

UNIVERSITE ABEDERRAHANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DE L'HORTHOPHONIE



Mémoire de fin de cycle

Pour l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique

Option : psychologie clinique

Thème

**La qualité du fonctionnement psychosomatique chez la
personne atteinte du diabète Type1: Etude à la lumière
de l'approche psychosomatique intégrative de Jean
Benjamin Stora**

Présenté par :

MECHOUAT Zakia

LARBI Lynda

Encadré par :

Pr. IKARDOUCHENE Zahia

2022/2023

Remerciements

On remercie dieu le tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire.

*Nous tenons à remercier Mme la professeure **IKARDOUCHENE BALI Zahia** pour la qualité de son encadrement exceptionnel, et sa disponibilité durant notre préparation de ce mémoire.*

*Nous remercions également tout le personnel de l'EPH de Sidi Aich, et surtout la psychologue madame **DEBBOU** pour ces précieux conseils et son aide.*

Nous tenons également à exprimer nos remerciements aux membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Nos remerciements vont aussi, aux cas pour avoir accepté de coopérer avec nous, sans cette coopération, ce travail serait impossible.

Nos remerciements vont à toutes les personnes qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre à ce que ce modeste travail pour qu'il puisse aboutir et surtout à tous ceux qui nous ont soutenus de près ou de loin pendant tout notre cursus étudiantin.

Dédicaces

A l'homme de ma vie, mon exemple éternel, mon soutien moral et source de joie et de bonheur, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir, que dieu te garde dans son vaste paradis, à toi mon père.

A la lumière de mes jours, la source de mes efforts, la flamme de mon cœur, ma vie et mon bonheur ; maman que j'adore.

*Aux personnes dont j'ai bien aimé la présence dans ce jour, à mes sœurs et mes frères « **Kahina, Samira, Nabila, Farida, Samir, Mourad** », Mes chères nièces et mes neveux « **Amina, Sidra, Asma, Ahlam, Maria, Nihad, Amine, Smail, Mohaned, Idris**. Je dédie ce travail dont le grand mérite leurs revient en premier lieu pour leurs encouragements permanents, aides, et leurs soutien moral.*

*Aux personnes qui m'ont toujours aidé et encouragé, qui étaient toujours à mes côtés, et qui m'ont accompagné durant mon chemin d'études supérieurs, mes aimables amis, camarades d'études, et frères de cœur, toi **Nina, Sarah, Thairi, Yasmina***

*A mon binôme **Zakia**, merci pour la collaboration agréable pendant toute cette année.*

Que dieu vous accorde Tous la réussite dans vos vies selon ses desseins, Qu'il vous accorde, tous, le bonheur

Que votre soleil éclaircisse toujours et vous fera briller d'amour au quotidien.

Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour ce projet, je vous souhaite le meilleur et vous dis merci.

Lynda

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à mes chers parents, aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour avec lequel ils ne cessent de me combler. Que dieu leur procure bonne santé et longue vie

Ma mère, qui a œuvré pour ma réussite, de par son amour, son soutien, tous les sacrifices approuvés et ses précieux conseils, et sa présence dans ma vie.

Mon père, qui peut être fier et trouver ici le résultat de longues années de sacrifices et de privations pour m'aider à avancer dans la vie

*A mes chères sœurs et mes frères « **Fatima, Sonia, Lydia, Mohaned et Zahir** » pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral.*

A mes chères nièces et mes neveux.

*A celui que j'aime beaucoup et qui m'a soutenue tout au long de ce projet : mon fiancé **Rahim***

*Aux personnes qui m'ont toujours aidé et encouragé, qui étaient toujours à mes côtés, et qui m'a soutenue tout a long de mon parcours universitaire, a tous mes aimables amis, collègues d'étude, et frères de cœur, toi **Yassmina, Thairi, Warda, Lynda, Hanane.***

*A mon binôme **Lynda**, merci pour la collaboration productive pendant toute cette année.*

Que dieu vous accorde, tous, la réussite dans vos vies, qu'il vous accorde tout le bonheur du monde.

Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour ce projet

Zakia

Liste des tableaux

N	Tableau	Page
Tableau n°1	Récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude	41
Tableau n°2	Guide d'entretien	44
Tableau n°3	Récapitulatif d'ordre de présentation des planches en fonction de sexe et de l'âge du sujet	52
Tableau n°4	Synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques de Houria avec commentaires	67
Tableau n°5	Résumé des procédés du cas Houria	90
Tableau n°6	Synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques d'Idir avec commentaires	94
Tableau n°7	Résumé des procédés du cas Idir	111

Table des matières

Table de matière

Remerciements

Dédicaces

Liste des tableaux

Introduction générale.....1

Partie théorique

Chapitre I

Problématique et hypothèses

Présentation de l'étude

1	Problématique et hypothèses :.....	5
2	Questions de l'étude:.....	12
3	Hypothèses de l'étude :.....	13
4	Les objectifs de l'étude:.....	13
5	L'importance de l'étude :.....	14
6	Définitions opérationnelles:.....	14
6.1	Fonctionnement psychosomatique :.....	14
6.2	Le diabète de type1:.....	15
7	Les études précédentes:.....	15
7.1	Commentaire sur les études précédentes :.....	18
8	Les limites de l'étude :.....	18

Chapitre II

Psychosomatique intégrative et fonctionnement psychosomatique

Préambule

1	Histoire du la psychosomatique :.....	19
2	Définition de la psychosomatique :.....	20
3	L'approche psychosomatique intégrative :.....	21
4	Le fonctionnement psychosomatique :.....	22
4.1	Neurosciences et processus intégratif de la subjectivité humaine :.....	24
4.2	Modèles d'interaction entre les systèmes psychosociaux, neurologique et immunitaires : ...	26

Synthèse :

Chapitre III

Le diabète, point du vue médicale et psychologique

I- Aspect médicale :

Préambule

1	Définition du diabète :	31
2	Histoire du diabète :	31
3	Les types du diabète :	32
3.1	Le diabète type1 (insulinodépendant)	32
3.2	Le diabète type2 (non insulinodépendant)	32
4	Les causes :	32
4.1	Les cause de diabète de type 1 :.....	32
1.1.1.	Le facteur d'hérédité : 1.....	33
1.1.2.	Les facteurs nutritionnels :	33
4.2	Les causes de diabète type 2 :.....	33
5	Les symptômes d'un diabétique :	34
5.1	Signe clinique :.....	34
5.2	Signe biologique :.....	34
5.3	Insuline :	35
6	Les complications d'un diabétique :	35
7	Traitement du diabète :	35
8	Prévention du diabète sucre:	36
8.1	Dans le diabète type 1 :	36
8.2	Dans le diabète de type 2 :.....	36

II- Aspect psychologique :

1	Aspect de la personnalité :	37
2	Détresse émotionnelle :	38
3	L'aspect sexuel :	38
4	L'aspect cognitif :	39
5	Les conséquences psychologies du diabète :	39
6	Le vécu de la malade :	39

Synthèse :

Partie pratique

Chapitre IV

Procédure méthodologique de l'étude

Préambule

1	Méthodologie et sa définition :	41
1.1	Définition de la méthode clinique :.....	41
1.2	Caractéristiques du groupe d'étude :.....	43
2	Le cadre temporel et spatial de la recherche :	43
2.1	Temps de la recherche :.....	43
2.1.1.	La pré-enquête	43
2.1.2.	L'enquête :.....	43
3	Le cadre spatial de la recherche :	44
4	Les techniques utilisées dans la recherche :	44
4.1	L'entretien clinique semi-directif :.....	44
4.1.1	L'attitude du clinicien :.....	45
4.1.2	Guide de l'entretien :.....	46
4.1.3	Présentation des axes du guide d'entretien :.....	46
4.2	Le TAT :.....	52
4.2.1	Histoire :.....	52
4.2.2	La situation du test T.A.T :.....	53
4.2.3	Le matériel :.....	54
4.2.4	La consigne :.....	55
4.2.5	Le temps :.....	55
5	Présentation du groupe de recherche :	56
5.1	Condition d'inclusion des cas dans le groupe de recherche :.....	56
6	Le déroulement de la pratique :	57
7	Analyse des techniques utilisées :	58
7.1	Analyse des données de l'entretien :.....	58
7.2	L'analyse du protocole TAT :.....	58
7.2.1.	Pourquoi le TAT dans l'évaluation du fonctionnement psychosomatique ?	58
7.2.2.	Les différents procédés d'élaboration du discours :.....	59
7.2.1.1	Les procédés selon les séries et selon V. Shentoub et Coll.:	59
7.3	Présentation de la grille d'évaluation psychosomatique :.....	63
8	Validité et fiabilité des outils utilisés :	63

Synthèse

Chapitre V

Présentation et analyse des données

1	Cas Houria :	66
1.1	Présentation des données de l'entretien clinique :.....	66
1.2	Evaluation de la santé et du risque psychosomatique de Houria :.....	68
1.3	Diagnostic selon la nosographie psychosomatique	78
□	Évaluation du risque psychique :	78
1.4	Analyse du TAT : cas Houria	79
1.5	Analyse des procédés globaux :.....	92
1.6	Problématique Générale :	93
2	Cas Idir :	93
2.1	Analyse d'entretien :.....	93
2.2	Evaluation de la santé et du risque psychosomatique d'Idir :	95
2.3	Diagnostic selon la nosographie psychosomatique :.....	102
□	Évaluation du risque psychique :	102
2.4	Analyse du TAT : Cas Idir.....	102
2.5	Analyse des procédés globaux :.....	112
3	Résumé des données de l'entretien et du TAT du cas Houria et Idir	113

Synthèse

Déduction générale et discussions des hypothèses117

Conclusion générale123

Liste bibliographique

Les annexes

Résumé

Introduction générale

Introduction générale

L'être humain est une entité multidimensionnelle où se mêlent divers aspects, tous contribuant au maintien d'un équilibre psychique qui définit la véritable conception de la santé. Ce principe est de plus en plus accepté et reconnu de nos jours, car il est désormais évident que notre état psychique a une influence significative sur notre corps. En effet, notre environnement nous confronte à de nombreuses difficultés qui entravent notre équilibre.

Ainsi, les événements traumatiques vécus par certains individus peuvent perturber leur équilibre émotionnel et vital, des désorganisations qui peuvent se manifester sous forme de maladies qui toucheraient le corps, comme c'est le cas dans le développement du diabète. En d'autres termes, la maladie est définie par ses causes, ses symptômes et ses signes cliniques, pouvant se manifester sous forme de maladie réversible ou irréversible et chronique tels que le diabète sucré qui est une maladie qui se répand progressivement à travers le monde, y compris dans notre pays.

Selon la définition médicale actuelle il s'agit d'une maladie « qui résulte d'un terrain génétiquement prédisposé et un environnement incluant plusieurs facteurs souvent intriqués » (Cour Commun de Résidanat Mai 2022, sujet 20 : diabète sucré). Pour chaque personne atteinte de diabète peut exister « des interactions entre facteurs génétiques et environnement dans le déclenchement de diabète »(thèse Marie Housiaux, dec 2011).

Les définitions des troubles psychosomatiques varieraient selon les disciplines, les tendances scientifiques et les perspectives. Le mot psychosomatique est composé de deux sections: « psycho » signifie l'âme et « soma » signifie le corps ou tout ce qui est lié au corps. Selon les statistiques de l'organisation mondiale de la santé, les troubles psychosomatiques sont de plus en plus répandus car une personne sur deux qui demande une aide psychologique souffre de ses troubles, qui apparaissent avec le stress et l'émotion aiguë, en présentant des troubles physiologiques (Ledjlet A., 2021-2022).

Notre travail ne s'inscrit pas vraiment dans cette optique c'est-à-dire, ce ne sont pas seulement les maladies physiologiques qui seraient classées comme maladies psychosomatiques mais ce sont toutes les maladies qui sont psychosomatiques, du moment que l'être humain est psychosomatique, c'est-à-dire qu'on ne peut séparer sa psyché de son soma. En effet, depuis 1993, le professeur Stora a mis en place une consultation psychiatrique à l'hôpital Pitié Salpêtrière, où il a montré qu'il est essentiel de repenser ce qui est fondé par Pierre Marty, auteur de la théorie psychosomatique de Paris et qui voyait que toutes les

Introduction générale

maladies sont psychosomatiques et que la qualité du fonctionnement mentale influençait la qualité de la tenue du corps. En tenant compte des contributions scientifiques dans le domaine de la médecine et des neurosciences, Stora a proposé une approche théorique et clinique holistique intégrant celle de Pierre Marty, et a proposé un modèle multi-causal de contextes physiques. L'appareil psychique, selon Stora, a la tâche première de maintenir la quantité d'excitation quotidienne et ne contredit pas Pierre Marty, dans ce sens. Le système psychique est au sommet du développement et donc le premier à faire face à l'excitation, mais pour STORA, le système psychique n'est pas le seul concerné face au dysfonctionnement ; le système nerveux central et le système immunitaire effectuent également cette tâche (Stora, J-B, 2006).

Chaque être humain reçoit tout au long de sa vie un nombre illimité d'excitations, ces excitations sont en premier lieu élaborées, régulées, par l'appareil psychique de l'individu qui est le premier système de défense de l'unité psychosomatique, dont parle J-B Stora, 2006, mais, si le psychisme de ce même individu est débordé (débordement qui peut être du à sa fragilité, ou à sa faible mentalisation ou, tout simplement, sidéré par l'agression subie), alors, et afin d'assurer sa survie, ses mécanismes somatiques vont immédiatement intervenir.

Si « P. Marty a exploré essentiellement la dimension psychanalytique de patients somatiques, J.B. Stora, lui, intègre à ses travaux les sciences du vivant, et parle de psychosomatique comme intégration de : psychanalyse, médecine et neuro-science. En effet il part de l'idée que les processus de somatisation sont soumis à un ensemble de dysfonctionnements de l'appareil psychique et à un ensemble de processus neuro-hormonaux, eux-mêmes sous contrôle du système nerveux central SNC, ce dernier n'étant pas sous contrôle direct de l'appareil psychique » (Ghislaine Barth - de Rougé, 2009, P.6).

Ainsi, trois systèmes sont impliqués dans la réponse de l'organisme au stress, systèmes décrits par J.B. Stora, 2011: En premier lieu, le système hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien ou HPAC, qui a pour fonction la conservation de l'énergie. Ce système secrète l'hormone adrénocorticotrope ou ACTH, qui active le cortex surrénalien. La cortico surrénal, à son tour, libère des glucocorticoïdes (dont le cortisol et la cortisone) qui, au delà de leurs effets bénéfiques, favorisent, lorsqu'ils sont en excès, l'hypertension. De plus, les glucocorticoïdes peuvent également avoir un effet déprimeur sur le système immunitaire, c'est ce qui se passe dans le cas où le patient est soumis à un stress permanent (Ghislaine Barth - de Rougé, 2009, P.6)..

Introduction générale

En second lieu, le système sympatho-médullo-surrénalien ou SAM, système qui est à l'origine de la mobilisation des défenses. Sous l'influence des stimulations nerveuses, les nerfs de la médullo-surrénale libèrent dans le sang de l'adrénaline et de la noradrénaline c'est-à-dire des catécholamines; elles relâchent également de la norépinéphrine et de l'épinéphrine. Si ces catécholamines sont très utiles dans des situations nécessitant la fuite, elles peuvent avoir, cependant, des effets nocifs sur la santé, puisque les catécholamines facilitent la mise en circulation d'acides gras libres. De plus elles diminuent l'efficacité des leucocytes, ce qui représente, là aussi, un risque de dépression immunitaire (Stora, J-B., 2006).

Enfin, le système endogène opioïde ou EO, qui libère des bêta-endorphines et enképhalines qui permettent de réduire la douleur mais, encore une fois, modifient dans certains cas l'efficacité du système immunitaire (Ghislaine Barth - de Rougé, 2009, P.10).

Nous pouvons déduire, à partir de ce qui précède, que la plupart des hormones sécrétées par l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, quand il est soumis à un stress, ont un effet immunodépresseur. Nous sommes ici au carrefour des mécanismes endocriniens et du fonctionnement de l'appareil psychique; et c'est à l'étude de cette articulation que les neurosciences s'attachent actuellement. Le modèle proposé par J.B. Stora est un modèle faisant référence à des facteurs non spécifiques perturbant l'homéostasie de l'individu (trauma...); une structuration spécifique de l'appareil psychique déterminant sa capacité de résistance et ses zones de fragilité; les interrelations au niveau du SNC, système endocrinien et système immunitaire.

