évolution de l'état de santé de Salima.

### **1- Diagnostique selon la nosographie psychosomatique J.-B. Stora**



**Névroses actuelles**

Névroses mal mentalisées

Névrose d'angoisse

Névrose traumatique

Trait de caractère narcissique

Faiblesse du moi

Répression des pulsions

**2. AXE 2 — Comportements et manifestations corporelles dans la relation**

Les affects s'expriment à travers le comportement par :

- Les pleurs
- Evitement de la relation,
- Isolement social,
- Dénî de réalité [454j],
- un épuisement libidinal [460].
- les nombreuses maladies (cardiopathie, stérilité, fausse couche, asthénie, vomissements, maux de têtes), qui peuvent être considérés comme des répétitions somatiques [470].
- Les problèmes d'identité [467], notamment problèmes relatifs à l'identité féminine.
- On relève absence d'activité sportive, les excitations qui ne sont pas traitées par l'appareil psychique restent donc actuellement, non évacuées.
- Point positif : Une bonne réaction aux entretiens avec la psychologue.

**Axe 3 : capacité d'expression des affects**

L'éducation qu'a reçue Salima est très sévère qui l'a contraint à réprimer toute expression de pulsion. L'expression de la colère contre son entourage se manifeste, au départ, mais ne manifeste aucune agressivité envers cet environnement. En fait, c'est avec la psychologue que Salima manifeste cette colère, on observe beaucoup plus une réclamation de soin qu'une agressivité. Le père est idéalisé il ne peut être l'objet de critiques contre le mauvais objet.

Nous avons déjà vu que les affects sont réprimés car ils représentent la mémoire d'un vécu

traumatique. Comportement de retrait et d'absence d'affect-peu communicant.

#### **AXE 4 — Risques liés à l'environnement personnel, familial et socioprofessionnel**

Nous rappelons ici l'environnement familial perturbé [601] de Salima : un milieu qui empêche l'expression des émotions relatives à son vécu, prendre soins de deux enfants, qui semblent la désorganiser complètement.

#### **AXE 5 —Evaluation de l'état somatique**

- Cardiopathie non soignée, découverte à l'âge de 12ans
- Vomissement et Fatigue générale non expliquée à l'âge de 14ans
- Maux de têtes sévères dont elle ne nous dit pas plus à l'âge de 22ans (après son mariage).
- De 22ans à 29 ans stérilité primaire
- En 2011, Grossesse difficile, de son premier enfant, qui a imposé un cerclage et une immobilité ;
- 2011 : Naissance de son premier fils avec le handicap de surdité ;
- 2012 : 1<sup>er</sup> avortement spontané suivi d'une hémorragie ;
- 2013 : 2<sup>ème</sup> avortement suivi d'asthénie ;
- 2015 : Accouchement de son deuxième enfant
- 2017 : 3<sup>ème</sup> avortement
- 2018 : 4<sup>ème</sup> avortement ;
- 2021 : 5<sup>ème</sup> avortement ;
- 2023 : 6<sup>ème</sup> avortement.

#### **Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique,**

Au cours de l'évolution de Salima, on suppose que des fonctions du corps auraient été désinvesties, il n'y aurait peut-être pas d'étayage sexuel sur les fonctions reproductive dans le corps, ce processus, serait alors une conséquence de l'expression dans le corps de ce qui est difficile à symboliser ou à représenter.

L'enfance de Salima était frustrante, la mère était fragile ce qui pourrait entrainer le des

étayages sexuels de l'appareil reproductif. Il est plus adéquat de parler de la névrose d'angoisse, où il se produit une décharge de l'angoisse dans le corps, la stérilité vécue pendant 8ans, les deux grossesses abouties avec des difficultés de santé sont des signes de désorganisation.

### Diagnostic selon la nosographie psychosomatique

Salima semble être dans le trouble du narcissisme (172) auquel s'ajoute un trouble de l'identité (173).

#### Évaluation du risque psychique :

1. Processus et mécanismes psychiques : 3
2. La prévalence des comportements : 4
3. La capacité à exprimer ses sentiments : 4
4. Risques liés à l'environnement du cas : 6

**Total : 17 points**

**Risque élevé :** l'instabilité générale de l'unité psychosomatique qui risque la désorganisation

#### Évaluation de l'axe somatique (Axe 5) :

**Risque somatique :** 3 (risque élevé) selon CIM 9 : (703)

#### Évaluation complète des risques psychosomatiques :

$$17 + 4 = 21$$

Le risque psychosomatique est très élevé. Selon la psychosomatique intégrative et d'après les résultats, il est recommandé à Salima de bénéficier de soins psychothérapeutiques avec un accent sur la psychosomatique intégrative.

#### Présentation du protocole Rorschach : Cas Salima

Planche	Teste	Enquête	Cotation
20" ^ Planche I	1. Aferough dagui (ici oiseau) 2. difasenis سحب isemkethayid af zik ni (des mains, des nuages sa me rappelle le passé) Afroukh s les deux cotés droite et wayedh gauche (un oiseau de deux cotés)	D latéral droit (A cause de la forme) D partie médiane entière (A cause de la forme)  D latéral les deux. (A cause de la forme)  Dd saillie supérieure latéral D saillie latérale, haut (A cause de la forme) Pas d'autres réponses	D F+ A  Dbl FE + Fragmt    Do Clob Ad

		droite et gauche)		
		3 athentid aqarouy d walen nouferoukh ni, ifassenis daya(( la tete , les yeux de oiseau , ces mains c'est tout)		
20"	^	5. del حيوان, athan ouqarouyis, hathan thiqejrinis(un animal, voici sa tete, ces pieds)	G toute la planche (A cause de la forme) La tête le D pointe médiane supérieure Pieds : Dd Extrémité de la saillie latérale inférieure (A cause de la forme)	G F- A  Dbl F- Anat
		6. azgagh agui ouzrighara, ma gethelmsethagui d lewelda ( ce rouge je ne sais pas c'est quoi mais au milieu c'est un utérus) رحم	D rouge haut extérieur elle dit qu'elle ne sait pas c'est quoi, mais la grande lacune centrale c'est l'utérus  D Rouge bas (A cause de la couleur et la forme)  Pas d'autres réponses	D CF-anat
		7. le rouge agui didmaren n (ce rouge c'est des poumons) تنفس -		
30"	^	8. thagui atas lahwaj ittewalligh dgues, thalmaseth rouge		

Planche III	<p>agui d ttigezzal (bouceaup de chose, au milieu ce rouge c'est des reins)</p> <p>9. iwessawen daqarouy (en haut c'est une tete)</p> <p>10. Ougesar agui dahoutiw d'dauphin wagui (en bas un poisson, un d'auphin)</p> <p>11. le milieu agui ougessar d l bébé swansa idikhelaq (au milieu c'est un bébé ou il né, l'utérus)</p> <p>12. au début walagheth (au débur je l'ai vu commequelque chose étrange) كائن غريب</p>	<p>D rouge médian</p> <p>D partie supérieure latérale</p> <p>D partie inférieure de coté</p> <p>D toute la partie noire inférieure médiane</p> <p>G toute la planche (A cause de la forme)</p>	<p>D CF+ Anat</p> <p>D F+- Ad</p> <p>D F- A</p> <p>D F- Anat</p> <p>G F+ (H)</p>
30" ^ Planche IV	<p>13. toujours كائن غريب, nagh dafroukh( un oiseau)</p> <p>Ifasniss, aqarouyis (ces mains, sa tete)</p> <p>14. wina les comiques وحش isekhela3 chewiya. (Celui là c'est un monstre)</p>	<p>G toute la planche</p> <p>D extrémité de la partie supérieure médiane</p> <p>Pas d'autres réponses</p> <p>Dd partie inférieure de d1</p>	<p>G F+ (H)</p> <p>Di clob (H)</p>
10" ^ Planche V	<p>15. Wagui zerighethid d خفاشdirecte (celui là c'est une chauve-souris)</p>	<p>G toute la planche</p>	<p>G F+ A ban</p>

20" V-Λ->-Λ	<p>16. iwesawen agui daqarouy n l dauphin (en haut, la tete du dauphin)</p> <p>17. Thamouguehelt (souris) pistolé (souris) (demande de changer la planche).</p>	<p>D extrémité supérieure</p> <p>D Axe médiane inférieur</p>	<p>D F- Ad</p> <p>D F+- Obj</p>
20" V-Λ	<p>18. Ttaqchicheth athan ouchekouhiss, iffaseniss (une fille voici ses cheveux, ses mains)</p> <p>19 ttaqchicheth daghen kifkif (aussi une fille meme chose)</p> <p>20. damchich attan themzoughinis, thaqarouythis attan jelhoumtis (un chat, voici ces oreilles, sa tete)</p>	<p>D latéral en haut</p> <p>D latéral du 2 tiers</p> <p>D 1 tiers</p> <p>D (saillie supérieure du 1 tiers)</p> <p>Dd intérieur du 1 tiers</p>	<p>D F+ H</p> <p>D F- H</p> <p>D F+ A</p>
30" Λ	<p>22. dizemawen g les côtés non khati winna nidhen ( ces deux cotés des lions, non l'autre c'est un tigre) نمر</p> <p>23. thalemasth iwessawen d la radio ivardhiyin (au milieu c'est la radio des poumons)</p> <p>24. ougessar (l'utérus) رحم</p>	<p>D Partie rose latérale</p> <p>D 2 tiers bleu</p> <p>D orange inférieure</p>	<p>D F+ A</p> <p>D F- radio/anat.</p> <p>D F- Anat</p>

10" ^-v			
Planche IX	<p>25. toujours ttewaligh (le col de l'utérus) عنق الرحم</p> <p>Iguessar blokigh g thagui... Daya daya ( je suis bloqué... c tout)</p>	<p>G toute la planche (A cause de la forme)</p> <p>D/DbI Grande lacune et parties brunes latérales</p>	<p>G F- Anat</p> <p>Commentaire</p>
20" ^			
Planche X	<p>27. daynath temetouth (le sexe de la femme)</p> <p>28. wagui damkan les bébés (la place du bébé)</p> <p>29. le noir iwesawen daynath l vagin anda adifagh l bébé (le vagin)</p> <p>30. thigui d الحشرات thissisth (des insectes, araignée) عنكبوت</p> <p>31. mara d الحشرات mi ouzerighara dachoutt (sont toutes des insectes, mais je ne sais pas c'est quoi)</p>	<p>G toute la planche (A cause de la forme)</p> <p>D Brun latéral, en bas</p> <p>D gris médian entier, en haut (A cause de la forme)</p> <p>D Bleu latéral</p> <p>G toute la planche (À cause de la forme)</p>	<p>G FC+ sex D F- sex D F- Anat (tendance ~ K)</p> <p>D F+ A ban</p> <p>G F+ A</p>

Temps : 40minutes.