Tenant compte de ce qui précède, on comprend que chaque individu réagit de manière singulière, en fonction de sa capacité à gérer le stress et à canaliser ses angoisses. Ainsi, dans cette présente étude, nous avons essayé de faire une évaluation pour le fonctionnement psychosomatique des personnes diabétiques, pour y parvenir nous avons adopté l'approche psychosomatique intégrative de Benjamin STORA, version 2011.

Cette étude est clinique basée sur le cas à l'aide de deux techniques: l'entretien clinique semi directif, et un test projectif qui est le TAT. Les résultats de nos entretiens sont analysés en référence à la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de J-B. STORA, version 2011. Le TAT, lui, est analysé à partir de la grille de Vica Shentoub, mise à jour en 2003.

Afin de mener à bien cette étude, notre recherche s'est appuyée sur trois parties afin de vérifier nos hypothèses:

Introduction générale

La première partie est théorique, elle est subdivisée en trois chapitres qui sont comme suit:

Chapitre I : Problématique et hypothèses

Chapitre II : Le Fonctionnement psychosomatique et la Psychosomatique Intégrative

Chapitre III : Le diabète, du point de vue médical et psychologique

La deuxième partie est réservée à la pratique, elle est subdivisée en trois chapitres qui sont :

Chapitre V : Le cadre méthodologique.

Chapitre VI : -Présentation et analyse des résultats.

-Déductions générales et analyses des hypothèses.

Enfin, on a clôturé notre recherche par une conclusion générale.

Partie théorique

Chapitre I :

Problématiques et

hypothèses

1 Problématique et hypothèses :

Le diabète est une maladie produite par le pancréas, qui donne une hyperglycémie (augmentations de taux de sucre dans le sang) en raison d'une production insuffisante d'insuline ou d'une résistance des cellules à l'insuline, ce qui se manifeste par divers symptômes comme l'amaigrissement, la polydipsie, la polyurie... et se présente en deux types en premier lieu c'est le diabète insulino-dépendant type 1 (DID), et en second lieu c'est le diabète non insulino-dépendant type 2 (DNID).

Le diabète, c'est une maladie chronique qui affecte la façon dont le corps utilise le glucose dans le sang. Selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le diabète touche environ 422 millions de personnes dans le monde entier, soit environ 1 personne sur 11, cette maladie peut affecter toutes les populations et tous les groupes d'âge, mais certaines personnes sont plus susceptibles de développer que d'autres (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>).

En Algérie, le diabète vient en deuxième position au classement des maladies chroniques derrière l'hypertension, où la prévalence de la maladie a augmenté de manière significative ces dernières années. Selon une étude menée en 2015 par le ministère de la santé algérien collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la prévalence du diabète en Algérie est estimée à environ 7,2% de la population adulte âgée de 18 ans et plus. Cependant, d'autres études et enquêtes ont donné des résultats différents. Une étude menée en 2019 par des chercheurs algériens a estimé que la prévalence du diabète en Algérie était plus élevée, atteignant 12,9% chez les personnes âgées de plus de 40 ans. Une enquête menée en 2020 auprès d'un échantillon de la population algérienne a également rapporté une prévalence plus élevée (13,6%) chez les adultes âgés de 18 ans et plus. La maladie grave et le traitement lourd et chronique qui en découlent peuvent avoir des effets dévastateurs sur la vie d'un patient, touchant à la fois l'aspect économique, physique et psychologique, et altérant ainsi sa qualité de vie (<http://www.santemaghreb.com/actus.asp?id=13936>).

La psychosomatique est une approche médicale qui étudie l'interaction entre l'esprit et le corps, et comment les facteurs psychologiques, émotionnels et sociaux peuvent influencer la santé physique. Cette approche considère que les maladies physiques peuvent avoir des causes psychologiques et que les facteurs émotionnels et sociaux peuvent jouer un rôle dans leur développement. La psychosomatique prend en compte l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer la santé d'une personne, qu'ils soient biologiques, psychologiques ou sociaux, et vise à intégrer ces différents aspects dans une approche de traitement globale et personnalisée.

La psychosomatique intégrative quant à elle, est une extension de la psychosomatique traditionnelle qui prend en compte les aspects sus-cités, mais en essayant d'avoir un regard intégratif, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de causalité où prime un côté sur l'autre mais d'inter relation permanente entre le corps et la psyché. Elle considère l'être humain dans sa globalité et cherche à comprendre les interactions complexes entre les différents aspects de son être. c'est donc, une approche qui cherche à aider les patients à devenir conscients de leur corps, de leurs émotions et de leur environnement, afin de mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent leur état de santé et d'élaborer ce qui doit l'être pour bénéficier d'une bonne santé à long terme (Stora, J-B, 2011).

Selon l'OMS, La santé est un état de bien-être physique, mental et social complet, et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. C'est un état de fonctionnement optimal de toutes les fonctions du corps, ainsi que de l'esprit et des émotions (<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>).

Alors, on comprend que la santé est un élément crucial de la qualité de vie et elle englobe l'intégrité de l'être humain (psychique, physique et l'environnement dans lequel il vit). Donc la santé physique et psychique entretiennent une relation d'influence permanente, il n'y a pas de suprématie d'une dimension sur l'autre et les événements traumatisants vécus par un individu touchent son équilibre et ces événements seront « transcrits » en excitations qui dans quelques cas s'écoulent et se déchargent dans le corps comme le diabète, qui implique une interaction complexe entre les facteurs physiques et psychologiques (Stora, J-B, 2006).

STORA est parti de la théorie de Pierre MARTY au départ mais va le contredire et montrer les insuffisances qu'il tentait de développer à la fin. Nous savons, tous, que l'être humain est confronté quotidiennement à plusieurs excitations, qui résultent 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 contredisait. Stora disait qu'il n'a pas pu diagnostiquer les patients qu'il a rencontrés, 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 le processus de somatisation et avec lui, la psychosomatique intégrative. Malgré, donc, ce départ de la théorie de Pierre Marty, STORA s'en est distingué car il voyait que «Pierre Marty fonde toute sa théorie sur la philosophie vitaliste tournant ainsi le dos aux principes physico-chimiques auxquels Freud adhérait. Il n'y a aucune base ni aucune continuité du physique au psychique» (Stora, J-B, 2018, P. 29)

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 font pas leurs maladies. Le problème est plus complexe et de nature multi causale. Il n'y a pas de maladies psychosomatiques, mais d'individu psychosomatique (Stora, J-B, 1999).

La revue de lecture de la psychosomatique intégrative (1995, 1999, 2006, 20011, 2015, 2018, 2020), nous résume cette discipline en 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, 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, J-B, 2011).

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, 2015). .

La psychosomatique intégrative, est une approche économique puisque 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, J-B, 2011).

STORA, nous précise «qu'il n'y a pas un état d'homéostasie unique, mais une infinité d'états d'équilibre stables. Nous sommes dans la théorie des systèmes et dans la théorie des systèmes dissipatifs d'énergie¹ puisque la psychosomatique intégrative possède une importante dimension « économique (énergétique)» (Stora, J-B, 2015, P. 13).

C'est un modèle qui 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 compléter le modèle, d'étudier enfin les êtres humains, et d'adopter la Psychosomatique Intégrative» (Stora, J-B, 2015, P. 13).

Les patients somatiques ont des fixations archaïques (première année de vie) avec des carences objectales (relation à l'objet maternel), et des fixations prégénitales. Les problématiques œdipiennes apparaissent rarement sinon jamais. Cela signifie 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, J-B, 2015).

Ainsi, si nous voulons comprendre le processus par lequel s'est installé le diabète Type1 chez un individu, nous devons nous rendre compte du stress qui est très lié à l'apparition de cette maladie. Selon la neuro-psychanalyse, adoptée par Pr. J.B. Stora, il est important de préciser que les mécanismes prioritaires de réaction au stress dépendent de l'unité psychosomatique. Tenant compte de ce postulat, la psychosomatique intégrative, considère qu'en recevant des excitations, inévitables, l'individu les affronte au premier lieu par une élaboration mentale et une régulation par l'appareil psychique. Ce dernier, est le premier système de défense de l'unité psychosomatique. Cependant, il arrive que le psychisme de ce même individu soit débordé : à cause de sa fragilité, à cause de sa mentalisation faible ou, encore, sidéré par l'agression subie, dans ce cas, pour assurer sa survie, ses mécanismes somatiques vont immédiatement intervenir (Stora, J-B, 2006).

¹ Systèmes ouverts, contrairement à la vision de Freud qui voyait que la circulation de la libido dans un système fermé, FREUD s'est inspiré de la thermodynamique de la physique, STORA, quand à lui, s'est inspiré de la théorie de Bertalanffy.

Stora décrit dans son livre sur «le stress», cité par Ghislaine Barth - de Rougé (2009, P.6), trois systèmes qui sont impliqués dans la réponse de l'organisme au stress: En premier lieu, le système hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien ou HPAC, qui a pour fonction la conservation de l'énergie. Ce système secrète l'hormone adrénocorticotrope ou ACTH, qui active le cortex surrénalien. La cortico surrénal, à son tour, libère des glucocorticoïdes (dont le cortisol et la cortisone) qui, au delà de leurs effets bénéfiques, favorisent, lorsqu'ils sont en excès, l'hypertension, cette hypertension que l'on retrouve dans le syndrome métabolique. De plus, les glucocorticoïdes peuvent également avoir un effet dépressif sur le système immunitaire, c'est ce qui se passe dans le cas où le patient est soumis à un stress permanent» (Ghislaine Barth - de Rougé, 2009, P.6).

En second lieu, le système sympatho-médullo-surrénalien ou SAM, système qui est à l'origine de la mobilisation des défenses. Sous l'influence des stimulations nerveuses, les nerfs de la médullo-surrénale libèrent dans le sang de l'adrénaline et de la noradrénaline c'est-à-dire des catécholamines; elles relâchent également de la norépinéphrine et de l'épinéphrine. Si ces catécholamines sont très utiles dans des situations nécessitant la fuite, elles peuvent avoir, cependant, des effets nocifs dans la santé, puisque les catécholamines facilitent la mise en circulation d'acides gras libres. De plus elles diminuent l'efficacité des leucocytes, ce qui représente, là aussi, un risque de dépression immunitaire (Stora, J-B, 2011).

Enfin, « le système endogène opioïde ou EO, qui libère des bêta-endorphines et enképhalines qui permettent de réduire la douleur mais, encore une fois, modifient dans certains cas l'efficacité du système immunitaire » (Ghislaine Barth - de Rougé, 2009, P.8).

Nous remarquons que la majeure partie des hormones produites - lors d'un stress - par l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, ont un effet immunodépresseur. Nous sommes ici au carrefour de ce qui lie les mécanismes endocriniens au fonctionnement de l'appareil psychique. Dans ce sens, les neurosciences s'attachent actuellement à étudier cette articulation et c'est ce que se donne la psychosomatique intégrative comme objectif dans le modèle proposé par J.B. Stora et qui fait référence à:

- Des facteurs non spécifiques perturbant l'homéostasie de l'individu (trauma...)
- Une structuration spécifique de l'appareil psychique déterminant sa capacité de résistance et ses zones de fragilité,
- Les interrelations au niveau du SNC, système endocrinien et système immunitaire.

Selon Stora, les patients somatiques ont des fixations archaïques (première année de vie) avec des carences objectales (relation à l'objet maternel), et des fixations prégénitales. Les problématiques œdipiennes apparaissent rarement sinon jamais. Cela signifie 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, J-B, 2015).

Comme annoncé précédemment, nous nous intéresserons dans la présente étude, plus spécifiquement, aux cas de patients diagnostiqués par le médecin comme ayant le diabète type1, nous essayerons de repérer les processus psychiques qui vont permettre à ces malades de résister aux événements de leur vie, ou, au contraire, de les amener à se désorganiser progressivement, en restant bloqués aux points de fixations déterminés, selon le processus de leur maturation psycho sexuelle.

Il s'agit de faire un essai d'évaluation psychosomatique, réalisée à l'aide d'outils mis au point par J.B. Stora, et rassemblés dans une grille de travail (version 2011) (annexe 1). En effet, cette grille est élaborée par J.B. Stora à partir de la classification établie en 1987 par P. Marty et elle permet, à partir des données recueillies auprès des patients et du dossier médical, d'établir un bilan psychosomatique selon les différents axes d'observation proposés:

Notre utilisation du test projectif (TAT) a comme avantage de nous révéler les qualités des identifications présentes chez nos cas et, donc, de vérifier si le cas jouit de bonnes identifications (ce qui contredira nos hypothèses basées sur l'approche de la psychosomatique intégrative) ou au contraire, les cas manifesteront-ils une fragilité des identifications objectales et donc confirmeront nos hypothèses sur la fragilité narcissique des cas souffrant de diabète type1. Nous chercherons, ici, « les positions identificatoires et leur qualité à partir de l'analyse des aspects de l'Œdipe. Au TAT, les identifications dépendent, généralement, de la reconnaissance des différences sexuelles et générationnelles,; qui sont elles-mêmes liées à la différenciation avec les imagos parentales auxquels s'identifie l'individu » (IKARDOUCHENE Z. 2012, P. 30).

Ce qui nous intéresse, justement, c'est de repérer les dispositions défensives de chaque cas. On s'intéressera à ce qui peut avoir une signification dans le processus de somatisation chez eux. Ceci allait nous conduire à comprendre la problématique de chaque cas. Il ne s'agit pas de classer nos cas dans un registre définitif.

Compte tenu des observations de Stora et qui stipulent que la problématique œdipienne ne serait pas accessible chez les maladies somatiques, on s'attend à ce que les procédés adoptés dans le discours des cas, traduiraient à la fois une incapacité d'expression de conflits, cette incapacité se donnera à voir à travers la pauvreté de procédés rigides de la série A (qui, eux, révèlent, la présence d'un conflit interne); on s'attend, aussi, à ce qu'il y ait la rareté de procédés souples de la série B (qui témoignent, eux, d'un fonctionnement hystérique: on s'attend à l'absence de positions identificatoires (Donc rareté des relations interpersonnelles (B2-3) et des personnes non figurées sur les planches (B1-2) cette rareté de positions identificatoires, se donnera à voir aussi par l'absence de l'érotisation des relations (B2-9); il n'y aura pas, donc, d'identifications souples et variées (B1-3)).

Les suppositions, citées précédemment, sont justifiées par le fait que selon l'approche de la psychosomatique intégrative, il n'y a pas accès à la relation Œdipienne chez les malades somatiques, car il n'y a pas de construction d'un moi différencié de l'objet et donc, pas d'accès à l'Œdipe, qui est «une condition des identifications secondaires. Car, justement, dans les identifications névrotiques et dans l'œdipe (positif), le discours du cas sera enregistré dans un mouvement fantasmatique duel. Il s'agit de reconnaître à la fois la compétition avec le même sexe (le père pour le garçon et la mère pour la fille) et de reconnaître par la suite, le désir libidinal envers la personne du sexe opposé, ce dernier se caractérise par l'interdit qui se traduira, lui-même, par un abord de sentiments modulés, nostalgiques, comme preuve de l'existence de conflits qui tiennent compte de l'ambivalence. Reconnaître cette ambivalence signifie qu'il y a un maniement souple des pulsions, ce qui n'est possible que si le surmoi est bien organisé » (IKARDOUCHENE Z. 2012, P. 32).

On l'aura compris, on s'attend à ce que nos cas s'inscrivent plus dans le registre limite/ narcissique où les identifications narcissiques sont définies, dans ces cas, par des discours non structurés sur l'Œdipe, les discours sont imprégnés par des relations narcissiques excessives. Ce type d'identification est particulièrement interprété par les procédés de la série de type C. On se réfère notamment aux procédés d'investissement narcissique de la série CN et de l'anonymat des personnes (CI-2), indicateur de la sévérité des troubles narcissiques, souvent associé à une présence fréquente de procédés primaires qui témoignent d'une confusion de l'identité (E3-1) ou d'une instabilité des objets (E3-2), ce qui indique des troubles manifestes de l'identification primaire, et pourrait même être l'indicateur d'une nette fragilité identitaire.