Choix (+) : II, X

II : parce que zerighett dachoutt (parce que je sais ce que c' est)

X : parce que dayen ya3nan thamtouth (parce que je sais c' est ce qui concerne la femme)

Choix (-) : IV, IX



IV : akhatar isekhema3 (parce qu' elle m' a fait peur)

IX : parce que thesblokiyi (parce qu' elle ma bloquée)

### Psychogramme de Salima

Production	Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus
R= 28 R. addit : 0 Tps total : 40 mn Tps de lat. moy : 1mn17s/R Refus= 0  TRI= C> K F. compl : RC %= 32%	G= 7 G %= 25 % D= 17 D%= 61 % Dd= 0 Dbl= 2 Dbl %= 7% Do/Di= Do/ Di = 7% Succes <u>D G Dbl</u>	F = 23 F+= 9 F- = 11 F+- = 2 F%= 82% F+ %= 23% F- %= 48%  FC= 1 CF= 2 C= 0  FE= 1 EF= 0 E= 0  K= 0 KC= 0 Kan= 0 Kp= 0 Kobc= 0 Clob = 2 Clob = 7% F/CLOB = 0	A= 8 (A) = 0 Ad= 3 (Ad) =0  A= 39 %  H= 2 (H)= 3 (Hd)= 0 H %= 17% Obj= 1 Anat = 7 Anat = 25% Sex = 2 Sex = 7% Bot=0 abstr = 0 fragmt = 1

#### Processus mentaux :

Le cas a manifesté une attitude défensive claire devant le test. Nous avons remarqué une peur de s'impliquer personnelle dans les réponses. Elle a eu recours aux réponses globales (25%), qui sont dans un pourcentage normal mais sont pour la plupart simples, ce qui indique que le cas ne veut pas s'impliquer dans ses réponses, et évite de traiter avec sa réalité interne. Nous avons noté que parmi les 28 réponses qu'elle a fournies dans le protocole, il y en a une seule liée à la grande partie (17=D), c'est-à-dire 61 % tout ceci indique la difficulté de Salima à faire le travail d'analyse ainsi que sa difficulté à s'adapter aux exigences du test, il semblait clair que Salima manquait de pensée analytique, surtout que les détails sont limité aux grand détails et absence totale des petit détails (Dd), aussi il semble que l'effort de Salima à s'impliquer est voué à l'échec

par les réactivations narcissiques qui ont donné des réponses oligophrénies à la planche IV et aussi un détail d'inhibition à la planche I.

- Si on regarde les réponses formelles ( $F\% = 82$ ), on remarque qu'il s'agit d'un pourcentage très élevé, ce qui indique que le cas est resté logique et en rapport avec la matière dans ses réponses et qu'elle ne souffre pas de problèmes cognitifs mais on remarque un contrôle de ses affects. Mais si l'on regarde le pourcentage des réponses formelles Positives ( $F+ = 23\%$ ), on constate qu'il est très inférieur à la moyenne, ce qui indique que le cas a du mal à maintenir cette adaptation à la réalité et le contrôle et ses implications personnelles dans ses réponses : par exemple, dans la première planche, qui est une planche de la représentation de soi, elle donne deux réponses avec des formes positives, mais après un temps de latence (silence) elle donne une réponse oligophrénie où elle voit la tête sans préciser c'est quoi et associé à une peur devant cette planche. Nous avons remarqué cette fragilité narcissique tout au long du protocole. Nous remarquons que les réponses (D) sont apparues pour la plupart négatives. Ajouter à ces détails, nous remarquons le choc lié à la couleur rouge, c'est pourquoi nous avons remarqué une augmentation du temps de latence initial, ainsi que lors de la réponse et son recours au rire, et il semble que ce changement dans la perception de la réalité et son recours aux grands détails associés aux formes négatives, résulterait de son isolement pour le rouge comme moyen d'éviter la dimension agressive de la planche qui suscitait directement la peur, supprimant pleinement les perceptions humaines (à la planche II par exemple et aussi III et IV ° et évitant ainsi la projection de son vécu relationnel.

- On remarque donc, qu'elle donne dans les planches (IV, VI, V) un grand nombre de réponses d'êtres bizarres, des réponses pour contourner l'implication particulière et personnelle, donc après avoir reconnu ce qui est évident, elle diminue la production. Encore une fois, elle a du mal à se représenter, exemple à la planche V On constate que Salima se contente de donner des réponses banales, ce qui indique une dépendance vis-à-vis de l'environnement extérieur.

### **La dynamique des conflits :**

Notre suivi du protocole dans son ensemble nous permet d'extraire de nombreux éléments qui nous montrent la difficulté de Salima à assumer sa sexualité et la domination de l'angoisse à son sujet, l'image du corps semble perturbée, cela peut expliquer la présence de sa problématique d'avortements répétés et du handicap de son premier enfant dans tout le protocole. Le protocole montre une persévérance à donner des réponses sexuelles et anatomiques, nous constatons que dans la planche III, Salima est choquée devant la couleur rouge et les réponses humaines complètes étaient absentes et ont laissé place à une réponse « pseudo humaine », ainsi que l'absence de mouvement dans tout le Protocole. En effet, nous remarquons l'apparition d'une tendance mouvement seulement à la planche 10.

De même pour la reconnaissance de la dimension phallique des planches 4 et 6 ; où malgré la perception de cette dimension, elle était associée à une description Clob : « comique isoukhla3 » (comique qui fait peur), cette double dimension montre la difficulté de Salima à prendre position et montre la fragilité narcissique devant la blessure que suscite la reconnaissance de la bisexualité.

- Nous avons observé le problème de castration dans la deuxième planche II, qui a probablement été ravivé par le DBL médian de la planche surtout que le contenu Anat est associé à une forme négative. Nous notons également l'affaiblissement de l'activité à la planche VI pour la rendre négative au départ pour ensuite donner une réponse symbolique phallique (fusil) qu'elle associe avec une réponse minime et négative (pistolet) pour donner une réponse hésitante (associée à F+-) ce qui indique une expression de la capacité de castration, mais qui pousse Salima à se débarrasser de la planche immédiatement, en demandant une autre. Dans la planche VII, nous trouvons que Salima se positionne par rapport à une figure féminine positive mais aussi négative.

Les données ci-dessus nous permettent de déduire que Salima a un fonctionnement fragile, un fonctionnement limite avec des tendances hystériques. Bien qu'il y ait une présence d'indicateurs psychotiques tels que la persévérance, des contenus anat et sexuels qui dominaient le protocole. Cependant, le grand nombre de réponses formelles et globales indique une adhésion à la réalité et exclut ainsi le trouble identitaire qui caractérise les psychoses

- On peut dire que le TRI (type de résonance interne extratensif) est un indicateur d'impulsivité incontrôlée. La succession est apparue rigide, indiquant une teinte dépressive. Nous avons observé que le sentiment de continuité de l'existence est menacé chez Salima devant la planche IX. Nous avons observé l'identification projective lors de l'absence de certaines réponses banales et le contenu associé à un déterminant formel négatif ce qui indique une tendance pathologique.
- Quant aux tendances hystériques, on les observe dans l'inhibition intellectuelle, qui entraînait un manque de curiosité devant le test, où les réponses grand détail et Globales dominaient avec l'absence de kinesthésies ce qui va dans le sens d'un mouvement de défense contre les représentations. L'absence de réponses mouvement et la dominance des réponses sensorielles expriment l'importance de l'inhibition qui caractérise les névroses.
- On peut dire que le Rorschach nous a permis d'éclaircir un problème de prise de position sexuelle chez Salima. Les images masculines sont apparues négatives, donc l'identification au père est impossible, et il en est de même pour les images maternelles, ce qui pourrait être la raison qui a empêché Salima à prendre une décision sexuelle. La mère se limite à l'utérus. Alors elle a peur, peut-être, de l'accouchement qui menace son être, alors l'accouchement n'est qu'une scène

dépourvue du résultat lié à la présence de l'enfant (« ici là où sort le bébé »). Salima, nous disait à l'entretien, qu'elle a peur d'avoir un enfant handicapé comme son aîné.

**Résumé du cas Salima :**

On peut dire que Salima a manifesté une fragilité importante au niveau de l'évaluation psychosomatique, nous avons vu que le projet d'enfant, tant qu'il était resté impossible, Salima était plus ou moins protégée des risques somatiques, qui seraient dangereux pour sa vie, une fois ce projet abouti avec la première grossesse, la décharge directe de l'irreprésentable dans le corps « expulse » le bébé directement et provoque un avortement. Puis le projet se réalise encore une fois, avec la grossesse de son fils aîné, par des menaces à répétition mais arrive à le garder et finit par avoir un enfant après un accouchement difficile, elle découvre, après que son bébé est sourd.

Les données du Rorschach de Salima nous montrent un fonctionnement fragile, un fonctionnement limite avec des tendances hystériques. Bien qu'il y ait une présence d'indicateurs psychotiques tels que la persévérance, des contenus anat. et sexuels qui dominaient le protocole. Le grand nombre de réponses formelles et globales indique une adhésion à la réalité et exclut ainsi le trouble identitaire qui caractérise les psychoses.

## Déductions générales et discussion des hypothèses :

La thèse de l'influence des états émotionnels et mentaux sur le fonctionnement corporel est aussi ancienne que la médecine elle-même, mais ce qui a été difficile à comprendre, c'est le processus par lequel la somatisation a lieu. Grâce à l'approche psychosomatique intégrative, nous avons pu évaluer les processus de somatisation chez Nadia et Salima, deux cas que nous avons rencontrés à l'hôpital d'Akbou.

L'approche intégrative, n'est pas la seule approche mais une approche parmi les nombreuses approches disponibles dans le domaine scientifique. Notre choix de cette approche, est basé sur la conviction que la vision intégrative nous fournirait une évaluation intégrative des risques psychosomatiques, chez nos cas.

A travers notre étude, nous avons tenté d'évaluer la qualité du fonctionnement psychosomatique de deux cas, selon l'approche de la théorie de psychosomatique intégrative de Jean Benjamin Stora. Dans cette approche, le processus psychologique est soumis à la dynamique du fonctionnement psychosomatique, qui plus il se distingue par divers mécanismes de défense mentale, plus il est efficace de faire face aux pressions de la vie en prenant en compte que l'appareil mental n'est pas le seul à évacuer les pressions, car le système nerveux a un rôle à jouer au même titre que le système immunitaire.

Alors pour nos deux cas, nous avons vu qu'il est plus adéquat de parler de la névrose d'angoisse, où il se produit une décharge de l'angoisse dans le corps, la stérilité peut s'expliquer alors, par la régression et la désorganisation d'une névrose de caractère ou de comportement. Il y a une tendance des femmes stériles, « à agir dans la réalité ou à décharger dans leur corps le surcroît d'excitation produit par un conflit lié à leur histoire » (Pragier, 2004).

La grossesse qui a abouti au premier enfant de Salima était une grossesse à risque comme l'a signalé le médecin, mais en psychosomatique intégrative nous devons insister sur l'environnement traumatique de la patiente et ses capacités mentales de se défendre. Il était important de protéger cette patiente car les conditions traumatiques de sa grossesse pouvaient perturber profondément la croissance fœtale qui peuvent aller jusqu'à envisager des malformations. Salima avait besoin d'être protégée dès le début de sa grossesse. Ça aurait pu ouvrir une fois à la réorganisation de son Moi au lieu de s'engager dans une cascade de fausses couches.

Notre hypothèse sur le fonctionnement de Nadia a aussi montré une fixation dans une relation préobjectale (bon objet/mauvais objet) l'objet maternel n'a pas été intégré et comme nous pouvons le constater dans le comportement de la patiente actuellement les pulsions agressives ne sont pas intriquées avec les pulsions sexuelles. Les mêmes fragilités se sont manifestées chez Salima. Nous avons vu qu'elle a épousé passivement un mari sur le même modèle que sa relation avec sa mère

et son père. Une mère totalement désaffectée qui ne lui a pas permis de grandir sur le plan psychoaffectif et un père absent. Elle ne contrôle pas ses pulsions agressives et elle les met en œuvre (répétition inconsciente) dans ses grossesses.