Selon Freud (cité par IKARDOUCHENE Z. 2012, P. 30), la pulsion s'exprime à travers deux registres: l'affect et la représentation. L'affecte est l'expression qualitative de la quantité d'énergie de la pulsion et ses variétés" l'affect est une émotion douloureuse ou heureuse, floue ou claire, sous forme de charge diffuse ou passagère. Les affects sont donc, une réactivation des événements anciens, relatifs aux expériences vitales et même pré-individuels. L'affect ne se lie pas forcément à la représentation (il peut y avoir donc l'affect sans représentation ou la représentation sans affect) ce qui donne un destin différent pour chacun des deux (affect et pulsion). Il existe trois destins dans les mécanismes de transformation de l'affect :

- La conversion (comme c'est le cas dans l'hystérie de conversion)
- Le déplacement (comme c'est le cas dans la névrose obsessionnelle)
- La transformation (comme c'est le cas dans la névrose d'angoisse et la mélancolie)

Ce dernier destin de la pulsion qui concerne la névrose d'angoisse, nous intéresse particulièrement dans le présent travail. Cette hypothèse qui dit qu'il existerait une relation entre les expériences affectives actuelles et l'expérience vécue dans le passé, sous-entend qu'il y aurait une base de la mémoire affective, on se pose alors la question sur le facteur quantitatif à travers les concepts de liaison, déliaison. Il s'agit alors d'évaluer la nature de la liaison entre l'affect et la représentation elle-même liée à la capacité du moi à contenir les charges affectives dans la psyché (IKARDOUCHENE Z. 2012, P. 31).

Compte tenu de tout ce qui précède, on se pose les questions suivantes :

2 Questions de l'étude:

1. Comment le fonctionnement psychosomatique apparaîtrait-il chez la personne atteinte par le diabète type1, en référence à la méthode d'évaluation de la santé et des risques psychosomatiques de Jan Benjamin Stora ?

1.1 Le fonctionnement psychosomatique chez la personne atteinte par le diabète type, indiquera-t-il un risque d'après la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de Benjamin Stora?

1.2 Le risque psychosomatique chez la personne atteinte par le diabète type1, sera -t-il plus élevé chez les cas qui présenteraient des complications graves selon leur médecin?

1.3 La production projective au TAT, indiquera-t-elle une fragilité psychique chez le diabétique de type1 et qui se donnerait à voir par la pauvreté des procédés défensifs et l'absence d'élaboration des problématiques latentes aux planches du test?

3 Hypothèses de l'étude :

1. Le fonctionnement psychosomatique chez la personne atteinte par le diabète type1 indiquera un risque psychosomatique, d'après la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de Benjamin Stora.

2. Le risque psychosomatique chez la personne atteinte par le diabète type1, sera plus apparent chez les cas qui présenteraient des complications graves selon leur médecin.

3. La production projective au TAT, indiquera une fragilité psychique chez le diabétique de type1 et qui se donnerait à voir par la pauvreté des procédés défensifs et l'absence d'élaboration des problématiques latentes aux planches du test

Raisons du choix du thème :

Nous avons choisi ce thème car le sujet du fonctionnement psychosomatique chez les diabétiques de type1 est un sujet important et sensible qui mérite une attention et une compréhension plus approfondie. Il est important de comprendre comment les facteurs de risques peuvent influencer leur fonctionnement psychosomatique, ceci est d'autant plus valable car il est lié à la qualité de vie d'un individu voir à sa vie tout cours.

4 Les objectifs de l'étude:

- Evaluation du degré du risque psychosomatique chez le diabétique de type1 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'apparition du diabète type1 d'un point de vue psychosomatique intégratif.
- Essayer de détecter des indicateurs d'évolution de l'état de santé des personnes atteinte par le diabète type1.

5 L'importance de l'étude :

- Cette étude représente un ajout à la recherche 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 le diabétique de type1, ceci à notre connaissance.

- C'est une étude qui essaie d'expliquer le processus par lequel apparaît la maladie chez le diabétique de type1 ce qui est censé enrichir la compréhension intégrative chez les personnes atteintes par cette maladie.

- Cette étude contribue à combler le déficit d'études au niveau local dans le domaine de la du diabétique de type1.

- Ouvrir des champs d'études pour d'autres maladie à partir de l'approche intégrative, cette étude peut être, donc, le noyau duquel émergera d'autres études.

- Aborder la fragilité psychologique chez le diabétique de type1 et aussi l'importance des cinq systèmes en interaction permanente, car la théorie psychosomatique intégrative est considérée comme une théorie nouvelle et comprend plusieurs disciplines, l'aborder montrerait l'importance de ne pas s'enfermer dans les seul aspects psychologiques ou les seuls aspects organiques, lorsqu'il s'agit de maladies somatiques.

- Attirer l'attention sur l'importance de la présence de psychologues, formés en psychosomatique intégrative, au service de médecine interne.

- Il est possible, sur la base de la détection d'indicateurs de progression de l'état de santé chez le diabétique de type1, 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 chez le diabétique de type1 aux entretiens et au protocole du TAT 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 vers un risque d'aggravation.

6.2 Le diabète de type1:

Dans la présente étude, le diabète de type1 est diagnostiqué par un médecin, qui procède à l'indication de l'existence ou non de cette maladie chez le patient et d'évaluer le risque somatique.

7 Les études précédentes:

Nous avons trouvé quelques études sur l'approche psychosomatique intégrative et qui concerne les études étrangères, et il n'y a presque pas d'études en Algérie - dans la limite des connaissances des étudiantes. Cependant, en termes d'abord psychosomatique dans d'autres approches, il existe de nombreuses études sur le diabète type1 et type2. 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).

Flamant Stéphane (2012), a mené une étude dans le cadre du Diplôme de Psychosomatique Intégrative à Paris 6, qui a parvenu à la conclusion que parmi les cas qu'il a examinés, il y avait un cas de diabète type2. Il a présenté deux cas cliniques pris en charge par l'unité de syndrome métabolique du service d'endocrinologie-métabolisme du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière.

L'auteur montre que si ces deux patients présentent une histoire proche de traumatismes professionnels, ils sont marqués par deux organisations somato-psychiques différentes. Ce

sont ces différences et leurs implications sur le plan thérapeutique que l'auteur a mis en valeur dans son étude.

Chez le premier cas, le défaut de soins maternels, à une période où l'hippocampe n'est pas complètement formé, aurait conduit à un encodage du traumatisme qui s'effectue au niveau du système limbique et des voies corticales, sans passer par l'hippocampe ; c'est sur ces traces mnésiques mal constituées, que l'épuisement professionnel du cas, présenté, est devenu un traumatisme déclencheur.

Chez Le deuxième cas, relève, selon l'auteur, de ce qui est appelé la clinique du vide. Il est suivi dans le service depuis dix ans pour une hypertriglycéridémie. Il a eu des problèmes gastriques quinze ans avant. Ce cas est un cadre dans une grande société, il a commencé à avoir des problèmes relationnels avec sa hiérarchie, et il a été progressivement rétrogradé, jusqu'à être jugé inapte au travail. Adressé en psychiatrie par la médecine du travail, il a été diagnostiqué bipolaire. L'hospitalisation du cas confirmera qu'il n'a pas de syndrome métabolique mais uniquement une hypertriglycéridémie. Les antécédents montrent un terrain allerge-asthmatique dans la jeunesse, avec psoriasis, allergies et asthme. Ce cas présent, selon l'auteur, toutes les caractéristiques du normopathe décrit par Joyce McDougall, un type de patient qui ne semble pas présenter de douleur névrotique et qui affichait toute l'apparence de la normalité, une pseudo-normalité. Selon l'auteur, il s'agit d'une névrose de comportement.

En termes de mécanisme psychique, l'auteur parle d'un affaiblissement fondamental de l'objet et une transformation de la libido objectale en libido narcissique, chez Christian il s'agit d'un Moi fragile car incomplètement constitué. Ces différences psychopathologiques sont importantes sur le plan clinique pour établir une stratégie thérapeutique, les préconisations de psychothérapie psychosomatique étant ajustées pour prendre en considération, pour le premier cas, l'état très avancé de la désorganisation progressive et, pour le second, une absence d'élaboration. Selon l'auteur, pour Christian, le travail psychocorporel constituera une étape nécessaire avant de passer à un travail psychothérapique.

- L'étude de NANCY POIRIER (2007) sur Diabète de type 1: thérapie familiale et de groupe : Vers l'approche intégratrice, thèse de doctorat soutenu à UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL, Cette étude vise, d'une part, à inventorier les études portant sur l'efficacité de deux modalités de traitements, la thérapie de groupe et la thérapie familiale, sur l'adaptation psychologique d'enfants atteints du diabète de type 1 et de leur famille. Cette approche adopte une vision systémique et intègre un mode d'intervention multidisciplinaire et

des modèles théoriques de thérapies complémentaires afin de couvrir tant la dimension biologique que psychologique et sociale de l'enfant incluant aussi sa famille.

Dans cette étude il s'agit d'interventions de crise, les suivis post-diagnostic et développementaux incluaient un ajustement adéquat des membres de la famille qui était censé garantir un développement sain de l'enfant. Un plan sommaire d'intervention est présenté afin d'en fournir les modalités et le déroulement chronologique de celles-ci.

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 (menace d'avortement, diabète, toxémie gravidique etc.). Une grossesse qui suit une stérilité pendant 12ans. La chercheuse se pose la question sur les mécanismes organiques qui empêcheraient l'ovulation, contracteraient les trompes et décrocher le fœtus et aussi détruire la santé de la femme en installant d'aussi nombreuses affections. Elle se pose la question est ce que cela 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 ses recherches antérieures, 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 le diabète gestationnel, 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 aboutir à une grossesse. Cependant cette grossesse donne lieu à l'apparition de multiples troubles 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.

- Une étude des chercheurs : Pr IKARDOUCHENE Bali Zahia et du professeur J-B.Stora sur la grossesse à risque, qui a été publiée en 2018. Ce travail, aborde les processus à l'origine de la grossesse à risque (hypertension, diabète, etc.) chez un cas. Ces deux chercheurs ont expliqué la fragilité psychosomatique de cette affection et l'immaturation de sa fonction maternelle, qui à son tour, reflétait des difficultés au niveau de son développement.
- Depreux (2010), a mené une étude dans le cadre du Diplôme de Psychosomatique Intégrative à Paris 6, qui a 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.

7.1 Commentaire sur les études précédentes :

Les études précédentes traitaient de multiples sujets en psychosomatique: Nous avons choisi des études qui ont une relation avec de nombreuses variables de l'étude actuelle, car elles partagent avec elles l'échantillon de recherche - chez le diabétique de type1 et/ ou l'approche psychosomatique intégrative.

8 Les limites de l'étude :

- Limites humaines : L'étude a été menée sur un groupe de diabétique de type1 qui se trouvent à l'hôpital (L'EPH de Sidi Aïch (Rachid Belhocine), service (médecine) 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 L'EPH de Sidi Aïch
- Délais : L'étude a été menée dans une période allant du 02/04/2023 au 3/04/2023.

Chapitre II :

Le Fonctionnement psychosomatique et la psychosomatique intégrative

Préambule :

La psychosomatique a connu un essor considérable qui se poursuit actuellement. Elle se concentre sur l'étude des processus psychologiques et émotionnels qui peuvent affecter la santé physique d'une personne. Alors, dans ce chapitre, nous allons passer en revue les différents concepts de la psychosomatique, afin d'attire l'attention du lecteur sur les éléments fondamentaux de cette approche et la vision de cette approche pour le fonctionnement psychosomatique.

1 Histoire de la psychosomatique :

La psychosomatique est un nouveau regard sur l'homme malade et participe de ce fait à l'histoire de la médecine. « Depuis ses origines la médecine s'est construite selon différents courants conceptuels au sein desquels la vie de l'esprit a pris une place plus ou moins importante. C'est en 1818 que le terme psychosomatique est né. On attribue sa paternité à un psychiatre allemand Heinroth. L'apparition de ce nouveau courant médical que le terme désignait visait à introduire dans le courant organiciste et expérimental de la médecine du XIXe siècle des facteurs d'ordre psychique pour rendre compte de la causalité et de l'étiopathogénie de certaines maladies » (Claude Smadja, 2012, P.197-212).

Freud écrivait en 1923 qu'il était conscient de l'existence de facteurs psychogènes dans les maladies, mais qu'il préférerait que les psychanalystes se limitent aux connaissances du domaine des névroses. Il distingue les psychonévroses des 3 névroses actuelles (1898) névrose d'angoisse, neurasthénie et hypocondrie. L'étiologie des névroses actuelles est somatique et non psychique, cette conception annonce les approches psychosomatiques développées plus tard, puis Félix Deutsch psychanalyste viennois émigré aux Etats-Unis réintroduisit la notion de psychosomatique avec ses collègues Flanders Dunbar, F. Alexander, M. Schur, T. Benedek, etc (J. Benjamin Stora, 2012).

Vers la fin des années 40 est née l'Ecole de Paris de psychosomatique. Elle réunit un certain nombre de psychanalystes de la société de psychanalyse de Paris : P. Marty, M. Fain, M. de M'Uzan, Ch. David auxquels se sont joints d'autres psychanalystes (Claude Smadja), en 1962 développent un corpus théorique et clinique, hérité des contributions contemporaines précédentes. Pierre Marty développe une approche psychosomatique d'inspiration psychanalytique (nouveaux concepts : pensée opératoire, dépression essentielle, etc.). Cette approche est une bonne synthèse des hypothèses théoriques avancées par leurs prédécesseurs. Le phénomène psychosomatique pour Pierre Marty est considéré comme différent du

phénomène névrotique, il s'agit d'une véritable désorganisation de la vie mentale. Le symptôme somatique est dépourvu de sens, le médecin se trouve devant le vide, un déficit. La pensée opératoire signe ce déficit de la structure psychosomatique. Le corrélatif de pensée opératoire est le langage dévitalisé et désaffecté (Stora, J-B, 2012).

On conclut que l'histoire de la psychosomatique montre l'importance de considérer l'être humain dans sa globalité pour comprendre la maladie, elle a permis de développer une vision holistique de la médecine, mettant l'accent sur la nécessité d'une étude complémentaire des phénomènes morbides sous les angles psychologique et physiologique de la maladie.

2 Définition de la psychosomatique :

Le terme psychosomatique désigne «la présence de facteurs psychologiques derrière les troubles physique et un groupe de troubles psychosomatiques comprend une longue liste de maladies qui affectent les fonctions des différents systèmes de l'organisme, telles que l'hypertension, les maladies cardiaques, le diabète, certaines maladies de l'appareil digestif et les maladies de la peau, et cela concerne une spécialité médicale qui est la médecine psychosomatique» (Al-Sherbiny Lutfi, D.Sunnah, P.148).

Les troubles psychosomatiques au sein du British Knowledge Service sont définis comme la réponse physique au stress émotionnel, qui prend la forme de troubles physiques tels que l'asthme, les ulcères d'estomac, la tension artérielle, les infections articulaires, les ulcères du côlon.... (Sharifi, 2016, p.8).

Bien entendu que les troubles psychosomatiques décrivent les troubles fonctionnels qui ne sont pas dus à une cause organique claire, mais plutôt à un conflit ou une pression émotionnelle et les symptômes psychosomatiques les plus courants de maux de tête, de douleurs à l'estomac et de douleurs aux jambes. (Acardo & Whitman, 2007, p.641).

Cependant, le développement de la clinique et de la théorie psychosomatique a considérablement évolué depuis les années 30 du siècle dernier. Nous sommes progressivement passés d'une psychogenèse des maladies somatiques à une approche privilégiant le rôle du fonctionnement et du dysfonctionnement de l'appareil psychique dans l'étiologie des maladies somatiques, approche de Pierre Marty et de ses collègues de « l'Ecole de Paris » fondée au CHU de La Pitié-Salpêtrière au début des années 60 du 20^{ème} siècle. Cette approche bien qu'elle se dénomme psychosomatique, est en vérité fondée sur le fonctionnement psychique dans la relation à la maladie. Il s'agit encore d'une approche

psychanalytique privilégiant l'esprit dans sa relation au corps, mais les explications fondées sur la psychanalyse sont incomplètes puisque la psychanalyse n'est pas une discipline proposant de comprendre les maladies somatiques. La psychanalyse est uniquement réservée au fonctionnement du système psychique (Stora, 2020). Il s'agit là, d'une impasse théorique et clinique, c'est pourquoi l'approche intégrative de J-B Stora, a essayé de colmater ce manque et d'essayer d'expliquer le processus par lequel s'installe la somatisation, en tenant compte de l'unité somato-psychique.