Les entretiens cliniques ont révélé que Nadia et Salima étaient coopérative dans le sens où elles ont toutes les deux manifesté un accord positif à parler avec nous. Toutes les deux ont manifesté une adaptation défensive à la réalité, une manière de se protéger. Cette adaptation excessive nous révèle la problématique de la relation à l'objet et la fragilité de ce dernier, d'où la difficulté de l'intérioriser. En effet l'intériorisation de l'objet suppose sa stabilité. L'évaluation de la santé et du risque psychosomatique a révélé une fragilité narcissique qui se donne à voir à travers une vie onirique pauvre, pauvreté fantasmatique, absence de liaisons entre : représentations/affects et la domination de la sidération qui donnait directement des avortements, risque d'avoir une évolution grave qui mettrait la vie de Salima en danger, surtout que cette dernière a déjà fait une hémorragie.

Notre investigation du cas Nadia et Salima, nous révèle une fragilité beaucoup plus archaïque, l'enfant œdipien, de la psychanalyse, n'apparaît pas chez elles, bien au contraire, la stérilité de Salima (pendant 8ans) apparaît comme une expression du conflit psychique lié au projet d'enfant qui provoquerait, un déséquilibre somatique et il apparaît comme conséquence d'une réponse pathologique de l'axe endocrinien, inflammation des trompes (salpingites) qui créent des adhérences (dans le cadre de sa stérilité primaires qui a duré 8ans ou dans ses avortements) ou d'une altération immunologique, en l'absence de test d'*immunologie* endométriale qui permettrait de détecter des *altérations* immunes pouvant empêcher l'implantation embryonnaire et son futur développement, on peut juste supposer ces possibilités.

A partir de toutes les données précédentes, nous avons déduit que ce qui suit :

- **Évaluation du risque psychique chez Nadia : risque élevé**

**Évaluation de l'axe somatique (Axe 5) : Risque somatique élevé**

**Évaluation complète des risques psychosomatiques : risque élevé (21pts)** Le risque psychosomatique est très élevé. Selon la psychosomatique intégrative et d'après les résultats, il est recommandé à Nadia de bénéficier de soins psychothérapeutiques avec un accent sur la psychosomatique intégrative.

- **Évaluation du risque psychique chez Salima : risque élevé**

**Évaluation de l'axe somatique (Axe 5) : Risque somatique élevé**

**Évaluation complète des risques psychosomatiques : risque élevé (21pts)** Le risque psychosomatique est très élevé. Selon la psychosomatique intégrative et d'après les résultats, il est recommandé à Salima de bénéficier de soins psychothérapeutiques avec un accent sur la

psychosomatique intégrative.

Ainsi, notre première hypothèse qui stipule que « Chez une femme abortive, le fonctionnement psychosomatique indiquera un risque selon la grille d'évaluation de la santé et des risques psychosomatiques de Jean Benjamin Stora. », est confirmée.

L'analyse du test Rorschach de Nadia, ont révélé que les défenses narcissiques ont prévalu au détriment des identifications, comme moyen de défense contre la dépression mal maîtrisée, ce que l'on découvre dans sa sensibilité au noir, les identifications semblaient narcissiques et fragiles, en raison des fragilités liés à l'identité, ce qui indique une nature primitive de ces identifications.

Les données du Rorschach de Salima nous montrent un fonctionnement fragile, un fonctionnement limite avec des tendances hystériques. Bien qu'il y ait une présence d'indicateurs psychotiques tels que la persévérance, des contenus anat. et sexuels qui dominaient le protocole. Le grand nombre de réponses formelles et globales indique une adhésion à la réalité et exclut ainsi le trouble identitaire qui caractérise les psychoses.

Les résultats ci-dessus, vont dans le sens de la fragilité déjà repérée dans l'analyse des entretiens cliniques semi directifs de Nadia et de Salima.

Avec les données précédentes, notre deuxième hypothèse qui stipule que « La production projective au Rorschach, révélera une fragilité narcissique allant dans le sens de l'absence de l'intégration de l'objet complet, tel qu'il a été mentionné par Stora », est confirmée.

Le Cas Nadia et le cas Salima ont eu des avortements répétés et nous avons vu que le risque est grand chez toutes les deux, Ainsi nous pouvons dire que notre hypothèse secondaire qui stipule que : « Le risque psychosomatique chez la femme abortive, sera –t-il plus apparent chez la femme ayant des avortements répétés », est confirmée.

Cependant, nous émettons une réserve et qui est relative au nombre de cas qui se limite à deux et surtout que nous n'avons pas rencontré de cas ayant subi un seul avortement, pour pouvoir sortir avec les différentes possibilités. L'étude serait certainement plus apparente pour justement montrer cette nuance entre les différents degrés de risques. Nous acceptons quand même notre hypothèse secondaire, tant la fragilité est apparente.

Le fonctionnement psychique mûrit au fil des ans et qui se manifestera sous la forme d'une capacité à faire face aux chocs grâce aux mécanismes de défense développés et diversifiés, c'est-



à-dire non confinés aux premiers stades du développement. Développer un Moi fort serait un moyen utile pour gérer efficacement le stress de la vie. Bien sûr, nous soulignons que quels que soient les mécanismes développés, l'environnement joue un rôle important, car certaines situations traumatiques sont très difficiles. Par conséquent, quelles que soient ces capacités d'élaboration, l'environnement et le soutien qu'il apporte sont très efficaces pour faire face aux pressions, aux chocs de la vie et à l'émergence des maladies, en plus des autres dispositifs dont Stora a parlé, à savoir le système nerveux, hymnologique, héréditaire.

Le discours de Nadia et Salima était désorganisé et il n'y avait pas de liens dans leurs passages entre les sujets, car les perceptions étaient pauvres et dépourvues d'affects et leurs relations étaient sèches et superficielles, caractérisées par l'évitement.

L'évaluation psychosomatique de Nadia et de Salima a montré qu'elles souffrent de troubles narcissiques, qui se sont clairement manifestés dans la pauvreté de la vie fantasmatique et des représentations. Cette pauvreté est un indicateur négatif sur l'évolution de la maladie chez nos deux cas. Nous pensons que le cas Nadia et le cas Salima sont restées dans une relation préobjectale (bon objet/mauvais objet) l'objet maternel n'est pas intégré, les pulsions agressives ne sont pas intriquées avec les pulsions sexuelles.

Le résultat de notre étude converge avec les résultats de l'étude de la Professeure IKARDOUCHENE Zahia et du professeur STORA Z., 2018, qui précise que les femmes ayant vécu une grossesse à risque interrogées en clinique avaient un attachement primitif à la mère, qui rend l'identification difficile à cause de l'incapacité à construire une perception de l'objet complet, les cas sont restés dans les premières phases du développement. Ce qui fragilise le Moi et ouvre la voie à la fragilité à travers les étapes du développement. Les deux chercheurs ont conclu qu'au cours du développement des cas étudiés, les fonctions corporelles étaient désinvesties et qu'il n'y avait aucun soutien sexuel pour les fonctions de reproduction dans le corps.

Le résultat de notre étude converge aussi avec les résultats de l'étude de LEDJLET Asma, 2022, qui précise que les femmes interrogées dans le cadre de la pratique de son doctorat et qui ont vécu une grossesse à risque avec parfois des avortements, avaient un attachement primitif à la mère, et que les identifications sont difficiles à cause de leur incapacité à construire une perception de l'objet complet car les cas sont fixés dans les premières phases du développement. Cette fixation fragilise le Moi et ouvre la voie aux anomalies à travers les étapes du développement. Cette chercheuse a conclu qu'au cours du développement des cas étudiés, les fonctions corporelles

étaient désinvesties et qu'il n'y avait aucun soutien sexuel pour les fonctions de reproductions dans le corps. Cette étude de doctorat est soutenue à l'université d'Ouargla en octobre 2022.

Cependant, il est important de souligner que le fait que ces femmes citées dans toutes ces recherches aient le même type de problèmes de santé (ici l'avortement), ne signifie pas qu'elles partagent le même type de fragilité, et donc Stora met l'accent sur la première relation avec la mère, en gardant à l'esprit que le développement psychosomatique, répond à des facteurs très complexes propres à chaque histoire de vie des individus, par conséquent, nous n'avons pas à abrégé et essayer de comprendre les maladies en comparant un cas à un autre.

En conclusion, et à travers l'étude présentée, nous avons conclu que le fonctionnement psychosomatique des femmes atteintes d'un cancer du sein indique un risque selon la méthode d'évaluation de la santé et des risques psychosomatique de Jean Benjamin Stora. Par conséquent, les femmes à ce stade critique, ont besoin de soins et de compréhension de la part de la famille et aussi d'une prise en charge psychosomatique.

## **Conclusion générale**

Le but dans ce travail n'était pas exhaustif, simplement et modestement, nous avons essayé de présenter ce qui pouvait avoir du sens lors de cette application pour la grille de Stora, dans la

limite de cette relation dans le cadre de notre étude et avec les cas que nous avons rencontré, parmi lesquels nous avons choisi le cas Nadia et Salima. Nous avons pu faire plus d'une rencontre avec elles, alors que cela n'était pas possible avec les autres cas. Cependant, cette expérience clinique nous a permis de toucher l'importance de ce que nous allons faire avec les malades et l'importance d'une vision intégrative de ceux-ci. Nous avons aussi compris l'importance de maîtriser la psychanalyse revisitée par le professeur Jean Benjamin STORA, Il n'y a pas de maladies psychosomatiques, mais un être humain psychosomatique.

Il appartient alors au thérapeute psychosomaticien de soutenir, dans la mesure du possible, le fonctionnement psychique. Le thérapeute est dans une position de relation maternelle au patient, et, dans le cas d'absence de chaînes associatives (pauvreté de l'imaginaire qui ne s'est jamais développée), il doit prêter, comme le dit Bion (4), « son appareil à penser les pensées ». Tout au cours de la maladie, le thérapeute doit accompagner le patient en servant de pare-excitation et travailler de façon complémentaire aux médicaments prescrits par les médecins. Il cherche à établir une relation empathique et chaleureuse avec les patients, et ne jamais les laisser dans le silence. Dans la mesure du possible, une équipe pluridisciplinaire est mise en place.

Malgré tout, malgré la fragilité de leur corps et le manque primitif de la construction identitaire, nos deux patientes ont su répondre dans une relation empathique. Nos rendez-vous étaient limités et liés à notre recherche, car nos rencontres se limitaient à une formation dans le cadre de notre stage et aussi pour la pratique pour notre mémoire de fin d'études. Grace aux orientations dont nous avons bénéficié, nous avons pu rechercher les points de régressions chez nos deux cas et nous avons vu que notre présence a aidé à supporter le contenu. Nos entretiens étaient précieux pour nos cas, ce qui nous fait comprendre à quel point il faut une intervention de la part d'un psychologue averti pour une meilleure compréhension du processus de désorganisation chez elles.

Nous constatons donc que le fonctionnement psychosomatique chez les femmes abortives est un sujet d'étude très complexe et qui demande encore d'autres formations à faire, sans négliger les efforts des scientifiques au présent et à l'avenir.

## Liste Bibliographie

- Anzieu. D et Coll. (1961). *Les méthodes projectives*. Paris : PUF.
- Benony. H, Chahraoui. Kh. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
- Benony. H, Chahraoui. K. (2003). *Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique*, Paris, France : Dunod.
- Chabert. C. (1998). *La psychopathe à l'épreuve du Rorschach*. Paris, France : Dunod.
- Chabert. C. (2004). *Psychanalyse et méthode projective*. Paris : Dunod.
- Charaoui. Kh, Hervé. B. (1999), *L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
- Courbiere. B, Corcopino.X. (20022). *Gynécologie Obstétrique*. France : vernazobrs-Grego.
- Keller, Pascal-Henri. (2010). *Nouvelles approches en psychosomatique*. Paris : Dunod.
- Lansac, J. (2011). *Le grand livre de ma grossesse*. Paris, France : Juliette Dumont.
- Marty. P, M'Uzan M, David C. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris : PUF.
- Marty. P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris : Payot.
- Marty. P. (1990). *Que sais-je ? La psychosomatique de l'adulte*. Paris, France : P. U. F.
- Marty. P. (1950). *Psychodynamique de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgie*. Conférence à la société psychanalytique de Paris.
- Marty.P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, France : Payot.
- Menacer, Y. M. (2022). *Gynécologie obstétrique*. (2ème édition). Alger, Algérie.
- Pragier, Faure. S. (2003). *Défaut de transmission du maternel, absence de fantasme absence de conception ? In André J. Mères et filles : la menace de l'identique*. Paris : PUF.
- Stora, J-B. (2005). *Vivre avec une greffe, accueillir l'autre*. Paris : Odile Jacob.
- Stora, J-B. (2019). *Le Stress*. Paris, Presses Universitaires de France (10<sup>ème</sup> édition).
- Stora, J-B. (2021). *L'être humain est une unité psychosomatique, Toutes les maladies sont psychosomatiques*. Paris : MJW.

**Les articles :**

-Ikardouche, Z, Stora, J-B. 2018. « The experience of pregnancy at risk : the point of view of integrative psychosomatic », 11(1), (ورقلة).

مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، جامعة

- Ikardouchene, Bali, Z. 2017. « Essai de psychopathologique psychosomatique du vécu de la grossesse chez une femme asthmatique » : le cas Amina, (18) مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، جامعة ورقلة
- Ikardouchene, Z, 2019. « Psychoanalytical Approach of the Infertility, which is not medically explained : A case study based on two projective tests (Rorschach and TAT), ECRONICON, EC PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY.
- Ikardouchne, Z, Ait Mouloud ; Y.2018. « Approche psychosomatique intégrative », cas Clinique dans le cadre d'une grossesse avec des inflammations articulaires, le diabète et l'hypothyroïdie, 32 مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة
- Louiba, S. 2022. « Crise identitaire et identificatoire chez la femme abortive », Santé Mentale et Neurosciences, 4(7), 54-68.
- Pragier, Faure, S. (2001). « Que reste-t-il de leurs amours ? Séparation mère-fille et conception ». Française de psychanalyse. 65 (2), p. 409-424.
- Pragier, Faure, S. 2014. « La stérilité féminine peut-elle être considérée comme une affection psychosomatique ? » Carnet/Psy. N° 127, P.39-43.
- Pragier, Faure. S. 1995-1996. « Identifier, s'identifier : Repères de l'identification dans la cure ». Psychologie, Revue annuelle éditée par la société Algérienne de recherche en psychologie, 5(6), p. 9-19.
- Stora, J-B. 2015. « Les risques psychosociaux », Psychosomatique, 2(2).
- Stora, J-B.2018. « Études épidémiologiques en psychosomatique intégrative », psychosomatique intégrative, - No\_Epidemiologie\_JBS\_20180408v0\_4\_SPI.pd2020.
- Stora, J-B.2020. « Sexualité féminine et somatisations » RevueSPI\_No6\_20200306v0\_0.pdf.

American Psychological Association. (2008). Report of the APA Task force on Mental Health and abortion. Washington, DC : Author.

**Sites :**

- [https:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/ 10665/276162/9789241550400-eng ; PDF ? U=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276162/9789241550400-eng;PDF?U=1)
- [https:// www.who.int/Fr/news-room/question-reponses-detail/avortement](https://www.who.int/Fr/news-room/question-reponses-detail/avortement).
- <https://www.acog.org/patient-resources/Fags/gynecologic-problems/induced-abortion>.
- [https://www. Who.int/fr/multi-detaills/ abortion-is health-care](https://www.who.int/fr/multi-detaills-abortion-is-health-care).
- <https://univ.ency-education.com>

## **Le guide d'entretien**

### **Issalen égaanane tamodhinte :**

- amek ismim ?
- achhal gelaamrime ?
- tawtemt
- anda thlahqedh s laqraya ?
- ikhedim
- tagnitt n twachult
- achhal n wathmathen ithes3idh
- achhal n yesethmam ithes3idh
- addaru deg wathmathen
- achhal n darya ithes3idh ?

### **Axe 01 : af themzi**

- Thezemredh aghdahkudh af lhayattim (themzi y nem, imawlanim, athmathnim, yesthmam) ?
- Hadriyid af thedyanin imyedhran thechfidhasent jantamd chama
- Thezemredh adhedhredh af thlalithim ?
- Thalalith ynem normal nagh césarienne ?
- Thutdha ynem ar yemman nagh khati ?
- Amek i3edan wagguren emb3ed medluledh ? Thedhra kra n tedyant imir ?
- Hadriyid flam af ussan n temzi, af yemmam, vavam, ayethmam, yesethmam, imdukak, thimdukak ynem ?
- Yela faruq ?

### **Axe 02 : Asagh**

- thzemredh ayidhedredh af themziynem
- Asagh Deg ukham
- Asagh Deg ikhedim
- Assagh Deg dunith im

### **Axe 03 : ayen ya3nan thadisth ak dughluy n thadisth**

- Hadriyid af midlahqedh ttaqchichth thilemzith
- Af achhal l3amrim mimdewedh l3ada n wayur ?
- amek ithkhedmed mimdewdhen tikelt tamenzuth ?
- Thenishas i yemmam nagh ihed nayedh ?
- Amek ithkhedmedh ?
- Hadriyid af thadisth im
- Husayamd theshel af thazwara ?
- thenidhiyid thes3idh (ASENFAR) D darya, thezemredh ayidinidh amek thettlidh yidsen ? Saha nsen labas ithela ?
- amek ithe3eda thadisth n mim amezwaru ?
- tharawthim theshel ?
- i mim amek yella deg u3ebodhim ?
- itharawth ynes theshel ?
- ethyugh kra ?
- ghlintamd yakan thdusin uqvel mim amenzu ? Mayela ih : achhal ?
- i warawim nidhen amek idedhra thadisth ak d ttarawthensen ?
- yella hed arthamam deg thwachult im ? Mayla ih : aniwa ?
- hadriyid ghef thdusin imdyaghlin ?
- sahlent di thazwara ?
- thhegadhasent yakan ?
- thruhedh ar tviv af thedusin agi
- Thhegadhas i thadisth agi ?
- Thettruhudh amek iglaq ar tviv nagh khati ?
- Dachu imdina tviv im ?
- thzemredh ayidinidh af ayen ya3nan asenfar ynem af darya ?
- Dachuth tawtemt n lufan ithmenadh attes3udh ?
- thettkhayaledh mim eqvel amdyaghli ?
- Amek imedyaghli lufan im ?
- dachu igedhran ?
- sfhamnamd afayen imedyedhra ugheluy ?

-dachu yedhran imithelidh s thadisth, thedrad thedyant yes3an azal ayidahkoudh ?

#### **Axe 04 : ayen ya3nan lahlakath**

- Hadriyid af tghara ynem, amek ithtthusudh ? thes3ith uguren deg saham ?
- Thruhedh artviv ? mayela ih : dachu imdyena ?
- Melmi ithes3idh ugur agi ?
- Amek imdyevda ?
- Arghurem kemmi dachu idesebas lahlak a ?
- Dachu imedyena tviv ?
- Hadriyid af lhayattim, amek ithett3ichidh ?
- Amek ithkhedmedh mi medyaghli lufanim ?
- Thes3idh dwawi ithsettedh ?
- Thesettetent amek igwatha lhal ?
- Dachun lahlakath i thes3idh deg temzi ynem ?
- Tekechmedh yakan ar svitar ? mayela ih : achhal nelwaqth ?
- Amek ith3eda ? ihlum amek ige3eda ?
- Tes3idh lahlakath nayedh ?
- Deg thwachult ynem lan widan nayedh ? yemam, vavam, athmathnim, yesethmam, jidam, jedim, khwalim, 3mumim, s3an lahlak ?
- Thekhedmedh les interventions chirurgicales ?
- Th3eda flam lkhu3a ? Nagh tharughi ? Nagh thawaghith ?

#### **Axe 05 : thirga**



- Theganedh aken ilaq ? mayela khati : iwachu ?
- Thesettedh dwa aken attetsedh ? mayela ih : anita ?
- Thettargudh ? mayela ih : attass ?
- Dachunt thirga ithzaredh yal idh ?
- Melmi ithurgadh thiklt thangaruth ?
- Thzemredh ayittidahkoudh ?
- Thezemredh ayidinidh dachu thrttkhimedh af thargith a ?

### **Axe 06 :**

- Amathhusedh imanithhelkedh thettruhudh artviv ? mayela khati : iwachu ?
- Amatthelkedh thsettedh dwa dyem akni ilaq ?
- Thes3idh dwawi ithsettedh thura ? amek igela udawi agi isahlam ?
- Thes3idh agazu thetava3et ?
- Isahlam uzagu agi ? mayela khati : iwachu ?
- Yefkayamd tviv im iwessayen arathtev3edh ? mayela ih : dachuthen ?
- Thetafareten akni iwatha
- Lhal ? mayela ih : 3awnenkem ?

### **Axe 07 : ayen thett3ich thura thmudhint**

- Hadriyid af ussan ynem n kul ass
- Thes3idh lahwayej iges3an azal ussan agi ? mayla ih zemredh ayintidinidh ?
- Thes3idh lahris nagh uguren-thura ? mayela ih : dachuthen ?
- Lahriss agi thura kan nagh yella yidem yal ass ?

- Thes3edadh lhaja thes3a azal dameqran theqim dgem, thressakh deg uqaruyim ?  
Mayela ih : dachtt ? amek ithkhedmedh mimdedhra ?
- Qvel amdidhru ugur agi n saham thedhrayamd thedyant ikmihuzan ?
- i zikk deg ayen i3edan dhrantamd lahwayej ikmiskhel3en ? mayela ih dachuthent ?
- Arwachu itharidh ugur agi n saham ?
- Arghurem ugur agi n saham sebas dayen ithes3dadh ? sfahmiyid

### **Axe 08 : thuderth zwaj ak d ihulfan**

- Hadriyid af zwajim, amek ithedaru thura ?
- Amek ithakhtharedh argazim ?
- Af achhal la3mar ithzewjem ?
- Thzemredh ayidhedhredh af thddukli ynem ak dwargazim ? af ayen ya3nan lechghal izefiyen amek ittilin ?
- Thes3idh uguren af anchtha ? mayela ih : dachuthen ?