3 L'approche psychosomatique intégrative :

La psychosomatique intégrative conçoit la maladie comme une modification de l'être total, indivisible et que l'altération ou le dysfonctionnement dans le corps d'un individu, s'exprime différemment suivant la qualité du fonctionnement de l'individu, son histoire, son environnement et les facteurs déclenchant. Le changement induit par la maladie, introduit à son tour de nouvelles dimensions dans les rapports de l'homme malade avec lui-même et avec le monde (Stora, J-B, 1999).

Jean-Benjamin STORA (1934), psychosomaticien psychanalyste français et élève de Pierre Marty, propose une synthèse et une refondation de 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, J-B, 2015).

Selon la psychosomatique intégrative, « 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, J-B, 2015, P.13)

4 Le fonctionnement psychosomatique :

Le Dr Hans Selye a beaucoup contribué pour faire comprendre à STORA les relations entre les événements de vie, plus ou moins traumatisants, et les processus par lesquels apparaissent les maladies. Il a eu un essai d'interprétation liant la sociologie de notre quotidien aux troubles dont nous souffrons. Selon STORA, les psychanalystes qui entouraient 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 avec tout ce qui a rapport avec la neuroscience. Bien évidemment, la psychanalyse classique reste importante selon Stora mais elle ne peut expliquer les maladies à partir du fonctionnement du système psychique uniquement. Les psychanalystes affirment toujours, que c'est possible pourtant, Sigmund Freud n'ait jamais prétendu expliquer les maladies, mais à plutôt développer un modèle de fonctionnement psychique.

Il a créé la théorie des cinq systèmes : le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux périphérique, le système immunitaire et le système génétique. Pour lui, il n'y a aucune cause psychologique à aucune maladie et en d'aucune façon les humains n'étaient responsables de leurs maladies. Le problème était de nature plus complexe et multiforme. « Toutes les maladies sont psychosomatiques. Pour compléter son orientation, Stora a délibérément quitté la philosophie grecque d'Anaxagore, qui divisait l'esprit et le corps, pour adopter la philosophie musulmane et la philosophie juive qui accompagnaient sa jeunesse passée en Afrique du nord. En adoptant cette approche philosophique commune à tous les Etats d'Orient et d'Asie, le nouveau paradigme présenté par Stora est que « L'homme est une unité psychosociale ». Le terme « unité » renvoie à une approche globale (Stora, J-B, 2021).

C'est une approche élaborée progressivement à partir d'une méthode d'examen clinique qui combine plus de 150 concepts issus de la psychanalyse, de la médecine et des neurosciences. Cette approche vise à faciliter l'évaluation clinique des patients et à faciliter les études épidémiologiques qui sont généralement rejetées par la psychanalyse. Dans les derniers chapitres de son livre le plus récent publié en 2021, intitulé « L'homme est une unité psychosomatique: toutes les maladies sont psychosomatiques », Stora aborde des études épidémiologiques menées en collaboration avec Pierre Marty.

Une approche intégrée de l'unité humaine, c'est-à-dire l'unité âme-corps du fonctionnalisme, n'a pas été développée dans l'approche occidentale. Nous avons 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 psychologique (la psyché), et l'autre a ouvert la voie à la morale. Médecine. (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 une discipline scientifique qui intègre les apports scientifiques des disciplines psychologiques et médicales. Ces deux grands champs scientifiques ont favorisé le développement de multiples hypothèses liées au psychisme et au corps, laissant place à l'émergence, dans chacun des deux grands champs, d'hypothèses et de nombreuses théories explicatives. La division a poursuivi son destin scientifique et idéologique en Occident (Stora, J-B, 2021, p.9).

4.1 Neurosciences et processus intégratif de la subjectivité humaine :

La recherche en neurophysiologie a exploré l'emplacement de l'image dans le cerveau pour comprendre les processus psychologiques. « La neurophysiologie, qui étudie la relation entre le comportement et le cerveau a émergé après la Seconde guerre mondiale pour évaluer les effets comportementaux des blessures cérébrales. Les neuroscientifiques et les psychologues ont combiné leurs connaissances pour expliquer les troubles causés par des dommages neurologiques » (Abdelkawi, 2002, p.23).

Le système nerveux est responsable de la réception et de la transmission des stimuli à travers les organes sensoriels, ainsi que d'émettre des réponses aux organes correspondants. Il est divisé en deux parties principales : le système nerveux central, composé du cerveau et de la moelle épinière, et le système nerveux périphérique. Le cerveau situé dans la crâne est protégé par trois membranes appelées méninge, est considéré comme le centre de la conscience et de l'esprit. Il utilise environ un quart de l'oxygène du corps et une interruption de son approvisionnement en oxygène pendant 15 secondes entraîne une perte de conscience. La moelle épinière s'étend sous le cerveau et est protégée par le canal rachidien osseux. Elle est reliée à 31 nerfs vertébraux de chaque côté, qui contrôlent la plupart des parties du corps. La coupure d'un nerf entraîne une perte de sensation et de mobilité dans les membres (Adouan et Ahman, 2012, P.194).

Le système nerveux périphérique est responsable de la transmission d'informations entre le système nerveux central et les organes du corps. Il se compose de nerfs périphériques qui permettent la communication entre le cerveau et les muscles ainsi que les organes sensoriels. Le système nerveux périphérique est divisé en deux parties : le système nerveux moteur qui transmet les commandes motrices du cerveau aux muscles, et le système nerveux autonome qui contrôle les fonctions des organes internes. Le système nerveux autonome lui-même divisé en deux parties : le système sympathique et le système parasympathique qui ont

des rôles opposés dans la régulation des fonctions physiologiques et associés aux émotions de l'individu (Adouan et Ahman, 2012, P. 192).

Dans les années 1940, des études sur les troubles psychosomatiques ont lié la neuroscience à la science psychologique et immunologique dans le but de comprendre la relation entre l'esprit et le corps. En 1964, le psychologue expérimental Robert Ader a introduit le concept de psychologie neuro-immune, une découverte majeure démontrant le contrôle du cerveau sur le système immunitaire. Ces découvertes sont survenues par accident lors d'expériences visant à conditionner des souris à associer une boisson sucrée à des vomissements. Ader a observé que les souris ont également développé une réponse inhibitrice du système immunitaire. Depuis les années 1970, des découvertes ont confirmé la relation étroite entre le système nerveux et le système immunitaire, notamment les découvertes par David Felten d'un réseau de nerfs dans des organes du système immunitaire tels que la rate, le thymus et le lymphome en 1979.

L'immunologie neuropsychiatrique est un domaine moderne de la psychologie de la santé qui combine la neuroscience, l'immunité et la psychologie sociale. Son objectif est d'étudier l'influence de l'esprit sur le corps, en particulier sur le système immunitaire. Cette discipline est liée au concept de bio ingénierie, qui vise à maintenir un équilibre optimal entre les hormones, le système immunitaire et le système nerveux pour nous protéger des dangers quotidiens. Tout déséquilibre causé par une réaction émotionnelle perturbatrice ou un sentiment qui échappe à notre contrôle affecte cet équilibre.

La science neuropsychiatrique examine comment la psychologie et le système nerveux influencent le système immunitaire. C'est une discipline hybride qui intègre la psychologie, le système immunitaire et le système nerveux, et cherche à comprendre comment le cerveau affecte les cellules immunitaires du corps, ainsi que comment le comportement et les fonctions du système immunitaire peuvent s'influencer mutuellement. Cette science se concentre sur les interactions mesurables entre les processus psychologiques et physiologiques. Elle comprend quatre aspects essentiels :

- L'aspect psychologique : l'étude de soi
- L'aspect neurologique : l'étude du système endocrinien.
- L'aspect immunologique : l'étude des défenses du système immunitaire.

Dans cette perspective, la psychologie neuro-immunologique se focalise sur les domaines suivants :

-Le comportement humain et son impact sur les composantes psychosociales, ainsi que son interaction avec les systèmes nerveux et immunitaire.

-La relation entre le système nerveux et les systèmes endocrinien et immunitaire qui offrent une base biologique et une interprétation des maladies.

-La tentative de détecter l'influence du système nerveux et du système immunitaire sur les troubles psychosomatiques et physiques (Abdelkawi, 2002, P.49-52).

4.2 Modèles d'interaction entre les systèmes psychosociaux, neurologique et immunitaires :

En fait, l'immunologie neuropsychiatrique a souvent évolué à l'avance de nombreux modèles d'interaction entre le système nerveux, le système immunitaire et l'esprit. Quelles sont les interactions entre les dispositifs mentionnés ci-dessus ? Nous pouvons résumer ces modèles en indiquant cette évolution comme suit :

- **Premier modèle (dirigé par le système nerveux) :** Dans ce modèle, le système nerveux central est au sommet du gradient. Il est chargé de réguler le fonctionnement des deux autres organes, où le système psychologique ou mental, y compris la conscience, la pensée, les sentiments, le comportement et la personnalité, est le produit du système nerveux. Le système immunitaire est également considéré comme le sixième sens qui fournit au système nerveux des informations sur l'état de santé du corps (Abdelkawi, 2002, P, 54-55).
- **Le deuxième modèle :** Dans lequel les systèmes nerveux et psychologique sont une chose et dans une relation mutuelle avec le système immunitaire dans le sens où ils l'affectent, et le système immunitaire peut modifier l'activité du système nerveux qui affecte à son tour la psyché.
- **Le troisième modèle :** Se compose de la psyché, du système nerveux et du système immunitaire comme trois organes séparés et égaux de sorte que chaque organe a un degré d'autonomie mais est en contact l'un avec l'autre et tout changement dans un organe affecte directement ou indirectement les fonctions des deux autres organes.
- **Le quatrième modèle :** Il s'agit d'un modèle intégral entre les trois organes puisque le processus de communication et d'interaction entre eux peut se produire à travers des

facteurs communs. La fonction des trois organes dépend même en partie les uns des autres. Il n'est pas encore clair quelle est la nature de cette partie commune de ces dispositifs, comment ils affectent les uns les autres ou la fonction biologique de cette communication (Abdelkawi, 2002, P, 54-56).

La science neuropsychiatrique a révélé une relation interactive entre les systèmes nerveux et immunitaires. Les chercheurs ne pensaient auparavant que ces systèmes étaient indépendants. Mais des fibres nerveuses ont été découvertes dans le système sont similaires, bien qu'ils traitent différents types d'informations. Ils coopèrent et utilisent des signaux chimiques. Certains considèrent le système immunitaire comme un deuxième système nerveux central. L'individualisme humain est devenu un sujet d'étude important, mais il est difficile de localiser la conscience ou attribuer des fonctions psychologiques supérieures à des régions spécifiques du système nerveux. Les réflexes conditionnés ont démontré la similarité entre la fonction du cortex cérébral et la physiologie dans le centre inférieur, remettant en question la distinction entre le physique et la psychologique dans l'expérience humaine (Abdelkawi, 2002, P. 49-51).

Il traite de l'évolution des sciences physiques et de leur impact sur l'observation objective du comportement humain. Les scientifiques se concentrent sur ce qui peut être observé et mesuré, en annulant les aspects tels que la volonté, la conscience et la pensée. Les théories du conditionnement comportemental ont été adoptées dans les écoles, en utilisant les méthodes de Pavlov et Skinner pour induire des changements dans les réponses autonomes des organes. La psychanalyse a accordé une importance spécifique à la conscience physiologique considère la conscience comme un processus cérébral essentiel dans l'interprétation du comportement humain. La structure du cerveau permet une personnalité du comportement et des souvenirs (Fayçal Mohammed, 2000, P.95).

La place de la conscience dans la psychanalyse et la recherche scientifique. La psychanalyse a attribué une importance spécifique à la conscience, mais elle joue un rôle limité dans l'individu. La neuroscience physiologique considère la conscience comme un processus cérébral essentiel dans l'interprétation du comportement humain. La conscience est vue comme une partie intégrale du cerveau et est responsable des actions résultant de l'esprit. Il est souligné que la structure cérébrale varie d'un individu à l'autre et permet la personnalisation du comportement et l'imagination des souvenirs. Le langage joue un rôle clé dans l'approfondissement de notre compréhension interne, car il permet le codage du cerveau et est lié à la conscience du locuteur. La neuroscience n'est pas simplement un sujet de

réflexion, mais la conscience joue un rôle fondamental qui peut être négligé. L'esprit, la psyché et la conscience lient dans le domaine de la neuroscience. Il souligne que les processus mentaux sont liés à la fois à l'esprit et à la psyché, et que la conscience est une intégration mécanique dans le cerveau humain. Cette intégration est un ensemble de processus autorégulés qui contribuent à la composition de l'indenté humain. Les fonctions de raison et de raisonnement sont importantes dans ce processus. L'évolution de l'esprit a permis une intégration supérieure conduisant à la conscience. La conscience humaine ne peut être considérée uniquement du point de vue psychologique ou métaphysique, mais doit être étudiée d'un point de vue neurophysiologique, en prenant en compte la performance cérébrale et l'organisation de la conscience dans l'esprit. La complexité cérébrale donne à la structure humaine la capacité de dire « je » et englobe tous les aspects de l'être humain, qu'ils soient psychologiques ou autres, en tant qu'aspect fonctionnel d'une personne intégrée plutôt qu'en tant qu'entité distincte (Ikardouchene Bali, 2015, P.33).

Tenant compte des données neuroscientifiques, Stora a développé un corpus théorique très large expliquant le modèle global « Neuropsychosomatique » de la vie intra-utérine au stade génital œdipien et qu'il a résumé en janvier 2020 comme suit :

1^{ère} organisation somatique, comportementale et émotionnelle : trois composantes

- **Stade de développement intra-utérin.**

Il est important avec nos patients de toujours penser au stress maternel pendant la grossesse : quels sont les événements de vie qui ont perturbé le développement fœtal ?

- **Stade archaïque des premiers mois (dominé par la sensorimotricité), et les périodes critiques**
- **l'organisation cénesthésique, et l'organisation somato-psychique du stade oral ;** 6 premiers mois de vie - relations pré-objectales (Bon et mauvais Objet) ; avec l'apparition du sourire au troisième mois, les traces mnémoniques sont établies ce qui implique que les parties constituant l'appareil psychique sont en place: conscient, préconscient et inconscient. Un moi rudimentaire se développe au sein du continuum somatopsychique dans l'activité musculaire et de plus en plus coordonnée et dirigée.

2^{ème} organisation somato-psychique :

- L'organisation diacritique, et le stade anal ; neuf premiers mois de vie (introjection de l'Objet maternel permettant l'intrication pulsionnelle : pulsions sexuelles et pulsions agressives).

Cette deuxième organisation constitue un chaînon indispensable dans le continuum somatopsychique. Elle établit les relations entre les fonctions viscérales et les fonctions motrices. On passe ainsi au cours du processus de développement psychosexuel, d'un mode somatique à un mode psychique de décharge de l'énergie. En termes psychanalytiques, Spitz assimile la relation entre les organisations cénesthésique et diacritique à la relation entre processus primaire et processus secondaire ; « nous ne prenons conscience du travail accompli en sourdine par le système cénesthésique que par les déformations qu'il impose au fonctionnement diacritique ou par l'influence qu'il exerce sur le processus primaire ».

- **Importance de l'émotion comme détonateur de troubles psychiques et somatiques : les marqueurs somatopsychiques.**

Les découvertes neuronales et somatiques des circuits des émotions et de leurs associations à des états corporels nous conduit à proposer l'existence **de noyaux archaïques somatopsychiques mémorisant l'ensemble des situations précocement vécues de la naissance jusqu'à la période verbale**. Ces fixations relient un état somatique, une manifestation émotionnelle et un comportement associé, le tout est comme nous l'avons vu ci-dessus encodé neuralemment et intégré dans l'organisation cénesthésique, puis dans l'organisation diacritique.

Les marqueurs somatopsychiques sont des mécanismes d'aides inconscientes à l'action quotidienne des êtres humains. Damasio (1995) définit ainsi ce concept en disant que l'association d'une perception d'une sensation déplaisante ou agréable corporelle lors d'une prise de décision à une image particulière, est appelée "marqueur" somatique, que la perception soit d'origine viscérale ou non. Le marqueur somatique agit soit comme un signal d'alarme - danger de choisir cette solution- ou comme un signal d'encouragement; dans les deux cas, c'est un système qui donne des indications d'orientation.

3ème organisation somato-psychique:

- **Stade du premier œdipe et développement de la névrose infantile.**

Le système psychique ne peut se développer que si préalablement pendant la vie intra-utérine et pendant les cinq années suivantes il y ait intégration des différentes fonctions des cortex sensorimoteurs, du système limbique et du cortex préfrontal. Sans l'intégration neuronale, le système psychique ne peut advenir.

- **le développement neuroendocrinien de la maturation de la sexualité féminine et masculine**

De 5 ans à 12-13 ans développement biologique et neuro-hormonal du système hypothalamique (développement du système hormonal sexuel-environ 7 à 8 années)

Stade phallique-narcissique de la pré-adolescence et de l'adolescence

4EME ORGANISATION SOMATO-PSYCHIQUE:

Stade génital œdipien, prédominance de la problématique œdipienne classique dans la relation à la mère et au père. Technique classique de la Psychanalyse.

Synthèse :

La psychosomatique intégrative a pour objectif de devenir une science centrée sur l'homme en adaptant l'approche de la psychanalyse, qui se concentre sur les individus eux-mêmes et en rejetant le dualisme historique qui sépare le psychique et le somatique. Cette approche permet aux professionnels d'acquérir des compétences et une spécialisation qui permettent d'examiner et de traiter les patients souffrant de maladies organiques, et de participer à des recherches en fonction de leur expérience.

Chapitre III: Aspect médicale et psychologique de diabète

Préambule :

De manière générale, le diabète est reconnu comme étant une maladie chronique grave qui nécessite un suivi rigoureux et une implication des professionnels de la santé. Cette condition de santé amène un fardeau important dans plusieurs volets de la vie des personnes qui en sont atteintes, En effet, le diabète est une maladie chronique ayant des effets négatifs en raison des nombreux facteurs de comorbidités qui peuvent en découler.

Dans ce chapitre on va démontrer les différents concepts médicaux et psychologiques qui nous permettent d'élargir et de comprendre cette maladie.

I. Aspect médicale :**1 Définition du diabète :**

Le diabète sucré est défini par l'OMS comme « un groupe de maladies métaboliques, caractérisé par une hyperglycémie chronique de degré variable résultant d'un défaut de la sécrétion de l'insuline ou de l'action de l'insuline ou des deux anomalies conjuguées ». Le diabète est responsable d'une surmortalité et d'une morbidité lourde incluant les complications dégénératives, gravidiques, infectieuses.

L'amélioration du pronostic du diabète sucré repose sur une stratégie basée sur les moyens hygiéno-diététiques, les médicaments et l'éducation thérapeutique permettant d'atteindre des objectifs métaboliques personnalisés. (Cours Commun de Résidanat Mai 2022).

2 Histoire du diabète :

La première référence au diabète apparaît dans un papyrus égyptien datant d'environ 1500 avant J.-C. Le nom de diabète sucré – d'après le mot latin mel, signifiant « miel »- fut donné, à cause de la douceur de l'urine diabétique, par Thomas Willis, médecin britannique du XVIIe siècle, il remarqua également que bien que la maladie soit rare dans les temps anciens, sa fréquence augmentait. La cause du diabète resta inconnue jusqu'à la fin du XIXe siècle, lorsque Josèphe Von Mering et Edouard Hedon trouvent l'association entre diabète et pancréas. En fin, en 1893, le pathologiste français Gustave-Edouard Languesse découvrit que la régulation de la glycémie dépendait d'une hormone sécrétée par le pancréas ; l'insuline.

3 Les types du diabète :

L'OMS distinguait deux principaux types de diabète : le diabète insulino-dépendant (DID) et le diabète non insulino-dépendant (DNID) ; bien que d'autres types puissent être inclus. La nouvelle classification proposée repose sur l'étiologie de la maladie et non sur le degré d'hyperglycémie ou son traitement et elle comporte de nombreux types de diabète, dont les plus fréquents sont le diabète DID et le diabète DNID (Makhlouf et al, 2015).

3.1 Le diabète type1 (insulino-dépendant)

Le diabète insulino-dépendant, ou type 1 ou diabète maigre est une maladie auto-immune détruisant les cellules B (béta) du pancréas conduisant à l'absence d'insuline et donc à l'hyperglycémie (Buffet, Vazier, 2010, P. 225).

3.2 Le diabète type2 (non insulino-dépendant)

Le diabète non insulino-dépendant est la forme la plus fréquente de diabète sucré. Il s'agit d'une maladie hétérogène sur les plans pathogénique clinique et biologique, le plus souvent asymptomatique mais responsable de complication à long terme (Buffet, Vazier, 2010, P.239).

4 Les causes :

4.1 Les cause de diabète de type 1 :

Le diabète de type 1 (anciennement diabète insulino-dépendant), est une maladie qui touche préférentiellement les enfants et les jeunes adultes, il n'y a pas de facteurs favorisant ce type de diabète arrive souvent comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu chez une personne jusque-là en parfaite santé. On ne connaît pas exactement les causes même si un lien avec des infections vitales semble de plus en plus plausible, dans des cas exceptionnels les défenses de corps réagissent en effet avec excès à ces virus : l'organisme produit des anticorps contre les virus mais ces anticorps se trompent en quelque sorte de cible et vont attaquer également les cellules du pancréas qui produisent l'insuline. Ces anticorps du diabète de type 1 peuvent d'ailleurs être dosés dans le sang s'il y a un doute sur le type de diabète, suite à cette attaque par les anticorps (maladie auto-immune), il se produit une inflammation des petits îlots producteur d'insuline au sein du pancréas, les îlots de Langerhans. Cette inflammation détruit les cellules en quelques semaines ou quelques mois, entraînant un arrêt de la production naturelle d'insuline (Jean jacques Altman et al. 2014, P. 8).

Les facteurs qu'on peut trouver aussi qui peuvent causer un diabète de type 1 sont :

1.1.1. Le facteur d'hérédité : le fait d'appartenir à la famille d'un diabétique de type 1 est en soi un facteur de risque particulier puisque 6% des apparentés au premier degré développeront un diabète. En contre part d'autre médecin chercheurs affirme qu'il n'y a généralement pas de transmission du diabète de type 1 dans la famille moins qu'avec le type 2, il existe certes une prédisposition génétique mais qui reste très faible et n'est pas une fatalité (Jean jacques Altman et al. 2014, P. 9).

1.1.2. Les facteurs nutritionnels : dans les pays scandinaves, des diabètes de type I ont été rapportés plus fréquemment chez des patients ayant consommé de grandes quantités de viande fumées, le rôle toxique des nitrosamines a été avancé, d'autre part une prévalence plus élevée de type I est mentionné chez des sujets ayant consommé du lait de vache dans les premiers mois de leur vie (Jean jacques Altman et al. 2014).

4.2 Les causes de diabète type 2 :

On trouve plusieurs facteurs qui peuvent favoriser l'apparition du diabète type 2 chez les personnes prédisposées, parmi ces facteurs il y a :

- **L'âge :** avec des années le pancréas fabrique moins en moins d'insuline.
- **Le surpoids :** le corps a besoin de plus d'insuline quand on est en surpoids, l'insuline fonctionne moins bien (insulinorésistance).
- **La sédentarité :** un manque d'efforts physiques augmente la résistance à l'insuline et diminue la consommation de glucose.
- **Une alimentation déséquilibrée** un excès de graisse, un manque de fruits et de légumes favorisent la résistance à l'insuline.
- **Certains médicament** certains médicaments sont très efficaces et utiles, mais ont des effets indésirables
- **La grossesse :** les besoin en insuline en insuline augmentent de façon majeure avec la grossesse
- **le facteur d'hérédité :** le diabète de type 2 à une forte composante familiale certaines familles ont des gènes de prédisposition au diabète. (Jean jacques Altman et al. 2014, p.)

5 Les symptômes d'un diabétique :

5.1 Signe clinique :

- **La polyurie** : accroissement des quantités d'urine émises en 24.
- **L'amaigrissement** : perte de poids supérieure à 5% du poids corporelle habituelle.
- **La polydipsie** : soif excessive, c'est une manifestation fréquente du diabète.
- **La polyphagie** : boulimie, elle contraste avec l'amaigrissement est oriente vers le diagnostic de maladies métabolique des troubles visuels au début de diabète.

5.2 Signe biologique :

- **L'hypoglycémie** : Lorsqu'il y a une augmentation du niveau de glucose dans le sang, cela peut être considéré comme pathologique à partir d'un niveau compris entre 5,3 et 6,1 mmol/L, ce qui correspond au stade intermédiaire avant le diabète. Au-delà de 6,1 mmol/L, cela est considéré comme étant du diabète selon les normes de l'OMS. La glycosurie, quant à elle, correspond à la présence anormale de glucose dans les urines, ce qui est généralement lié à une élévation du taux de glucose dans le sang.
- **Le dosage de la glycosurie** : L'examen de la glycosurie peut également révéler la présence de cétones dans les urines, comme le confirment souvent les bandelettes de test. Bien que cet examen de laboratoire ne soit pas particulièrement informatif, il confirme les données de manière quantitative. Son principal intérêt est de mettre en évidence l'importance de la perte de glucose, qui peut facilement dépasser les 100 g par jour.

5.3 Insuline : une hormone pancréatique sécrétée par la cellule bêta des îlots de Langerhans. Elle favorise l'utilisation du glucose par les tissus et abaisse le taux de glycémie dans le sang. L'antagoniste de l'insuline est le glucagon. L'insuline est administrée par voie sous-cutanée dans les traitements du diabète et est standardisée en unités internationales.

6 Les complications d'un diabétique :

Selon l'OMS, en 2016, le diabète peut entraîner des complications qui affectent plusieurs parties de l'organisme et accroître le risque général de décès prématuré quel qu'en soit le type, Au nombre des complications possibles figurent l'infarctus de myocarde, l'accident vasculaire cérébral, l'insuffisance rénale, l'amputation des jambes, la perte de vision et des lésions nerveuses. Pendant la grossesse, un diabète mal maîtrisé accroît le risque de mortalité intra-utérine et d'autres complications.

7 Traitement du diabète :

La prise en charge du diabète doit être globale. Les objectifs du traitement sont multiples :

- Equilibrer le diabète en atteignant des objectifs glycémique personnalisés et en évitant les hypoglycémies.
- Prévenir les complications métaboliques.
- Prévenir les complications chroniques responsables de la mortalité et de la morbidité de la maladie.
- Assurer une bonne qualité de vie au diabétique pour lui permettre une vie familiale.
- Professionnelle et personnelle normales.
- Les moyens du traitement sont Les mesures hygiéno-diététiques.
- Les antidiabétiques oraux, utilisés depuis une soixantaine d'années et actuellement de plus en plus nombreux.
- L'insulinothérapie, utilisée depuis 1921.

La réalisation des objectifs thérapeutiques nécessite une participation active des patients, ce qui impose à l'équipe soignante un effort de transfert de connaissances (éducation thérapeutique) des diabétiques.

8 Prévention du diabète sucre:

8.1 Dans le diabète type 1 : **Les essais de prévention dans le DTI par un traitement immunosuppresseur (type cyclosporine) ont donné des résultats décevants, même s'il est possible d'identifier les personnes à risque antécédents familiaux ou personnels de maladie auto-immune, HLA Prédiposant, positivité des anticorps anti pancréas...**

8.2 Dans le diabète de type 2 : **La prévention n'est efficace que dans le diabète de type 2. On identifie 2 types de prévention :**

- **La prévention primordiale** visant à éviter les facteurs de risque du DT2 : lutte contre l'obésité juvénile, adoption d'habitudes alimentaires saines, promotion de l'activité physique, lutte contre les addictions...
- **La prévention primaire**, qui vise à éviter le DT2 chez les personnes à risque hérédité de diabète, état pré diabétique, antécédents de syndrome métabolique (obésité androïde. HTA, hyperlipidémie, SOPK...) antécédents de diabète transitoire diabète gestationnel, diabète induit par un médicament ou secondaire à une affection aiguë.

❖ **Cette prévention est basée sur :**

-Les mesures hygiéno-diététiques visant à réduire le poids d'au moins 7 à 10% chez les sujets obèses ou en surpoids par les mesures diététiques et l'activité physique modérée et régulière (150 mn/ semaine) (ADA 2015).

-La gestion du stress.

-Des précautions lors des prescriptions médicamenteuses : une attention particulière doit être portée aux antihypertenseurs chez les sujets porteurs de syndrome métabolique les diurétiques et les bêtabloquants favorisent le diabète, alors que les bloqueurs du SRAA (IEC et ARA2) préviennent le diabète. Les autres médicaments diabéto-gènes doivent être évités corticoïdes, pilule contraceptive normo-dosée.

-La prescription médicamenteuse de metformine a été proposée par l'ADA en 2015 pour les personnes PR diabétiques obèses ($IMC > 35 \text{ kg/m}^3$), âgées de moins de 60 ans et les femmes ayant eu un diabète gestationnel.

-Dépistages annuel du diabète, chez les sujets à risque.

II Les aspects psychologiques du diabète :

Les travaux de R. Debray en 1983, ont examiné la relation singulière entre l'organisation mentale d'un individu diabétique et l'état de sa maladie, en soulignant l'importance des dysfonctionnements du moi corporel. Les attachements précoces à un moi corporel mal délimité rendent la construction d'un moi solide délicate. Ainsi, le diabète insulino-dépendant représente à la fois une manifestation de la désorganisation des mécanismes de défense et une épreuve psychologique plus significative que ce que suggère l'aspect apparemment « banal » de la maladie. Les particularités de cette économie psychosomatique ne sont pas exclusives au diabète, mais chez les diabétiques, plusieurs points se dégagent (M.Hilia-M.Katia ,2014-2015, P10).

Il n'existe pas une organisation mentale spécifique propre aux diabétiques, mais plutôt une variété de possibilités de désorganisation. L'apparition du diabète peut être liée à un traumatisme, c'est-à-dire à un événement particulier (séparation, traumatisme...) où le diabète est perçu comme une réponse somatique à la non-élaboration de cet événement. Chez certains patients diabétiques, les difficultés liées à l'organisation mentale ne se manifestent pas nécessairement par le diabète lui-même. Au contraire, le diabète peut constituer un point stable et coexister avec d'autres troubles qui expriment les modifications de l'économie psychosomatique. Les chercheurs ont mis en évidence plusieurs aspects de la maladie du diabète (Doucet, 2000, P.44).

1 Aspect de la personnalité :

Dunbar et al en 1936 ont mentionné la notion de « personnalité diabétique ». Selon Dunbar 1946, les diabétiques présentent des traits de personnalité immatures, passifs, avec une dépendance orale. Il les décrit comme faibles, irascibles et instables dans leur comportement, avec une tendance à la dépendance suivie d'une rébellion explosive (B.Souhila-B.Zouina, 2013-2014, P.19-20).

L'anxiété est particulièrement fréquente chez les diabétiques et est positivement corrélée à une mauvaise maîtrise glycémique, mesurée par l'augmentation de l'hémoglobine glycolysée. Les recherches sur le stress fournissent deux types d'informations : premièrement la quantification des événements de vie montre une relation entre les événements et le stress,

deuxièmement, de nombreuses études se sont penchées sur le rôle et l'impact des événements stressants et des contraintes quotidiennes sur le déclenchement et l'évolution du diabète. Ces travaux ont mis en évidence les mécanismes psychophysiologiques et l'impact des hormones de stress sur l'équilibre glycémique (Haynal et al, 1987, P.117).

La dépression est le symptôme le plus fréquemment cité chez les diabétiques accompagnée d'une perte d'estime de soi, d'une diminution de l'énergie, d'une augmentation de la fatigue et de troubles alimentaires (Haynal et al, 1987, P.10).

2 Détresse émotionnelle :

D'après Dawn, les personnes atteintes de diabète ont signalé éprouver du stress en raison de leur condition. Ils se sentent préoccupés par leur incapacité à remplir leurs responsabilités familiales et sont plus stressés que la plupart des personnes de leur entourage. Environ la moitié des personnes atteintes de diabète interrogées ont exprimé une grande anxiété concernant leur poids, une crainte d'une détérioration de leur état de santé et une appréhension des crises d'hypoglycémie (baisse du taux de glucose dans le sang) (Snoek, 2002, P, 38).