### **Axe 09 : iqqdechen nagh lechghal**

- Thzemredh ayidhedhredh af laqdichim n yal ass ? ya3ni amek ithes3edayedh lwaqthim ?
- Thes3idh iqdichen (lechghal) ithtakthiridh ? mayela ih : dachuthen ?
- Thes3idh lechghal n zhu ? mayela ih : dachuthen ?
- Thekhedmedh addal ?
- Mayela ih : dachuth ?

- Thetava3edh akni ilaq ?

### **Axe 10 : la3wayed af ayen i3nan lmakla**

- Thzemredh ayidhedhredh af ayen thhemledh attechedh ?
- Dachuthent lahwayej ithhemledh attechedh yal ass ?
- I thisith ? thes3idh ayen thehemledh atteswedh ? mayela ih dachut ?
- Thkeyfedh yakan zik ? i thura ?
- Thesettedh lqahwa ? Mayela ih : attas ? Achhal ifenjalen ?
- I tay ? Thesettedh atas n tay ?
- Thettemaledh mlih gher thzidanin nagh thimarghanin ?
- Thes3idh ayen ayidinidh af la3wayed lmakla ithes3idh zik ak ttura ?

### **Axe 11 : thamughli gher zzath**

- Thzemredh ayidhedhredh af usalu (ghaf zath) ?
- Thes3idh lahwayej ithessaramedh adedhrunt ? mayela ih : dachunt ?
- Arghurem, zemrent adedhrunt seshala ?
- Thes3idh kra aradarnoudh ? Afachu enahdirara ?
- Dachu imyedhran minahdhar ak aka ?

**ANNEXE 2 : test Rorschach**

**Planche I, II, III, IV**

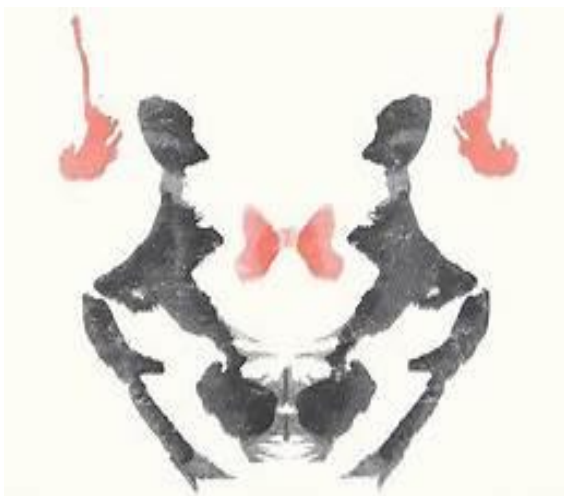


Planche V, VI, VII



Planche VIII, IX, X



## ANNEX 3

### METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE

Evaluation globale du risque psychosomatique

JBS-PSYSOMA-version22.Mai2011

#### THEPSYCHOSOMATICGRID

Elaborée par J.B. STORA de 1993 à 2011<sup>23</sup>

### METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE

Evaluation globale du risque psychosomatique

JBS-PSYSOMA-version22.Mai2011

#### THEPSYCHOSOMATICGRID

Elaborée par J.B. STORA de 1993 à 2011<sup>6</sup>

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

### FICHE PATIENT

Nom: Prénom:

Date de naissance:

Date du début de traitement: examen clinique du :

Date de fin du traitement:

**Histoire de la maladie** : informations recueillies dans le dossier médical, cf Axe5 de la grille.

Prière d'utiliser la classification internationale des maladies.

**Histoire du patient** : grille à remplir après investigation. Axes1, 2, 3 et 4.

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

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

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

Diagnostic, pronostic, stratégie thérapeutique.

---

<sup>6</sup>Une première classification a été élaborée par Pierre Marty(1987); ma méthode, qui n'est pas une classification, prend en considération les premiers travaux de Pierre Marty profondément modifiés par l'approche de la Psychosomatique Intégrative. J'ai repris les concepts de la psychanalyse développés par Sigmund Freud et, après lui, depuis sa mort jusqu'à nos jours auxquels j'ai ajouté toutes mes recherches sur le stress professionnel et les troubles somatiques induits





**Evaluation globale du risque psychosomatique**

**Vous devez comparer le risque psychique (tableau ci-dessous à remplir) et le risque somatique ci-après communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des systèmes que je développe.**

<p align="center"><b>LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE</b></p> <p>les chiffres en face de chaque rubrique de la méthode sont utilisés pour les études épidémiologiques au cas où vous entreprendriez une telle recherche sur un échantillon de patients.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, LES POINTS DE FIXATIONS, LES MANIFESTATIONS CARACTERIELLES ET LES ACTIVITES SUBLIMATOIRES</li> <li>2. LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS</li> <li>3. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS (RUBRIQUE SMODIFIEES)</li> <li>4. RISQUE LIÉ À L'ENVIRONNEMENT</li> </ol>	
<p><b>1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES,</b></p> <p><u>En fonction de vos observations, vous devez arriver à évaluer les processus psychiques du patient ou de la patiente, et noter soit 1, 2, 3 ou 4 en vous référant aux 4 propositions ci-dessous:</u></p> <p><b>Fonctionnement psychique équilibré:</b> Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent – passé, Capacité d'élaboration;</p> <p><b>Fonctionnement psychique momentanément altéré:</b> Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des Possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitation sous répression des représentations</p> <p><b>Fonctionnement psychique profondément altéré:</b> vie et pensée opératoire</p> <p><b>Fonctionnement psychique gravement altéré:</b> Désorganisations progressive-dépression essentielle</p>	<p align="center">NOTE</p> <p align="center">.....</p>

		<b>NOTE</b>
<b>2. PREVALENCE DESCOMPORTEMENTS</b>	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe2C: <b>1. comportement contrôlé et intégré. 2.Faible.3.Moyenne.4.Forte.</b>	.....
		<b>NOTE</b>
<b>3.CAPACITE D'EXPRESSION DESAFFECTS</b>  Cf. explications dans le glossaire	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe3. <b>Large gamme d'expression des affects Répression des affects (trois destins possibles) Prédominance des affects dans la relation intersubjective ou Affects de vitalité: réactivation en miroir de relation intersubjective thérapeute-patient. Le patient réagit en miroir aux manifestations affectives du thérapeute. Affects traumatiques et somatisations Alexithymie.</b>	.....
		<b>NOTE</b>
<b>4.RISQUELIEA L'ENVIRONNEMENT:</b> Nature de l'environnement <b>Environnement familial etenvironnement professionnel.</b> A partir de cette notation apprécier les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique(traumatismes).	A partir des résultats d'observation de l'axe 4.Evaluer les <b>réactions psychosomatiques</b> à partir des informations anamnestiques concernant l'histoire familiale passée et actuelle, de même pour l'environnement professionnel. <b>Plusieurs notations possibles : 1. Niveau très satisfaisant, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d'intensité moyenne, 5. Altération importante, 6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire, 7. incapacité durable de fonctionnement autonome.</b>	.....

<b>EVALUATION DURISQUE PSYCHIQUE</b>								
Processus Psychiques	1	2	3	4				
Comportement	1	2	3	4				
Affect	1	2	3	3	3	3	3	
Environnement	1	2	3	4	5	6	7	
Total	4	8	12	15	16	17	18	

**Evaluation du Risque Psychique Absence de risque stable, débordement passager: 5**

**Risque faible à modéré:5à 10**

**Risque intermédiaire:10à15 –possibilité de réversibilité, réorganisation à partir des points de fixations-régression, surveillance, instabilité.**

**Risque élevé à très élevé: 15 ou plus risque élevé à très élevé (instabilité globale de l'unité psychosomatique à risque de désorganisation)**

**Rappel: Vous devez comparer le risque psychique et le risque somatique ci-dessous communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des 5 systèmes développée en psychosomatique intégrative (J.B.S).**

<b>Evaluation du risque somatique</b>	
5 niveaux : <b>Risque très élevé</b> risque élevé Risque moyen risque faible absence de risque	A partir des résultats d'observation et de diagnostic de l'axe 5 et des pronostics communiqués par les médecins du patient.  <b>Notation:.....</b>
<b>Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique</b>	
<b>Rapprocher le risque psychique du risque somatique pour parvenir à une évaluation globale.</b>	Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible. Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.
<b>DIAGNOSTIC structure fonctionnelle psychosomatique</b>	
<b>Nosographique psychosomatique dynamique –19/11/2008 Jean Benjamin Stora</b> Une fois établi le fonctionnement psychique, et les réactions face à l'environnement, vous pouvez à présent proposer un diagnostic à partir du tableau ci-dessous.....	
<p><b>Le diagnostic psychosomatique est établi à partir des 4 dimensions du fonctionnement psychique et des relations du patient à l'environnement ; il est ainsi possible de proposer une évaluation du risque psychosomatique en y intégrant le risque somatique communiqué par les médecins (cf. ci-dessus). Ces descripteurs vont vous permettre de situer le patient ou le patiente dans les trois catégories ci-dessous:</b>  <b>névroses de transfert, névroses classiques au sens des indications de psychanalyse</b>  <b>névroses actuelles</b>  <b>troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient inorganisation)</b>  <b>Psychoses (Pour les psychoses et troubles de l'humeur, nous conseillons de vous référer au manuel DSMIV).</b>  <b>Les structures fonctionnelles psychosomatiques ci-dessous sont dynamiques et non pas inamovibles.</b></p>	
SF	Classification nosographique
	Diagnostic

	<b>1.Névroses de transfert</b> <b>(psychonévroses de défense, S. Freud) (Névrose bien mentalisée: Certitude)</b>	
--	---	--

110		Névrose obsessionnelle		
120	Symptômes	Phobie		
130		Hystérie		
135	Névrose mentale symptomalogique mentorganisée, au fonctionnement soutenu.	Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue. Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations Obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale Névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément.(P. Marty,1987)		
136	Borderline névrose de transfert/nev. actuelle	Hystérie de conversion		
	2.Névroses actuelles (Echec de la constitution de la névrose infantile)			
	Névrose à mentalisation incertaine : Doute Névrose mal mentalisée : Défauts avérés. La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : Epaisseur de l'ensemble des formations représentatives; fluidité des liaisons entre les représentations; permanence habituelle d fonctionnement.			
140		Hystérie d'angoisse		
141		Névrose d'angoisse		
142		Névrose de caractère		
145		Hypocondrie (différents états)		
146		Névrose traumatique		
147		Névrose relation d'objet allergique		
	3.Troubles narcissiques duSoi, del'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient –inorganisation-névroses non mentalisées))			
170		Névrose de comportement		
171		Hypocondrie archaïque		
172		Troubles du narcissisme		
173		Troubles de l'identité		
174		Troubles addictifs		
175		"Psychose froide" ou non délirante A. E. Kestemberg		
	4.Psychoses délirantes Consulter la méthode de diagnostic DSMIV pour l'ensemble des psychoses et des troubles de l'humeur			
	Schizophrénie et autres troubles psychotiques			
	Troubles de l'humeur			
	Troubles anxieux			
	Troubles dissociatifs			
	Troubles de l'identité sexuelle			
	Troubles des conduites alimentaires			