Cette étude indique que la responsabilité des soins constitue un fardeau important pour l'individu, susceptible d'affecter leur bien-être. En effet, des recherches antérieures ont révélé que la détresse émotionnelle est un sentiment fréquent chez les personnes atteintes de diabète, et que la prévalence de la dépression est deux fois plus élevée chez ces individus par rapport à la population générale, soit environ 15% à 20%, indépendamment du type de diabète (Ibid., P, 39).

3 L'aspect sexuel :

Les problèmes sexuels sont fréquemment observés chez les hommes, et les difficultés sexuelles sont souvent associées à des troubles de la fonction érectile. Ces difficultés surviennent généralement en conjonction avec des troubles anxieux et des symptômes dépressifs. Les hommes souffrant de dysfonction érectile rencontrent tous des difficultés psychologiques, mais il est difficile de déterminer si ces problèmes sont la cause ou la conséquence de l'impuissance (M.Hilia-M.Katia ,2014-2015, P12).

L'impuissance masculine peut avoir des causes multiples, notamment des problèmes vasculaires ou neurologiques. Les recherches sur les troubles sexuels chez les femmes sont limitées, mais des problèmes sexuels sont limités, mais des problèmes sexuels sont également

observés. Par exemple, Kolodny (1971) a signalé que 35% des femmes diabétiques rencontrent des difficultés sexuelles. Il ne semble pas y avoir de lien entre les troubles sexuels et les complications dégénératives liées au diabète n'est pas nécessairement la cause des problèmes sexuels et que leur origine reste incertaine. En plus ces des facteurs physiques, de nombreux travaux soulignent l'importance des facteurs psychologiques, liés à la situation du patient ou à sa personnalité (Pascal, 1990, P, 10).

4 L'aspect cognitif :

Les troubles cognitifs mentionnés présentent des variations en termes d'importance et de nature, selon différentes études (Surrudge, Williams et al.1948 ; Lawson). Pour Bale (1973) suggéré qu'il existe un déficit de la mémoire et de l'apprentissage verbal qui est étroitement lié au nombre et à la sévérité des épisodes d'hypoglycémie. Cependant, Skenazy&Bigler (1984) contestent ces hypothèses et mettent en évidence un déficit sensori-moteur potentiellement lié à une atteinte du système nerveux périphérique. Les déficits visu-praxiques sont également corrélés de manière significative avec l'incidence des épisodes hypoglycémiques et des comas diabétiques (Ibid., P, 10).

5 Les conséquences psychologies du diabète :

La découverte de sa maladie par un diabétique contribue considérablement à l'augmentation du stress, en particulier dans le cas du diabète juvénile, et ce pour deux raisons principales :

- En raison de leur jeune âge, les patients diabétiques vivent souvent leur première expérience d'une maladie grave nécessitant des hospitalisations.
- L'attaque soudaine de la maladie laisse peu de temps au patient pour s'adapter. Généralement, dès son hospitalisation et le moment du diagnostic, on s'attend à ce qu'il assume la responsabilité de sa maladie jusqu'à son congé (D.Mprel, 1981, P, 13).

6 Le vécu de la malade :

Lorsqu'un individu apprend qu'il est atteint d'une maladie chronique, il traverse différents phases psychologique avant d'accepter sa condition. Ces phases suivent un schéma similaire au cycle du deuil. Pedinielli décrit également le processus psychologique qui peut être observé chez toutes les personnes atteintes d'une maladie grave, qu'elle soit d'ordre physique ou psychique (B.Souhila-B.Zouina, 2013-2014, P.21).

- **Phase de refus ou d'isolement** : cette phase est nécessaire car elle permet à la personne de prendre conscience de la gravité ou du caractère fatal de la maladie.
- **Phase de colère (irritation)** : elle est marquée par la question « pourquoi moi » et peut conduire à des projections agressives, pouvant entraîner une rupture dans la relation médecin-patient.
- **Phase de marchandage** : la personne peut chercher un soutien auprès du personnel soignant et souvent également auprès de dieu.
- **Phase de dépression** : elle se manifeste par une dépression réactionnelle due aux pertes liées à la perception de soi et des autres, ainsi que par une forme de « chagrin préparatoire » liée à l'acceptation de son destin.
- **Phase d'acceptation** : durant cette phase, la personne peut ressentir un vide émotionnel.
- **Phase d'espoir** : l'espoir est présent à toutes les étapes de la maladie et persiste jusqu'aux derniers moments.

J.L.Pedinielli souligne également que dans l'approche temporelle de la maladie, l'avenir se limite au futur immédiat. Les personnes atteintes de maladies, en particulier celles présentant un pronostic grave, ont tendance à formuler peu de projets concernant l'avenir (Pedinielli, 2005, P. 43-52).

Synthèse :

En résumé, le diabète est un problème de santé publique qui touche toutes les sociétés humaines, indépendamment de leur stade de développement. Sa prévalence augmente en raison du vieillissement de la population, des changements de mode de vie et des progrès du diagnostic. Le diabète affecte l'intégrité corporelle et physique des personnes, mais en suivant les conseils de leur médecin traitant et en adoptant un régime alimentaire équilibré, les diabétiques peuvent maintenir une bonne santé.

Chapitre IV : Procédures méthodologiques de l'étude

Préambule

Dans ce chapitre nous aborderons la méthode sur laquelle nous, nous sommes basées pour réaliser notre recherche, à savoir : la méthode clinique basée sur le cas et les outils de recherche que nous avons utilisés c'est-à-dire : c'est-à-dire, l'entretien clinique semi directif et le test TAT. Nous allons aussi aborder les méthodes d'analyse de nos outils.

1 Méthodologie et sa définition :

L'étude actuelle est une tentative pour comprendre le fonctionnement psychosomatique chez les personnes atteinte du diabète type1, ce qui fait de l'approche clinique l'outil privilégié pour cette présente étude, car il permet de comprendre le processus psychologique sous-jacent à l'apparition de la maladie. Le choix de l'approche appropriée dépend, évidemment 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 le fonctionnement de la personne diabétique 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.

« La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes comportement dans le but de proposer une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle » (Fernandez, Pedinielli, 2006, P. 41).

« La méthode clinique, qui trouve son origine dans la démarche médicale, s'est ainsi édifiée de manière autonome en tentant de sauvegarder à la fois la rigueur de l'approche et la restitution de l'individualité. D'autre part, elle est avant tout celle qui permet au psychologue de parvenir à une évaluation du problème présenté par le sujet de conduite une intervention efficace. Mais le corpus de connaissances nommé « psychologie clinique » suppose la production d'un savoir, des activités de recherche qui permettent d'assurer au domaine clinique un corpus de connaissances, un « logos » autre qu'un ensemble d'informations empiriques tirées de l'expérience des praticiens peut, donc, être considérée comme clinique, la méthode qui vise à recueillir des informations fiables dans le domaine clinique (étude, évaluation, diagnostic, traitement de la souffrance psychique ou des difficultés d'adaptation) et qui réfère en dernière instance ces informations à la dimension individuelle. La méthode clinique se compose d'une série de techniques qui peuvent être utilisées tant dans la pratique, que dans la production des connaissances, certaines visant le recueil du matériel (entretien par exemple). L'ensemble de ces techniques a pour objet d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique) ou des problèmes qui l'assaillent (production des théories) » (Fernandez, Pedinielli, 2006, P. 42-43).

En utilisant la méthode clinique, basée sur le cas, nous aspirons à examiner le cas et de synthétiser les résultats pour parvenir à une conclusion. En effet, « l'étude de cas permet le recueil de données concernant un sujet, ces données doivent être riches, diversifiées, subjectivités, étendues et la production qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité et de singularité. (Pedinielle& Fernandez, 2015, P. 123).

Nous avons choisi l'étude de cas par ce que celle-ci va nous permettre une observation clinique qui privilégie la dimension expérientiel de l'être humain. « L'observation clinique est donc au fondement de la méthode clinique. L'observation, attentive est en elle-même un outil, une méthode pour se saisir de la clinique. Elle est une méthode à la fois pour la pratique et pour la recherche clinique ; il n'est pas nécessaire de recourir à des méthodes armées pour recueillir le matériel. Si l'on sait observer avec rigueur on peut toujours recueillir un matériel d'une très grande richesse, quelle que soit la clinique » (Cicccone, 1998).

1.2 Caractéristiques du groupe d'étude :

Comme nous l'avons indiqué précédemment, notre groupe de recherche est constitué de 2cas dont une femme de 43ans et un homme de 61ans.

Tableau n°1 : récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude :

Nom	Age	Etat civil	Niveaux professionnel	Profession	La durée de traitement
Houria	43 ans	Divorcée	3 ^{ème} année CEM	Femme au foyer	18 Ans
Idir	61 ans	Marié	Etude supérieur	Directeur d'une société privé	17 ans

Le tableau précédent montre que notre population est constituée de 2cas : le cas IDIR 61ans ayant un niveau supérieur dans ses études et occupant un poste de responsabilité d'une société de production. IDIR soigne sa maladie depuis 17ans. Le deuxième cas, est celui de HOURIA âgée de 43 divorcée et ayant un niveau scolaire moyen. HOURIA est une femme au foyer et elle soigne sa maladie depuis 18ans.

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 de Sidi Aïch, Belhocine Rachid dans le service de médecine interne pour vérifier la disponibilité des cas.

2.1.2. L'enquête :

Notre enquête s'est déroulée au niveau de l'hôpital Sidi Aïch, Belhocine Rachid , elle a duré 28 jours, du 02/ 04/2023 au 30/ 04/2023, à raison de deux fois par semaine. Nous avons travaillé avec les patients qui ont données leur consentement pour participer à cette recherche.

3 Le cadre spatial de la recherche :

Notre recherche s'est déroulée au sein de l'EPH « établissement public hospitalier de Sidi Aïch, Belhocine Rachid », est situé à 45 kms de chef-lieu de la wilaya de Bejaïa au niveau de la zone haute de la ville de Sidi Aïch, se compose de plusieurs services (secrétariat, urgences, médecine interne, chirurgie, pédiatrie, ophtalmologie, psychologie). Dans cet hôpital exercent des psychologues, médecins généralistes, spécialistes, des chirurgiens..., le groupe des soignants et infirmiers. Dans chaque service on trouve un médecin chef et le chef de service.

Le service de médecine interne assure la prise en charge de toute pathologie, de même que les diabétiques de différents types suivis par un diabétologue et un diététicien qui s'occupe des régimes alimentaires appropriés à chaque diabétique. Afin que les diabétiques sachent comment s'adapter au régime et de mener une vie normale, c'est-à-dire accepter la maladie chronique surtout de pouvoir se réintégrer dans l'environnement.

4 Les techniques utilisées dans la recherche :

La méthodologie de recherche est un élément essentiel dans notre démarche. Ainsi, nous avons décidé d'adopter l'entretien clinique afin d'obtenir des informations relatives au cas. De plus, nous avons également choisi d'utiliser un test projectif complémentaire, le Test d'Appréhension thématique (TAT), qui se focalisera spécifiquement sur l'étude du fonctionnement de la personne dans sa globalité et surtout par rapport à la manière de pouvoir ou non de se dégager des problématique universelle et latente au test TAT. Ce qui à sont tour, est susceptible de nous donner un aperçu sur le fonctionnement psychosomatique de la personne. Il est important de définir chacun de ces outils afin de mieux comprendre leur contenu ainsi que leur utilité dans notre étude.

4.1 L'entretien clinique semi-directif :

L'entretien clinique est la technique principale sur laquelle s'appuie le psychologue clinicien, qu'il soit à visée thérapeutique ou d'évaluation (...) La parole offerte aux patients met le clinicien en position de devoir écouter ce que le patient à dire dans cette mise en acte singulière de la parole, transparait la position de sujet, soit sa sévérité et sa parole qu'il réserve au psychologue dans le dispositif se présentent également des informations nécessaires au cliniciens concernant les motifs de la consultation, l'histoire de patient, les antécédents personnelles et familiaux, l'histoire de trouble et leurs apparition, le mode de fonctionnement psychique est appréhendé à partir d'une analyse psycho dynamique qui

inclus la prise en compte des mécanismes de défense, des modes de relation d'objet, et des modes d'investissement libidinaux et la nature de conflit psychique. (Capdeveille et coll, 2004, p.76).

De plus, « l'entretien clinique n'est pas un interrogatoire mais c'est une écoute, le sujet doit être placé, le plus possible, à l'aise, les conditions matérielles comme le temps, lieu, distance et argent, ou affective comme la disponibilité, authenticité, empathie, qui revêtent une importance extrême. La durée peut aller de quelques minutes (...) à une heure mais il ne convient jamais de dépasser cette limite, le paiement (directe ou indirecte) ou la gratuité de l'acte présentent tous deux des avantages comme des inconvénients qu'il ne faut pas méconnaître » (Bergeret, 2008, p. 128).

Selon C. Chiland, 1983, l'entretien clinique permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves et ses fantasmes, alors l'objectif de l'entretien clinique est la compréhension du fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité.

L'entretien clinique est de trois types qui sont: l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi directif ce dernier est celui qui est utilisé dans cette présente étude.

Ce type d'entretien « est un usage complémentaire où le clinicien pose quelque question simplement pour orienter le discours sur certain thème, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien » (Chiland, 1983, p.119).

Alors, l'entretien semi-directif « est un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance. Le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre, car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit » (Bénony et coll, 2003, p.143).

4.1.1 L'attitude du clinicien :

Dans l'entretien clinique, Le psychologue « ne reste pas passif mais précède plusieurs types d'intervention dans la finalité est de favoriser la production, le discours et ses effets informatifs. Ce discours doit être considéré comme une séquence verbale dans laquelle un sujet fournit sa présentation et sa position à l'égard d'effets le clinicien va essayer de

comprendre le fonctionnement psychique en se centrant sur le discours, le vécu et la relation » (Gutter, 1983, p.26).

4.1.2 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).

4.1.3 Présentation des axes du guide d'entretien :

Tableau n°2 : Le guide d'entretien :

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

C'est pour recueillir les données sur le sujet. Celles-ci seront d'une grande importance dans la compréhension du cas:

Nom:

Prénom:

Age:

Sexe :

Nombre de frères:

Nombre de sœurs :

Rang dans la fratrie:

Niveau scolaire:

Fonction :

Situation familial:

<p>Nombre d'enfant :</p> <p style="text-align: center;">❖ Les axes et les questions du guide de l'entretien:</p> <p>Donc notre (guide d'entretien) est composé de onze (11) axes, chaque axe est constitué de questions en relation avec notre thème de recherche :</p>	
Axes	Questions
<p>-Axe 1: axe de l'enfance:</p> <p>L'objectif de cet axe est de connaître l'enfance du cas et les circonstances de sa naissance, de chercher des détails qui sont significatifs dans son enfance, phase initiale de la vie. La première enfance est très importante en psychosomatique intégrative.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pourriez-vous me parler de votre vie? -c'est à dire de votre enfance, de vos parents, vos frères et sœurs? - parlez-moi des événements dont vous, vous rappeler, des événements qui vous ont marqué? - pourriez-vous parler de votre naissance? Votre naissance était au 9ème 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 dans cette période? - Parlez-moi 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 - Ya –t-il eu des séparations?
<p>Axe2 : Les relations</p> <p>L'objectif de cet axe est d'identifier les relations du cas: dans la famille, avec les amis et dans la vie</p>	<p>Parlez-moi de</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vos relations à la maison, - Vos relations au travail - Vos relations dans la vie en générale

<p>professionnelle.</p>	
<p>-Axe 3:L'état de santé actuelle</p> <p>Le but de cet axe est de savoir plus sur l'état de la maladie, connaître leurs complications.</p>	<p>-Parlez-moi de votre santé en général,</p> <p>- Et pour votre maladie actuelle ça se passe comment ? c'est-à-dire comme vous la vivez ?</p> <p>- Quel est votre traitement actuel? Est-ce qu'il est facile de suivre les conseils du médecin? (si non, « pourquoi ? »)</p> <p>-Quelle était votre réaction la première fois qu'on vous à annoncer la maladie?</p> <p>-Depuis quand êtes-vous malades et comment s'est développée votre maladie?</p> <p>- avez-vous des complications et des maladies qui ont accompagnées cette maladie?</p> <p>-Combien de fois êtes-vous hospitalisés pour cette maladie?</p> <p>-Respectez-vous le régime prescriptif?</p> <p>-Ya des personnes qui souffrent de la même maladie dans votre famille?</p>
<p>Axe 4</p> <p>À propos des maladies</p> <p>Le but de cet axe est de connaître les maladies auxquelles le cas a été exposé ou connues d'un des membres de sa famille.</p>	<p>-Avez-vous souffert d'une maladie (ou atteinte quelconque) dans votre enfance?</p> <p>- Avez-vous été hospitalisé à cause d'une autre maladie? (Si oui : « pour quelle raison ? et pour combien de temps? »)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Et la guérison, elle était comment? - Avez-vous eu d'autres maladies? - Dans votre famille y a –t-il ceux ou celles qui souffrent de maladies? (Si oui : « qui et lesquelles? ») - À part ces maladies y a d'autres? <p>-La mère, le père, les frères, les sœurs, la grande mère, grand</p>