	Troubles de l'adaptat			dépressive, avec anxiété, ci	
				on des conduites, avec	s
				es émotions et des	
	Troubles de	nalité	Paranoïaque, schizoïde	ociale et,	e,
			borderline histr	narcissique,	e,
			évitante, de	sive, non s	
Consult	uel DSMI				



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

<b>Pour évaluer le fonctionnement psychique du patient ou de la patiente après l'examen clinique, nous devons prendre en considération (ce tableau peut être utilisé comme aide-mémoire) <u>Processus et Mécanismes psychiques</u></b>
<b>l'Axe 1A: La relation d'Objet</b>
<b>Anobjectale, préobjectale, présence introjectée.</b>
<b>Evaluation de la dimension narcissique et constatation de la présence des structures narcissiques (Soi grandiose et Idéal du Moi)</b>
<b>La dimension masochique</b>
<b>L'évaluation de l'épaisseur du préconscient : capacité de l'imaginaire ; Tenter d'apprécier les capacités associatives et la capacité de rêver (nouvelle rubrique 170)</b>
<b>Sur l'Axe 1B, Etats psychiques et évènements de vie personnels</b>
<b>Angoisses</b>
<b>Deuils</b>
<b>Dépressions</b>
<b>Traumatismes</b>
<b>Influence de la culture sur le fonctionnement psychique</b>
<b>Sur l'Axe 1C: <u>Points de fixation régression</u></b>
<b>Fixations somatiques</b>
<b>Fixations psychiques</b>
<b>Axe 1D: Mécanismes de défense du MOI</b>
<b>Sur l'Axe 1E: présence de traits de caractère:</b>
<b>Phobique</b>
<b>Hystérique (archaïque et génitale)</b>
<b>Pervers</b>
<b>A dominante orale</b>
<b>A dominante anale</b>
<b>A dominante phallique</b>
<b>sado-masochiques</b>
<b>Sur l'Axe 1F : Activités sublimatoires: à lister</b>

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

**J.B.Stora, 15 Mars 2010.**



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

N° Item	LISTE DES ITEMS	DEFINITION SET COMMENTAIRES
<p><i>AXE I A : RELATION D'OBJET</i>  <b>Organisation du MOI</b>            Il s'agit ici des premières étapes du processus de maturation psychosexuel : du noyau du Soi jusqu'à l'introduction de l'Objet.            Développement de l'organisation du Préconscient : relation avec la Mère de la grossesse jusqu'à l'âge d'un an, périodes de séparation, mères substitutives, Figure Paternelle, fréquence et âge lors de changements de situation, événements ayant favorisé ou entravé les organisations de la sensori-motricité, du langage, et en général de toutes les liaisons internes et externes.            L'objet est-il introjecté ?            Dimension narcissique du Moi            Dimension masochique du Moi  <b>Organisation du Préconscient (1<sup>ère</sup> topique de S. Freud)</b></p>		
150	An objectal Stade d'indifférenciation	<p>Stade de relation non objectale coïncidant plus ou moins avec celui du narcissisme primaire – <u>stade d'indifférenciation</u> ou <u>stade de non-différenciation</u>, car la perception, l'activité et le fonctionnement sont insuffisamment organisés chez l'enfant, sauf dans une certaine mesure dans les sphères vitales tels le métabolisme, les fonctions alimentaires, circulatoires, respiratoires, etc.            L'individu-enfant se prend lui-même comme Objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs- stade de la toute-puissance des pensées.            Première ébauche du Moi et son investissement par le libido.  <b>«...le Soi constitue la première configuration organisée de l'appareil psychique qui émane de l'unité mère-enfant et lui succède..... avant que ne soit instaurée la distinction entre le sujet et l'objet ».</b> E. Kestenberg, La psychose froide, p.96. Cf. aussi Winnicott.  <b>Stade de Prédominance de traits narcissiques. De Prédominance de fusion.</b></p>
151	Pré-objectal	<p>M. Klein: position schizo-paranoïde dans la relation à l'objet (bon et mauvais, aimé et haï).            Rapprocher de R. Spitz à l'âge de trois mois  <b>Prédominance de traits de la pré-généralité.</b></p>
152	Objectal	<p>Intégration de la position dépressive du 9<sup>o</sup> mois ;  <b>mise en place de l'objet.</b>  <b>Prédominance du comportement oedipien général</b></p>
153 a	Narcissisme primaire	
153 b	Narcissisme de mort	
154	Narcissisme secondaire	
154 a	Narcissisme de vie	

155	Soigrandiose	Ref.Kohut«LeSoi»;pourleSoiconsultermanotepédagogique.
-----	--------------	---

156	Idéal du Moi	Imagoparentale idéalisée (Kohut)
157	Moi-Idéal	Cf. Pierre Marty glossaire
158	Apparencemasochique	Du type névrose de destinée avec absence d'intégration de satisfactions passives. <b>Etats de souffrance sans objet</b> , sans désirs etsansmodificationà l'occasion delamaladiequine devient pas objet d'investissement
159	Masochismemortifère	Désinvestissement de l'objet et pour le monde objectal suite à l'affaiblissement de la libido objectale (cf. Benno Rosenberg) lemasochismemortifère implique un processus sous-jacent de désintronisation pulsionnelle.
160	Masochisme de vie	
161	<b>Lacunes del'organisation du Préconscient</b>	Les lacunes fondamentales sont les insuffisances quantitatives et qualitatives des représentations psychiques ainsi que les insuffisances de connotations affectives de ces représentations. Ces insuffisances tiennent soit aux déficiences congénitales ou accidentelles des fonctions sensori-motrices de l'enfant ou de sa mère, soit aux excès ou carences des accompagnements affectifs de la mère. Nous devons ici apprécier l'épaisseur du préconscient, la fluidité des représentations et la disponibilité dans le temps des représentations mentales.
170	<b>Activités oniriques</b>	Lors de l'examen clinique des patients, il est important de poser des questions sur leur vie onirique ; la capacité de rêver va nous informer sur le fonctionnement psychique de l'inconscient et de ses différents mécanismes pour élaborer le quantum d'excitations quotidiens. Cette analyse va nous permettre aussi de compléter la rubrique précédente puisque, grâce aux rêves, nous aurons accès à l'imaginaire et aux différents fonctionnements intrapsychiques. On pourra ainsi mieux cerner ce que Pierre Marty appelle l'épaisseur du préconscient. <b>travail du rêve fondamental pour évaluer le fonctionnement du Préconscient.</b>
<b>AXE I B: ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS</b>		
<i>observés lors de l'anamnèse : Etats psychiques du Moi et conséquences sur son organisation</i>		
Approche psycho-dynamique: conflits du Moi/ça, surmoi, monde extérieur		
200	Angoisses diffuses	Angoisses automatiques des épisodes de détresse
201	Angoisses objectales	Signaux d'alarme accompagnés de liaisons représentatives
202	Deuil période pré-Pubertaire	Deuil de personne ou pertes d'objets significatifs prépubertaires non élaborés
203	<b>Deuil récents</b>	Deuil ou pertes d'objets significatifs récents non élaborés
204	Dépressions	Aiguës ou subaiguës fréquentes sans de la psychanalyse
205	Dépression de l'adolescence	
206	Dépression latente	
207	Post-partum blues	
208	Dépression essentielle	DPE précédant la somatisation, DPE fréquentes se référer à l'histoire du patient et à l'histoire de la maladie. <b>Selon les hypothèses, tenter d'établir les dates.</b>
209	Trauma permanent	Pesée traumatique permanente

210	Traumatisme	Notion de traumatismes, d'une situation familiale, ou d'une activité parentale ayant pu gêner l'évolution classique de la sexualité
211	Traumatisme de la naissance	

212	<b>Névrose traumatique</b>	Incapacité pour la psyché de lier un événement traumatique ; sidération de l'appareil mental; absence de figurabilité; rupture affect et représentation ; à relier aussi au PTSD, post- traumatic stress disorder (importance du facteur quantitatif économique dans l'occurrence de l'événement).
213	<b>Traumatisme professionnel</b>	Licenciement, harcèlement, violence au travail, etc.
215	Pensée magique	Utilisation importante de la pensée magique ou tradition culturelle Ou religieuse pesant sur le fonctionnement psychosomatique
216	Coexistence de plusieurs modes de pensée dans le MOI, en conséquence des différences culturelles.	Mode de pensée différent de la pensée occidentale ; préconscient composé de représentations culturelles influençant émotions, comportements et pensées ; référence à la première génération d'émigrés ou à la deuxième génération chez qui les deux ou «n» cultures coexistent.
217	Irrégularités du fonctionnement mental	
218	Vie et pensée opératoires	La vie opératoire tient compte de la réduction de la pensée face à l'importance des comportements. Les quelques représentations qui paraissent exister sont comme les rêves pauvres, répétitives, marquées du saut de l'actuel et du factuel. (cf. glossaire en fin de document).
219	<b>Désintrinsication pulsionnelle</b>	<b>Noter le niveau d'organisation auquel la désintrinsication a eu lieu selon vos hypothèses.</b>
220	Désorganisation progressive	<b>Noter la ou les dates des évènements ainsi que l'hypothèse du Fonctionnement psychique.</b>
<b>AXE I C: POINTS DE FIXATIONS RÉGRESSIONS<sup>24</sup></b> <b>Stades de maturation psychosexuelle du Moi et organisations psychosomatiques (hyp. J.B.S, cf. ouvrage de « Neuropsychoanalyse » coll. QSJ, PUF, 2006)</b>		
.		
300	<b>Fixation somatique prénatale</b>	Fixations à l'économie néo-natale, hypothèse de fixation à envisager dans le cas d'asthme, de syndrome métabolique, de cas d'anorexie, etc.
301	<b>Fixations premières</b>	Symptômes troubles fonction respiratoire, peau, système immunitaire. Cf. relation d'objet allergique de Pierre Marty.
302	<b>Fonction cardiaque</b>	Troubles
303	<b>F. alimentaire</b>	Estomac, foie, pancréas, troubles du comportement alimentaire
304	<b>F. excrétoire</b>	Rein, colon, contrôle sphinctérien
305	<b>F. motrice</b>	Musculo-squelettique, articulations,
306	<b>Métabolisme</b>	Troubles du métabolisme / endocrinologie
307	<b>SNC</b>	
308	<b>Axe endogène opioïde</b>	
309	<b>Axe hypothalamique-hormonal</b>	<b>Envisager toutes les dimensions de l'axe hypothalamique</b>

<sup>24</sup> Points de fixations-régression et Stades de développement de la sexualité. Forte adhésion de la pulsion à des objets ou à des voies de satisfaction liées à des phases antérieures du développement.

L'existence de points de fixation conduit à la voie de la régression. La fixation désigne l'immobilisation de motions pulsionnelles à un stade infantile du développement: fixations prégénitales.

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

310	<b>SN Sympathique</b>	
311	<b>SN Parasympathique</b>	
350	<b>1<sup>er</sup> Organisateurpsy.</b>	Organisation cénesthésique, relation pré-objectale, processus primaire(Cf.René Spitz).
351	<b>2<sup>ème</sup> Organisateurpsy.</b>	Mise en place au 8 <sup>o</sup> mois ; établissement de l'objet ; organisation diacritique; processus secondaires ;passage de la passivité à l'activité.
352	<b>3<sup>ème</sup>organisateurpsy.</b>	Mise en place du mécanisme et de la fonction d'identification ; acquisition du signe de la Négation (Freud, 1925) ; pulsion agressive, motricité et emprise.
353	<b>Position autistique</b>	Syndrome symbiotique
354	<b>Position schizo-paranoïde</b>	(cf. Mélanie Klein)
355	<b>Position dépressive</b>	(cf. Mélanie Klein)
356	<b>Fixation passive orale</b>	
357	<b>Fixation sadique orale</b>	
358	<b>Fixation anale1<sup>er</sup> temps</b>	
359	Fixation sadique anale2 <sup>ème</sup> temps	<b>Donne accès à l'organisation œdipienne. La seconde phase du stade anal signe la maturation de la première organisation topique et donc la voie d'accès à l'Œdipe. Par ailleurs la liaison des représentations de mots et des représentations de choses constitue une des formes essentielles de la maîtrise, d'où son importance dans le développement mental (Cf.P.Marty p.91et 92«Les mouvements individuels de vie et de mort ».</b>
360	<b>Fixation phallique</b>	
361	<b>Fixation homosexuelle</b>	
362	<b>Fixation génitale</b>	
	AXE I D MECANISMES DE DEFENSE DU «MOI»	
380	<b>Déni de la réalité psychique</b>	Nous devons parler de pluralité de dénis de la réalité ; pour Freud dans une première définition il s'agit d'un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est évoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses. Il s'agit en vérité d'un mécanisme de défense à l'égard de la réalité extérieure. La notion de clivage du moi vient éclairer celle du déni. Dans «L'homme aux loups» Freud développe le concept de clivage de la personnalité en divers courants indépendants. On peut dire que le déni de castration est le prototype des autres dénis de réalité. Le clivage du moi est à distinguer du processus de refoulement car il s'agit de la coexistence de deux types de défense du moi et non pas d'un conflit entre le moi et le ça ; une des défenses du moi porte sur la réalité extérieure, il s'agit d'un déni d'une perception.
381	<b>Clivage du Moi</b>	

382	<b>Clivage de l'Objet</b>	<p>Des 1946 Mélanie Klein décrits un mécanisme de défense très archaïque utilisé dans la position schizo paranoïde. Un tel mécanisme se retrouve au cours de l'enfance, à l'âge adulte dans les pathologies psychotiques ou les états limites et dans les troubles psychosomatiques. Dans la position schizo-paranoïde le clivage porte sur un objet partiel alors que dans la position dépressive ce même mécanisme pour apporter sur un objet total. Un des premiers objets</p> <p>Partiels que rencontre le nourrisson est le sein maternel, un clivage</p>
-----	---------------------------	--



		<p>peut alors s'opérer : le sein en tant que source de satisfaction est un bon objet alors qu'en tant que source de frustrations, il est un mauvais objet. Cela va donner lieu à toute une série de processus projectifs et introjectifs qui vont permettre à l'enfant de s'approprier le monde et plus tard de le penser. Le bon objet sera gardé à l'intérieur, le mauvais est expulsé à l'extérieur, le clivage va permettre l'organisation de l'univers sensoriel et émotionnel du jeune enfant. Pour Mélanie Klein, le clivage va servir de base au refoulement, un clivage initial excessif risque de rendre difficile toute communication entre l'inconscient et le conscient, et donc de déboucher sur un mécanisme de refoulement ultérieur d'une rigidité névrotique. Un clivage excessif peut amener une désintégration du moi, le clivage est aussi à la base de mécanismes tels que l'idéalisation ou l'angoisse de persécution. Pour Mélanie Klein le clivage de l'objet ne peut avoir lieu sans qu'un clivage du moi ne l'accompagne ; le moi pourrait être effrayé par son agressivité (au sens d'angoisse à l'égard de l'objet) et par conséquent va maintenir séparées les parties de lui-même considérées comme bonnes de celles considérées comme mauvaises. La partie mauvaise fait généralement l'objet d'une projection ce qui permettra au moi d'éviter de connaître son agressivité ou son angoisse. Ce n'est que lorsque le moi devient plus fort c'est-à-dire capable de supporter ses émotions négatives, qu'il pourra les reconnaître comme faisant partie de lui-même diminuant ainsi progressivement le recours à la projection et pouvant accéder à une meilleure intégration et différenciation entre lui et l'objet. Une telle évolution mène le moi à la position dépressive.</p>
383	<b>Identification projective</b>	<p>Terme introduit par Mélanie Klein en 1932, il s'agit de décrire les fantasmes d'attaque contre l'intérieur du corps maternel. L'identification projective est une modalité de la projection, c'est-à-dire rejet à l'extérieur de ce que le sujet refuse en lui, projection du mauvais. Ce mécanisme en relation étroite avec la position schizo-paranoïde consiste en une projection fantasmatique à l'intérieur du corps maternel de parties clivées de la propre personne du sujet, de façon à contrôler la mère de l'intérieur. Ce fantasme est la source d'angoisses comme celle d'être emprisonné et persécuté à l'intérieur du corps de la mère. Un autre danger pour le moi est de se trouver affaibli dans la mesure où il risque de perdre dans l'identification projective de bonnes parties de lui-même. En résumé il s'agit d'un mécanisme se traduisant par des fantasmes où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet et pour lui nuire, le posséder et le contrôler.</p>
384	<b>Refoulement</b>	<p>Il s'agit d'un processus psychique qui peut être considéré comme un processus universel, en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme. C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion. Cf. les travaux de Sigmund Freud.</p>

385	<b>Formation réactionnelle</b>	Il s'agit d'une défense directement en opposition avec la réalisation du désir ; c'est une attitude de sens opposé aux désirs refoulés et constitués en réaction contre celui-ci par exemple la pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes. À propos de la névrose obsessionnelle Sigmund Freud dégage un mécanisme psychique
-----	--------------------------------	---

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

392	<b>Négation par le fantasme</b>	Die Verneinung, Freud 1925 donne une explication métapsychologique précise : La dénégarion est un moyen de prendre connaissance du refoulé; Ce qui est supprimé, c'est seulement une des conséquences du processus du refoulement, à savoir que le contenu représentatif ne
-----	---------------------------------	---

		parvient pas à la conscience. Il en résulte une sorte d'admission intellectuelle du refoulé tandis que persiste l'essentiel du refoulement ; 3. Au moyen du symbole de la dénégation, la pensée se libère des limitations du refoulement ». Il s'agit donc d'un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent.
393	<b>Idéalisation</b>	« ... L'idéalisation est un processus qui concerne l'objet et par lequel <b>celui-ci est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changée</b> . L'idéalisation est possible aussi bien dans le domaine de la libido du moi que dans celui de la libido d'objet ». (Freud, pour introduire le narcissisme). L'idéalisation notamment celle des parents fait nécessairement partie de la constitution au sein du sujet des instances idéales : moi idéal, idéal du moi. Il peut s'agir de l'idéalisation d'un objet aimé : « nous voyons que l'objet est traité comme le moi propre et que donc dans la passion amoureuse une quantité importante de libido narcissique déborde sur l'objet » (Freud, psychologie des foules et analyse du moi).
394	<b>Identification à l'agresseur</b>	ce mécanisme a été décrit par Anna Freud en 1936 ; le sujet, confronté à un danger extérieur représenté par une critique émanant d'une autorité, s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. Anna Freud voit à l'œuvre l'identification à l'agresseur dans des situations variées : agressions physiques, critique, etc. le comportement observé est le résultat d'un renversement de rôles- l'agressé se fait agresseur. Ce mécanisme joue un rôle important dans la constitution du surmoi. Pour René Spitz, ce mécanisme est prépondérant dans l'acquisition du « non », verbal et gestuel, vers le 15e mois.
395	Intellectualisation défensive	<b>Ce mécanisme permet de maîtriser les émotions ou les conflits psychiques par une mise à distance en adoptant une formulation rationnelle, abstraite et détachée de la manifestation pulsionnelle. Il s'agit de la neutralisation des affects. (cf. Anna Freud (1946), Les Mécanismes de la défense, Paris, PUF 1967).</b>
<i>AXE I E: Traits de caractère</i>		
400	Phobique	D'ambiance ou d'envahissement
401	Phobique d'objet	Liaisons représentatives
402	Hystérie archaïque	Conflits de nature psychotique plutôt que névrotique enfouis ; par exemple, aimer est l'équivalent de dévorer ou d'être dévoré. L'exploration analytique de ces fantasmes érotiques primitifs dans la relation transférentielle provoque la disparition des symptômes psychosomatiques ainsi que l'atténuation des inhibitions intellectuelles. Il s'agit ici de manifestations de la sexualité archaïque et du rôle qu'elle joue dans les diverses manifestations de somatisation (Joyce McDougall).

403	<b>Hystérie génitale</b>	De nature œdipienne (séduction)
404	<b>Traits pervers</b>	
405	<b>Oral</b>	Traits de caractère égoïste à type captatif; recherche de l'affection d'un être élu selon le mode de la relation objectale orale ; que le sujet soit homme ou femme, son objet d'amour devra jouer le rôle de mère

		nourricière. Dans le cas de régression, apparition possible de crises de boulimie pour remplacer l'acte sexuel génital et d'anorexie mentale symbolisant le refus de la sexualité génitale.
406	<b>Anal et Obsessionnel</b>	Rétention et contrôle-maîtrise : ne pas oublier que l'organisation anale fait défaut aux névrosés mal mentalisés selon la définition nosographique de Pierre Marty. Les représentations sont absentes ou rares, superficielles, peu associatives, caractéristiques à rapprocher des névroses de comportement.
407	<b>Phallique-narcissique</b>	
408	<b>Psychotiques</b>	Tableau symptomatique
409	<b>Sado-masochiques</b>	Relations érotisées physiques comme morales
<b>AXE1F: ACTIVITES SUBLIMATOIRES</b>		
Nature des investissements surinvestissements, activités diverses: activités sociales, etc. sublimations, etc.		
490	Activités artistiques	
491	Activités sociales	
492	Activités spirituelles	
493	Activités sportives	
494	Activités culturelles	
<b>AXE2: COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION</b>		
450	<b>Hypertonie musculaire</b>	Débordement de l'appareil mental par les émotions
451	<b>Posture</b>	Tonicité de la posture, elle rend compte d'emblée de la tension Interne du sujet
452	<b>Hypertonie musculaire et agressivité</b>	(Pierre Marty) à la mesure des conflits habituels réactivés lors de la consultation et non encore exprimés (agressivité directement musculaire de type primaire court-circuitant l'élaboration mentale, l'hypertonie musculaire va souvent de pair avec une anxiété diffuse qui reconnaîtra plus tard son objet. Elle s'accompagne de tremblements de mains surtout, et s'oppose à une aisance relationnelle.
453	<b>Manifestations vago-sympathiques</b>	Ces manifestations témoignent du surplus d'excitations; Rires, pleurs, ou mimique de fantasme révélant la tentative d'une élaboration mentale.
454	<b>Comportements de déni de réalité</b>	Mode de défens reflété dans le comportement des patients qui refusent de reconnaître la réalité d'une perception traumatique, par exemple diabète à un âge précoce, etc.