	<p>père, tantes, oncles, comment était leur santé ?</p> <p>-Avez-vous subie une intervention chirurgicale avant cette maladie? (Si oui : « comment ça s'est passée cette opération? »)</p> <p>- Avez-vous des choses à ajouter concernant les soucis de santé que vous avez eue depuis votre enfance ?</p> <p>- Et dans votre famille avez-vous des personnes malades et que vous n'avez pas cité? (si oui : « qui sont-ils et quelles sont leurs maladies ? »)</p>
<p>Axe 5: vie onirique</p> <p>L'objectif de cet axe est de savoir la qualité de la vie onirique du patient et ce sur le plan quantitatif et qualitatif.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dormez-vous bien ? (Si non : « pourquoi ? ») - Prenez-vous des médicaments pour dormir ? si oui : lesquels ? - Vous rêvez ? si oui : beaucoup ? - Quels sont les rêves que vous voyez souvent ? - Quand avez-vous fais le dernier rêve ? - Pourriez-vous me raconter ce rêve ? - Pourriez-vous me dire qu'est-ce que vous pensez de ce rêve ?
<p>Axe 6 : L'observance thérapeutique</p> <p>L'objectif de cet axe est de savoir si le patient 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quand vous ne vous sentez pas bien, consultez-vous un médecin ? (Si la réponse est non : « Pourquoi ? » si la réponse est oui : « régulièrement ? ») - Avez-vous d'autres traitement que ceux du diabète ? (Si oui : lesquels ?) - En général ça se passe comment avec les traitements ? vous respectez bien la prise des médicaments prescrits par votre médecin? - C'est facile de suivre le traitement du diabète?

	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous un régime à suivre ? - C'est facile de suivre ce régime ? (Si la réponse est non : « Pourquoi?) - Le médecin vous a donné des conseils à suivre ? (Si la réponse est oui : lesquels ? vous les suivez bien? Si la réponse est oui : ces conseils vous ont-ils aidé?)
<p>Axe7: Qualité du vécu actuel de la patiente</p> <p>L'objectif de cet axe est de savoir la qualité du vécu de patient et de chercher d'éventuels traumatismes à l'origine de ses problèmes de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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-elles 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 ? pensez-vous que votre vécu y est pour quelque chose ? expliquez-moi.
<p>Axe 8: vie conjugale et sentimentale</p> <p>L'objectif de cet axe est de connaître la qualité de la vie sentimentale et sexuelle du patient ou de la patiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Parlez-moi de votre mariage, comment ça se passe actuellement ? - comment avez-vous choisi votre conjoint ? - A quel âge êtes-vous mariés ? - Pourriez-vous me parler de votre relation avec votre mari (ou de votre femme)?

	<ul style="list-style-type: none"> - Sur le plan sexuel ça se passe comment ? avez-vous des problèmes dans ce sens ? (Si la réponse est oui : « lesquels ? »)
<p>Axe 9: activités</p> <p>L'objectif de cet axe est de connaître la qualité des activités du patient et de la patiente et s'il ou elle pratique du sport: indice important pour la bonne santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 ? »)
<p>Axe 10: Les habitudes alimentaires</p> <p>Le but de cet axe est de connaître les habitudes alimentaires de la patiente ou du patient et est ce qu'elle ou il a de mauvaises habitudes qui sont susceptibles de nuire à sa santé. Aussi, connaître si la patiente ou le patient fume ou a fumé dans le passé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 ? - Buvez-vous de l'alcool ? (Si oui : régulièrement ? » - quel est l'avis de votre médecin ?)
<p>Axe11: Projection dans l'avenir</p> <p>•</p> <p>Le but de cet axe est de savoir si le patient ou la patiente arrive à se projeter dans l'avenir ; car pouvoir se projeter est un indice important</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pourriez-vous me parler de votre avenir? - Avez-vous des choses que vous souhaitez réalisées ? (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

nt de la qualité du fonctionnement psychosomatique.	pas parlé? - Qu'est-ce que ça vous a fait de parler de tous ce que nous avons parlé ?
---	--

- **Remarque :**

Si le patient ou la patiente a anticipé, spontanément, sur des réponses à des questions prévues par nous, nous évitons de les poser ultérieurement, pour éviter les redondances.

4.2 Le TAT :

4.2.1 Histoire :

Le TAT, également connu sous le nom de test des thèmes apparentés, a vu le jour en 1935 à la « Harvard psychologie clinique », un lieu renommé pour la psychologie clinique américaine où H. Murray, créateur de ce test, est devenu directeur après une longue carrière en médecine et en biochimie.

Cependant, en ce qui concerne la position théorico-méthodologique de H. Murray, il est évident qu'il n'a pas pleinement satisfait les psychologues. Suite à cette invention, il a eu des auteurs qui ont opéré à une conversion impliquant un décentrement de l'intérêt porté sur le contenu de l'histoire (par Murray), en mettant plutôt l'accent sur le travail de sa forme.

Dans ce sens, un article de R.Schafer paru en 1958 dans le « journal of projectives techniques » et très souvent cité par V. Shentoub, précise de manière saisissante la nouvelle attitude interprétative, soutenue au même moment par Holte (V.Shentoub, T.Rauch,1958), pour la première fois depuis H.Murray une méthodologie propre à l'interprétation de l'histoire T.A.T en différenciant celle-ci de la rêverie diurne et de rêve: produit en réponse à une exigence de l'examineur et à la présentation d'un matériel figuratif précis, c'est pour Holt avant tout un « produit cognitif » ; ou du moins elle doit l'être et témoigner ainsi de la « capacité adaptative » de son auteurs de cette tendance à l'école psychanalytique de Hartmann, dite de l' « Ego-psychology », est évidente.

V.Shentoub, semble s'être située d'abord dans cette mouvance. Ses premiers articles (1955-1959),sensibles à la notion de «distorsion aperceptive » telle que la propose Bellak

(1951) et au travail de R.H.Dana(1955), se référant à l'idée, empruntée cette fois à Symonds, d'une «structure» susceptible d'être mise en évidence par le T.A.T.

Au cours de cette période, deux instruments méthodologiques commencent à prendre forme et se perfectionnent progressivement : la grille de dépouillement (qui est encore actuellement en cours de révisions) et la recherche de la réponse banale. Cette dernière constitue une esquisse de ce qui sera ultérieurement formalisé en termes de « contenu latent, contenu manifeste » de la planche, comme l'a souligné Shetoub en 1958.

Entre 1960 et 1969, V.Shentoub met à l'épreuve cet instrument méthodologique (thème banal et feuille de dépouillement) en se basant sur la théorie de la personnalité. Son objectif était d'isoler de nouveaux paramètres de la situation du TAT qui pourraient expliquer une histoire racontée à partir d'un dessin.

En 1971 et 1973, l'objectif restant était de développer une théorie du « processus TAT ». Un article rédigé en collaboration avec R.Debray intitulé « fondement théorique du processus TAT » par V. Shentoub et R.Debray en 1960-1970-1971 a posé les bases de cette théorie. Par la suite, les cours donnés par V.Shentoub dans le bulletin de psychologie en 1972 et 1973 ont permis de répondre à cet objectif.

4.2.2 La situation du test T.A.T :

Un psychologue et son partenaire dans la situation de test, face à face, ou plutôt, le psychologue un peu effacé sur le côté. Effacé au profit du média, ce média qui va donner à cette situation d'interactions relationnelles, commune à de multiples pratiques professionnelles, sa couleur propre : un jeu de planche dessin « resto » et une consigne : « imaginer une histoire à partir de cette planche ».

Contrairement au Rorschach non figuratif, le matériel du TAT présente une particularité commune au test thématique : il est à la fois figuratif et ambigu. Par conséquent, il peut être analysé de manière objective sur une description du matériel manifeste.

Cependant, il est également propice à une interprétation subjective qui implique des associations projectives, révélant ainsi les significations latentes attribuées au stimulus.

4.2.3 Le matériel :

C'est une série d'images présentées au sujet, (...) l'attention des chercheurs étant focalisée sur les récits fournis par les individus, c'est-à-dire sur les modèles particuliers d'élaboration. (V.Shentoub, 1990, p, 27).

Selon V.Shetoub, le matériel de l'édition originale comprenant 31 planches nous ne retiendrons que les planches considérées les plus pertinentes et les plus significatives. Ce sont les planches 1, 2, 3BM, proposées aux garçons et filles, aux hommes et femmes ; 6BM/ 7BM, proposées aux garçons et hommes ; 6GF/ 7GF et 9GF, proposées aux filles et aux femmes ; 10, 11, 12BG, 13B, 19, 16, proposées aux garçons et aux filles, aux hommes et femmes et 13MF proposées uniquement aux sujets adultes, hommes et femmes.

L'ordre de présentation des planches doit être respecté, la planche 16 devant être proposée à la fin de la passation. Cependant, le déroulement d'épreuves du T.A.T confronte le sujet à une modification du stimulus, les planches allant des situations les plus structurées aux moins structurées: les dix premiers planches, plus figuratives, représentent des personnages sexués, alors que les planches 11, 19 et 16 ne renvoient pas à des objets concrets bien définis et ceci est très important pour notre étude qui cherche à comprendre les problématiques des premières années de la vie du cas et la manière avec laquelle elles sont traitées par ce cas.

Le tableau (N°0) : récapitulatif de l'ordre de présentation des planches en fonction de sexe et de l'âge du sujet

N° planche	1	2	3BM	4	5	6BM/ 7BM	6GF/ 7GF	8BM	9GF	10	11	12BG	13B	13MF	19	16
sexe et âge																
HOMME	*	*	*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*	*
FEMME	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

GARCON	*	*	*	*	*	*		*		*	*	*	*		*	*
FILLE	*	*	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*

4.2.4 La consigne :

Selon V.Shentoub, la consigne « imaginez une histoire à partir de la planche » est donnée au départ et n'est pas répétée. Constitue l'un des trois paramètres de la situation TAT (matériel, consigne, présence de l'examineur). Elle pose une contradiction plus ou moins difficile à accepter et à surmonter: il s'agit en effet d' « imaginer », ce qui suppose une baisse de contrôle, et en même temps, de prendre en compte les éléments de réalité (le matériel), ce qui suppose le maintien d'une certaine vigilance. En bref, cette consigne appelle simultanément la mobilisation des capacités de secondarisation (l'histoire doit être cohérente, compréhensible) et une régression suffisante pour que l'accès aux fantasmes et au processus primaires soit ouvert » (Didier A. et Coll., 2004, P. 136-137)

La consigne proposée est conflictuelle, elle implique deux mouvements contradictoires : raconter à partir d'une perception partageable, V.Shentoub, appelle le contenu manifeste de la planche, un récit cohérent et transmissible à autrui ; mais dans le même temps « l'investissement du fantasme qu'on appelle l'évocation d'un « imaginaire » entraîne pour le sujet l'acceptation du « laisser aller » et une certaine régression formelle de la pensée. Si le réinvestissement de la fantasmagorie individuelle, élaborée autour de fantasmagorie originaire partagés par tous appelle un fonctionnement selon le principe de plaisir, le contenu manifeste fixe les limites à la fantaisie en faisant appel au principe de réalité » (Brelet F., 1996, P. 17).

La consigne qu'on énonce pour les cas est traduite à la langue que parle le patient, respectant toujours l'évocation des deux pôles de la consigne originale, on faisant appel à l'imaginaire et fantasmes en mettant en relation avec la perception de contenu des planches présentées. On explique aux patient la situation de test, disant qu'il s'agit d'une série de photos qu'on va présenter l'une après l'autre, avec un ordre bien déterminé, demandant en suite qu'elle raconte une histoire pour chacune, arrivant à la dernière, la planche 16, selon V.Shentoub, on propose une autre consigne disant « Dans cette planche vous me racontez ce que vous voulez ».

4.2.5 Le temps :

De manière classique, les caractéristiques temporelles de la passation sont prises en compte. En effet, on enregistre le temps de latence, c'est-à-dire le laps de temps entre la

présentation de la planche et le début de l'énoncé du sujet. De plus, on mesure la durée totale par planche, c'est-à-dire le temps écoulé depuis la présentation de la planche jusqu'à la fin du récit donné par le sujet.

Dans le cadre habituel, les caractéristiques temporelles ne sont jamais interprétées en termes d'efficacité ou de performance, leur utilisation se limite uniquement à des indicateurs cliniques, révélant la réactivité variable du sujet ou, à l'inverse, sa propension à l'inhibition. Est-il nécessaire pour le sujet de prendre le temps de réfléchir avant de s'engager ou, au contraire, se précipite-t-il dans son récit ? Les planches provoquent-elles des effets spécifiques, notamment observables dans les délais de réponse ? (M.Hilia-M.Katia, 2014-2015, P.45).

Il est important de tenir compte à la fois des temps de latence et des temps totaux, mais leur interprétation dépend des éléments cliniques fournis par l'analyse de l'ensemble des récits.

Sur le plan pratique, « il est déconseillé d'utiliser un chronométré, celui-ci risquant d'introduire une connotation psychométrique à la passion, il vaut mieux se servir d'une montre (munie d'une trotteuse) plus discrète, sans pour autant la cacher » (Brelet F., 2003, P. 35-36).

5 Présentation du groupe de recherche :

Nous avons effectués notre recherche auprès de deux cas, dont une femme 43ans et un homme 61ans. Pour des raisons multiples, dont l'indisponibilité du bureau pour plus de 2 séances par semaine et aussi la sortie des cas avant de terminer avec eux notre investigation psychosomatique, nous étions contraintes à limiter notre recherche à deux cas.

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

- Que le cas soit majeur(e).
- Que le cas ait le diabète type1.
- Il n'est pas important de préciser le sexe du cas ;
- Il n'est pas important que le cas soit marié ou non ;
- Il n'est pas important que le cas ait des enfants ou non ;
- Il n'est pas important que les cas aient la même durée de soins.

6 Le déroulement de la pratique :

La rencontre avec les cas était difficile, étant donné qu'ils quittaient souvent le service hospitalier après une durée qui ne permettait pas, dans la plupart des cas, de mener une investigation détaillée avec eux.

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.

Nous avons terminé notre investigation 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 IDIR et du cas HOURIA 2

En ce qui concerne le travail avec les cas de notre groupe de recherche et puisque les cas étaient hospitalisés, 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. Selon la psychosomatique intégrative, il n'est pas conseillé au psychologue d'adopter une attitude neutre devant un cas fragile surtout quand il l'invite à aborder à son vécu passé et présent.

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 TAT.

À la fin de la pratique et avant de dire au revoir au cas, nous lui demandons ce qu'il ressent et est ce qu'y a-t-il des choses importantes dont il/elle veut parler et dont nous n'avons pas parlé ? À la fin, nous remercions la femme ou l'homme pour sa participation à la recherche et lui disons au revoir.

²Nous avons changé de prénoms, bien sûr, pour préserver la confidentialité.

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 TAT :

Nous avons adopté La Grille de Vica Shentoub pour l'analyse du TAT (version 2003) 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 méthode projective, 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).

7.2.1. Pourquoi le TAT dans l'évaluation du fonctionnement psychosomatique ?

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

- La première est qu'au début, on devait utiliser un questionnaire qui 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.³
- La deuxième raison est une conséquence de la première: c'est-à-dire en l'absence d'un

³ En effet, les frais exigés par les droits d'auteurs, allaient au-delà des moyens des étudiantes.

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 TAT, qui est connu pour sa capacité à aborder les problématiques objectales. Car malgré que le test TAT sollicite le complexe œdipien, il faut savoir que certaines planches, plus ambiguës, peuvent favoriser l'apparition de problématiques plus régressives ou franchement archaïques (comme la planche 11 et la planche 19).