455	<b>Hypocondrie1 (archaïque)</b>	Etat hypocondriaque où la relation transférentielle est impossible; court-circuit du travail psychique avec engagement dans une somatisation. Evolution possible vers un délire paranoïaque, une Mélancolie ou une affection somatique grave.
456	<b>Hypocondrie2</b>	Transformation en un processus névrotique où sexualité infantile, culpabilité œdipienne, angoisse de castration reprennent leur place.
457	<b>Sado-masochique</b>	Décharge dans les comportements
458	<b>Acting out</b>	Passages fréquents aux comportements
459	<b>Sommeil</b>	Cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme, etc.
460	<b>Épuisement libidinal</b>	Conduites d'épuisement
461	<b>Dépersonnalisation</b>	Manifestations de dépersonnalisation
462	<b>Homosexualité latente</b>	
463	<b>Homosexualité</b>	Pratique sexuelle
464	<b>Sexualité génitale</b>	Ejaculation précoce, impuissance, troubles de l'érection, frigidité, etc.
465	<b>Addictions</b>	Alcool, cigarettes, autres substances, web-addicts, video-addicts, etc.

		nourricière. Dans le cas de régression, apparition possible de crises de boulimie pour remplacer l'acte sexuel génital et d'anorexie mentale symbolisant le refus de la sexualité génitale.
406	<b>Anal et Obsessionnel</b>	Rétention et contrôle-maîtrise :ne pas oublier que l'organisation anale fait défaut aux névrosés mal mentalisés selon la définition nosographique de Pierre Marty. Les représentations sont absentes ou rares, superficielles, peu associatives, caractéristiques à rapprocher des névroses de comportement.
407	<b>Phallique-narcissique</b>	
408	<b>Psychotiques</b>	Tableau symptomatique
409	<b>Sado-masochiques</b>	Relations érotisées physiques comme morales
<b>AXE1F: ACTIVITES SUBLIMATOIRES</b>		
Nature des investissements surinvestissements, activités diverses: activités sociales, etc. sublimations, etc.		
490	Activités artistiques	
491	Activités sociales	
492	Activités spirituelles	
493	Activités sportives	
494	Activités culturelles	
<b>AXE2: COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION</b>		
450	<b>Hypertonie musculaire</b>	Débordement de l'appareil mental par les émotions
451	<b>Posture</b>	Tonicité de la posture, elle rend compte d'emblée de la tension interne du sujet
452	<b>Hypertonie musculaire et agressivité</b>	(Pierre Marty) à la mesure des conflits habituels réactivés lors de la consultation et non encore exprimés (agressivité directement musculaire de type primaire court-circuitant l'élaboration mentale, l'hypertonie musculaire va souvent de pair avec une anxiété diffuse qui reconnaîtra plus tard son objet. Elle s'accompagne de tremblements de mains surtout, et s'oppose à une aisance relationnelle.

453	<b>Manifestations vago-sympathiques</b>	Ces manifestations témoignent du surplus d'excitations; Rires, pleurs, ou mimique de fantasme révélant la tentative d'une élaboration mentale.
454	<b>Comportements de déni de réalité</b>	Mode de défens reflété dans le comportement des patients qui refusent de reconnaître la réalité d'une perception traumatique, par exemple diabète à un âge précoce, etc.
455	<b>Hypocondrie1 (archaïque)</b>	Etat hypocondriaque où la relation transférentielle est impossible; court-circuit du travail psychique avec engagement dans une somatisation. Evolution possible vers un délire paranoïaque, une Mélancolie ou une affection somatique grave.
456	<b>Hypocondrie2</b>	Transformation en un processus névrotique où sexualité infantile, culpabilité œdipienne, angoisse de castration reprennent leur place.
457	<b>Sado-masochique</b>	Décharge dans les comportements
458	<b>Acting out</b>	Passages fréquents aux comportements
459	<b>Sommeil</b>	Cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme, etc.
460	<b>Épuisement libidinal</b>	Conduites d'épuisement
461	<b>Dépersonnalisation</b>	Manifestations de dépersonnalisation
462	<b>Homosexualité latente</b>	
463	<b>Homosexualité</b>	Pratique sexuelle
464	<b>Sexualité génitale</b>	Ejaculation précoce, impuissance, troubles de l'érection, frigidité, etc.
465	<b>Addictions</b>	Alcool, cigarettes, autres substances, web-addicts, video-addicts, etc.



466	<b>Conversions fréquentes</b>	Hystériques, ou apparentements hystériques (cf. Pierre Marty).
467	<b>Identité</b>	Problèmes fondamentaux trans-générationnels, culturels, et avatars Du développement de la personnalité.
468	<b>Economie relationnelle précoce</b>	Changement notable de l'économie relationnelle dans les deux Premières années de vie
469	<b>Economie relationnelle pré pubertaire</b>	Changements notables
469a	<b>Economie relationnelle âge adulte</b>	Exemple: changement suite à départ à la retraite
470	<b>Répétitions somatiques</b>	Rafales de maladies, cf. histoire de la maladie
471	<b>Perversions organisées</b>	Manifestations comportementales
472	Poly opérés	Antérieurement à la désorganisation ou à la maladie actuelle
473	Suicide	Tentatives antérieures à la désorganisation ou à la maladie actuelle
474	<b>Suicide</b>	Tentative récente
475	Tonus libidinal	Evaluer les fluctuations et les baisses du tonus libidinal en rapport Avec la maladie, le vieillissement, etc. quelle que soit la limitation des investissements
476	Psychothérapies	Suivi de psychothérapie par le patient : date, durée, raison de l'indication rapportée par le patient

### AXE3:EXPRESSION DES AFFECTS

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

#### **Cf. Glossaire, rubrique Affects**

«Chaque événement, chaque impression psychique est pourvu d'un certain quota d'affect dont le Moi se débarrasse ou par le moyen d'une réaction motrice ou par une activité psychique associative » Freud, 1893. Dans la théorie de Freud, l'affect est une des deux composantes de la Pulsion, l'autre étant la représentation.

500	<b>Expression émotionnelle (large gamme des...)</b>	Expression des émotions sans répression, manifestation spontanée et authentique-large gamme d'expression richesse émotionnelle
501	<b>Conversion somatique Des affects</b>	Hystérie de conversion l'affect transformé en innervation somatique, et la représentation est refoulée ;
502	<b>Déplacement</b>	Déplacement de l'affect sur une autre représentation dans la névrose obsessionnelle.
503	<b>Transformation</b>	Transformation de l'affect: névrose d'angoisse, mélancolie,

504	<b>Alexithymie</b>	Sifnéos fait une nette différence entre émotion et sentiment ;l'émotion est exprimée par des moyens comportementaux et Médiatisée par le système limbique, dimension biologique de l'affect. Les sentiments sont l'aspect psychologique de l'affect, ce sont les pensées et les fantaisies subjectives qui sont associées à l'affect.
-----	--------------------	--

		L'activité néocorticale est nécessaire pour qu'il existe des sentiments. Quatre éléments définissent l'alexithymie : 1. incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments, 2. limitation de la vie imaginaire, 3. tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits, 4. description détaillée des faits, des événements, des Symptômes physiques.
510	Affect de vitalité ou affects en miroir dans la relation mère-enfant. Ces affects indiquent que les affects ne sont pas encore reliés à des représentations mentales.	Selon l'approche de D. Stern, plaisir et déplaisir ne sont plus rattachables à la tension et à la décharge, mais plutôt aux conditions rythmiques de celle-ci et aux variations d'intensité de chacun de ces processus. « J'appelle affect de vitalité, dit Stern, la qualité de ce qui est ressenti lors de toutes ces sortes de changements »... « la danse moderne et la musique sont des exemples par excellence de l'expressivité des affects de vitalité ». Pour Stern, l'affect fait partie de la représentation, et il a par lui-même une fonction de représentation, ce qui rejoint les travaux d'André Green sur la <u>représentance</u> de l'affect.
511	Fatigue	
512	Douleur	
<b>AXE 4: ENVIRONNEMENT PERSONNEL, FAMILIAL, ET SOCIO-PROFESSIONNEL.</b> <b>Le Moi et le Monde extérieur</b>		
Données de l'environnement familial et socioprofessionnel ; données symptomatiques immédiates, données anamnestiques récentes, données concernant le fonctionnement mental d'adaptation(coping);étatdelafamilleancienetactuel,scolarité,évolutionprofessionnelle,évolutiondela sexualité, intérêts divers, etc.		
600	<b>Env. familial stable</b>	Durée des périodes de stabilité
601	<b>Env. familial perturbé</b>	Au cours de l'enfance, de l'adolescence, à l'âge adulte ; rupture d'équilibre au sein de la famille.
602	<b>Env. socioprofessionnel stable</b>	Durée des périodes de stabilité
603	<b>Env. Socioprofessionnel instable</b>	Conflits, harcèlement professionnel, etc..
<b>603 a</b>	<b>Nature de l'environnement Perturbation temporaire</b>	<b>Identifier ici la source de la perturbation: familial, socioprofessionnelle, environnemental, sociétal, etc.</b>
<b>603 b</b>	Perturbation durable ou permanente	
604	<b>Rupture avec famille</b>	Séparation, divorce, déménagement,
605	<b>Rupture avec travail</b>	Licenciement, recherche d'emploi, etc.
607	<b>Autre</b>	Adaptation à un nouvel environnement professionnel Déroulement de la carrière : différentes étapes, début, milieu, et fin de carrière; départ à la retraite
608	<b>Conversion récente</b>	Hystérique ou non
609	<b>Désintrication et intrication des pulsions</b>	Reprise intrication pulsionnelle à apprécier
610	<b>Affects</b>	Changements significatifs de l'expression des affects

611	<b>Médico-légal</b>	Problème récent pesant sur le fonctionnement psychosomatique
612	<b>Psychothérapie</b>	Parent d'un enfant traité en psychothérapie concomitante
613	<b>Sexuelles</b>	Difficultés sexuelles récentes: impuissance et frigidité
615	<b>Toxicomanie récente</b>	Iatrogéniques incluses

616	<b>Atteints aux activités corporelles</b>	Limitations récentes accidentelles ou non des activités corporelles
617	<b>Economie relationnelle I</b>	Changement notable
618	<b>Economie relationnelle II</b>	Changement de moins d'un an
619	<b>Plaisir sexuel</b>	Frustration de plaisir sexuel(type névrose actuelle)
620	<b>Hypocondrie</b>	Réorganisation relative au moins provisoire –sur un mode hypocondriaque
621	<b>Bénéfices secondaires</b>	A la maladie actuelle
622	<b>Autre</b>	<b>Déplacement et remplacement par un symptôme somatique</b>

**AXE5: EVALUATION DE L'ETAT SOMATIQUE –CODE CIM-9-MC**

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

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

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

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

700	Maladies du système nerveux	
701	Maladies de l'appareil circulatoire	
702	Maladies de l'appareil respiratoire	
703	Néoplasmes	
704	Maladies endocriniennes	
705	Maladies de la nutrition	
708	Maladies métaboliques	
709	Maladies des organes génito-urinaires	
710	Maladies du sang et des organes hématopoiétiques	
711	Maladies de l'œil	
712	Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge	
713	Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif	
714	Maladies de la peau	
715	Anomalies congénitales, malformations et aberrations chromosomiques	
716	Maladies de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	
717	Infections par le virus de l'immunodéficience humaine	
718	Maladies infectieuses	
719	Surdosages	
720	Troubles induits par un médicament(codes additionnels)	