Néanmoins, précisons qu'au début de notre recherche, nous avons pensé travailler avec le Rorschach qui touche directement les premières années de la vie, donc les problématiques narcissiques, mais nous n'avons pas eu accès à ce test nous étions donc obligées d'utiliser le TAT, en précisant que ce test est aussi important pour vérifier les problématiques préobjectales.

7.2.2. Les différents procédés d'élaboration du discours :

Les différents procédés d'élaboration du discours ont été répertoriés grâce à l'utilisation d'une grille d'analyse appelée feuille de dépouillement. Cette feuille constitue une grille de référence permettant d'évaluer et de noter les particularités de construction de chaque histoire. Ces procédés sont classés en quatre grandes catégories. Selon V. Shentoub, le TAT est utilisé dans une perspective clinique et dynamique. La méthode d'analyse repose sur l'étude des récits. Cette analyse est facilitée par l'utilisation de la fiche de dépouillement du TAT, qui énonce et regroupe les principales catégories et de procédés. L'activité défensive est présente dans toute organisation psychique, qu'elle soit normale ou pathologie.

7.2.1.1 Les procédés selon les séries et selon V. Shentoub et Coll.:

- Les procédés de la série « A » intrapsychique et « B » interpersonnel :

Les deux premières catégories, regroupant les procédés des séries « A » et « B », font référence à des mécanismes d'élaboration du discours qui peuvent être sous-tendus par des mécanismes de défense névrotique, notamment le refoulement. Ils témoignent le particulier d'une lutte entre les systèmes de l'appareil psychique. Dans la série « A », le discours est influencé par la pensée qui exprime les désirs et la défense. Dans la série « B », le discours met en scène les relations interpersonnelles, représentant ainsi le conflit entre les instances psychiques.

La série « A » correspond à la défense par la réalité contre les fantasmes, tandis que la série « B » correspond à la défense par la fantaisie contre la réalité.

- **Les procédés de série «C» évitement de conflit :**

Elle traite des mécanismes d'évitement. On y distingue cinq séries des procédés :

- **Les procédés de série «CF» :** Ces procédés spécifiques sont associés à des mécanismes de surinvestissement de la réalité externe. Dans ce cas, l'angoisse semble être absente et le stimulus est perçu comme un objet réel plutôt que comme une source de réactivation fantasmatique, comme c'était le cas dans les récits relevant du registre (C/P). L'attention est alors spécifiquement portée sur les éléments de la réalité extérieure, la vie quotidienne et les idées préconçues qui viennent remplacer un monde interne défaillant.

- **Les procédés de série «CI» :** Cette série de procédés fait référence aux modalités d'inhibition. Ces procédés spécifiques sont associés à des mécanismes phobiques dans lesquelles l'évitement et la fuite prédominent. Lorsqu'ils sont combinés avec les procédés des séries «A» et «B», cela indique la nature névrotique du conflit.

- **Les procédés de la série «CN»** procédés narcissiques du fonctionnement psychique, et plus précisément au surinvestissement de la polarité narcissique du fantasme.

- **Les procédés de la série «CL» :** Ces procédés répertorient des conduites reflétant l'instabilité des limites, qui servent de stratégie lors de la passation du test. Ces conduites peuvent être liées à une difficulté temporaire ou persistante dans le processus d'élaboration psychique et/ou peuvent s'inscrire dans une régulation ou une stimulation des processus associatifs.

- **Les procédés de la série «CM» :** Il renvoie aux mécanismes de type maniaque, dans le sens Kantien de lutte contre la dépression. Certains individus cherchent à évacuer les représentations et les affects dépressifs, tandis que d'autres les surinvestissent dans un appel à l'autre.

Tous les procédés de la série «C» peuvent apparaître dans différentes modalités de fonctionnement psychique. La question de savoir si leur utilisation est transitoire ou prédominante se pose toujours, ce qui revient en réalité à s'interroger sur la valeur dynamique et économique de ces procédés.

- **Les procédés de la série «E» :** Regroupent des modalités de pensée saturées en processus primaires. Au Test des Aperceptions Thématiques (TAT), la présence de ces mécanismes en petite quantité est attendue. Leur apparition met alors l'accent sur une

certaine perméabilité des instances psychique et il existe 4 série de ces procédés: E1 (4 procédés); E2 (3 procédés); E3 (3 procédés) ; E4 (4 procédés).

L'apparition limitée des procédés de la série E ne signifie pas que le sujet est « complètement désorganisé. Cependant, en plus grands quantités, ils peuvent prendre une connotation plus pathologique s'ils apparaissent de manière dominante et répétitive» (Shentoub V. et Coll., 1990, P. 39)

7.2.2.3 Les problématiques globales

Chaque fois qu'on analyse des récits fournis par le sujet, on confronte la problématique abordée au contenu latent sollicité préférentiellement par les planches. Dans les meilleurs des cas, on observe une correspondance entre le contenu latent du discours du sujet et le contenu latent du matériel. Les écarts plus au moins importants, les difficultés ou les impossibilités à se situer au niveau conflictuel le plus évolué conduisent à préciser le registre dans lequel le sujet se maintient : En dépit de l'appel œdipien du TAT, il faut savoir que certaines planches, plus ambiguës, peuvent favoriser l'apparition de problématiques plus régressives ou franchement archaïques.

7.2.2.3.1 Les problématiques œdipiennes :

- **La planche 1** : Renvoie préférentiellement « à l'identification à un individu jeune en situation d'immaturité fonctionnelle. Dans le meilleur des cas, cela implique la reconnaissance de l'angoisse de castration, problématique essentielle posée par cette planche, à savoir la reconnaissance de l'immaturité actuelle de l'enfant et la possibilité de s'en dégager dans un projet d'identification. La problématique de castration ne doit pas seulement s'entendre en terme de puissance /et d'impuissance. Mais également comme la position d'accéder à la jouissance et au plaisir» (Shentoub V. et Coll., 1990, P. 45).

- **La planche 2**: La relation triangulaire figurée est susceptible de « réactiver le conflit œdipien. Quand l'identité est stable il existe une différenciation effective entre les trois personnages. Dans un certain nombre de cas, le conflit ne se noue pas en terme triangulaire mais se joue dans une relation duelle. Quand les processus identitaires sont peu stables il apparait une pseudo-triangulation soit par télescope des rôles, soit par clivage entre un bon et un mauvais objet qui viennent se substituer à la différenciation des sexes » (Shentoub V. et Coll., 1990, P. 45).

-**Les planches 4, 6GF** : Structurées avec évidence par « la différence des sexes et/ ou des générations se prêtent moins aisément à des associations agressives. Cependant leur

caractéristique relationnelle qui privilégie un approché duel, donne lieu à se situé par rapport à une image parentale ressentie comme dangereuse par sa puissance et sa proximité : on observe des débordements pulsionnels, des émergences des processus primaires, ou encore une inhibition invalidante qui rend compte de l'impossibilité à métaboliser les conflits » (Anzieu D., et Coll., 2004, P. 153-154)

-**La planche 10** : Est exemplaire pour « montrer la diversité des registres conflictuels qu'elle est susceptible de réactiver : à un niveau le plus évolué, elle permet d'évoquer la liaison entre tendresse et libido, soulignant par la même l'élaboration et le déclin du conflit œdipien, celui-ci apparaît dans l'évocation primitive, ou par le désir de séparer le couple parentale » (Anzieu D., et Coll., 2004, P. 153-154).

7.2.2.3.2 Les problématiques dépressives :

-**Les planches 3BM, 13BG, 12BG** : Renvoient d'emblée à une problématique de perte d'objet, quand l'accès à l'ambivalence n'a pas été possible, les sujets régressent vers une position schizo-paranoïde au sens de M. Klein (planche 3BM : thèmes d'empoisonnement, de persécution) ou bien se défendent contre l'angoisse sur un mode maniaque planche 13B, non reconnaissance de dénuement de l'enfant ou de la précarité de l'environnement. Les planches testent la possibilité du sujet à se maintenir dans sa continuité d'être, alors que l'objet est perdu (planche 3BM) ou absent (planche 13B), quand ces conditions ne sont pas remplies, ces planches donnent lieu à des thèmes de destruction (planche 3BM), à des représentations et/ou à des défenses massives (planche 13B, abandon, dénouement extrême ou déni de l'angoisse et de la dépression) » (Anzieu D. et Coll. 2004, P. 154-155).

7.2.2.3.3 Les problématiques prégénitales :

- **La planche 11** : Cette planche met à l'épreuve la capacité du sujet à élaborer l'angoisse prégénitale. Le sujet est-il capable de plonger dans ce matériel dont la sollicitation régressive est particulièrement importante et stressante dans quelle mesure peut-il aménager cette « plonger régressive », remonter et reconstruire un passage relativement organisé à partir d'un matériel chaotique en se raccrochant aux éléments du matériel manifeste plus structurants (Anzieu D. et Coll. 2004).

-**La planche 19** : La mer comme la neige sont des références à la nature qui renvoient implicitement et symboliquement à l'imgo-maternelle. Le stimulus réactive une problématique prégénitale dans l'évocation d'un contenant et d'un environnement permettent

la projection du bon et du mauvais objet. La planche pousse également à la régression et à l'évocation du fantasme phobogène (Anzieu D. et Coll. 2004).

-**La planche 16** : Renvoie à la manière dont le sujet structure ses objets privilégiés et aux relations qu'il établit avec eux. Par ailleurs la dimension transférentielle de la situation est intensifiée dans la mesure où le matérielle n'est pas figuratif, et où il s'agit de la dernière planche proposée (Shentoub V. et Coll., 1990).

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).

8 Validité et fiabilité des outils utilisés :

Précisons, également, qu'en termes de normes, il s'agit d'un guide global et libre culturellement. 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 basé 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 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.
- Aussi cette grille est utilisée par la même chercheuse su citée, en collaboration avec J-B. STORA (2018) avec des femmes enceintes et a abouti à des résultats intéressants sur la prédiction de l'évolution des risque chez les femmes enceintes.
- L'étude faite par LEDJLET Asma, dans le cadre de sa thèse de doctorat, encadrée par la professeure IKARDOUCHENE Zahia et qui est soutenue à l'université d'OUARGLA, en octobre 2022. Cette thèse porte sur la psychosomatique intégrative chez la femme vivant une grossesse à risque et grâce à la grille de l'évaluation de la santé et du risque psychosomatique, la chercheuse a pu prédire l'issu de la grossesse et le risque sur la santé de la femme enceinte.

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 rigide. 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.

Comme nous avons besoin de plusieurs entretiens cliniques pour cerner le fonctionnement de chaque cas et devant l'impossibilité d'y aboutir à plus de deux entretiens, nous avons opté pour le TAT, pour compléter ce qui caractérise ce fonctionnement en ayant un regard particulier sur la capacité à élaborer les problématiques archaïques des planches (11 et 19) et aussi à la capacité à faire face au vide de la planche 16. Donc, les résultats du TAT, seront comparés aux résultats des entretiens pour pouvoir élaborer un avis sur le fonctionnement psychosomatique de chaque cas.

Synthèse :

Pour conclure, dans ce chapitre, nous avons essayé de mettre en évidence l'utilisation d'une méthodologie adéquate au sujet de notre étude. Cette méthodologie comme nous l'avons expliqué est essentielle pour appliquer judicieusement les techniques d'investigation choisies et garantir une rigueur dans l'analyse des données recueillies. Elle joue un rôle primordial dans la réalisation de cette recherche sur le fonctionnement psychosomatique des personnes atteintes par le syndrome métabolique, en permettant de vérifier les hypothèses formulées initialement et de répondre à l'objectif principal avec précision, mais en même temps relativement au cadre et au temps impartie à cette étude.

De toute évidence qu'aucun travail scientifique ne peut être réalisé sans l'utilisation adéquate de méthodes et de méthodologies. La méthodologie est essentielle pour appliquer judicieusement les techniques d'investigation choisies et garantir une rigueur dans l'analyse des données recueillies. Elle joue un rôle primordial dans la réalisation de cette recherche sur le fonctionnement psychosomatique des diabétiques, en permettant de vérifier les hypothèses formulées initialement et de répondre à l'objectif principal avec précision.

Chapitre V : présentation et analyse des données

Préambule

Dans ce présent chapitre, nous allons procéder à l'analyse des cas en commençant par l'analyse des entretiens selon les données théoriques de la psychosomatique intégrative, puis nous passerons à l'analyse du TAT. Nous présenterons le cas Houria (43ans) puis le cas IDIR (61ans).

1 Cas Houria :

Madame Houria âgé de 43 ans, est une femme au foyer marié divorcée, mère de deux enfants ; une fille et un garçon. Elle a arrêté ses études en 3^{ème} année CEM, elle est la 3^{ème} d'une fratrie de trois (deux garçons et elle la benjamine)

1.1 Présentation des données de l'entretien clinique :

L'entretien avec « Houria » s'est déroulé dans le bureau du psychologue, elle a accepté de répondre facilement aux questions, ses réponses sont claires. Nous avons abordé la discussion sur son enfance. Sa naissance et son allaitement étaient naturels et elle nous a parlé de manière banale de cette période de sa vie parce qu'elle ne se rappelle pas de beaucoup de choses, elle présente les choses avec une banalisation extrême, en répétant « sans problèmes », « normal », constamment. Elle parle d'un événement qui est gravé dans sa tête qui est la perte de sa grand-mère paternelle parce qu'elle a un attachement particulier à elle. Elle a arrêté ses études en 3^{ème} année CEM sous l'ordre de son père bien que son niveau était moyen, ensuite, elle est mariée à l'âge de 18 ans. D'après son discours, son mariage s'était bien passé aux premiers temps, son mari s'occupait bien d'elle et il prenait soin d'elle mais après il est « dégoûté », selon ses dires, car elle est toujours malade, elle dit qu'il n'a pas patienté à ce que son diabète se stabilise puis ils ont divorcé.

Dans les antécédents médicaux de Mme Houria, il n'y avait aucune maladie connue jusqu'à l'année 2003 où le médecin a découvert qu'elle a un kyste aux niveaux du sein gauche ce pourquoi elle a subi une intervention chirurgicale. Puis en 2005 ils ont découvert qu'elle a un diabète sucré qui a nécessité d'hospitalisation de 15 jours, par la suite elle manifeste une cataracte comme complication du diabète. Durant l'entretien, elle raconte que son diabète est dû à un événement traumatique, elle dit qu'elle « a attrapé » le diabète à cause du choc suite au décès de sa grande mère et que plus tard elle a eu plusieurs autres chocs parmi eux: la trahison de son mari qui est la raison du divorce. Précisant, que selon Houria, aucun membre de sa

famille n'a eu le diabète et qu'elle est la seule à l'avoir eu. On peut, donc, souligner l'importance des chocs subis dans l'apparition de sa maladie.

La patiente a signalé qu'après son atteinte de diabète elle a perdu 3kg et ce en un mois et encore 6kg après 3 mois. Elle dit qu'elle prend son traitement et son régime au sérieux et qu'elle les suit correctement. Quand elle ne se sent pas bien, elle consulte le médecin et elle suit ses conseils.

Elle dit qu'elle ne dort pas bien à cause des pensées négatives qui font apparaître des cauchemars elle dit par exemple: « j'ai rêvais que mon ex-mari m'enlevé mes enfants ». Elle dit qu'après trois ans de son divorce, sa vie onirique est devenue riche, et qu'elle arrive à faire de «de bons rêves». Houria souhaite voir ses enfants grandir avec elle et qu'elle leur souhaite la réussite dans leurs vies.

On peut déjà souligner que Houria, aborde les questions avec parcimonie, nous n'avons pas remarqué d'investissement de relation, notre rencontre était superficielle et nous avons l'impression qu'elle répondait à un questionnaire, il n'y avait pas d'associations d'idées qui reflète une pauvreté des représentations. Son discours était pauvre et il y a beaucoup d'évitement.

Tableau (n° 4) synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques de Houria avec commentaire

Commentaire	Evènement de vie	Dates ou âges	Troubles somatiques
	Naissance de Houria, elle est née et avait grandi dans une famille modeste, mais dit-elle il y avait de la tendresse et de la sécurité.	1980	Accouchement normal et allaitement naturel tout était normal rien à signaler selon Houria
Sous l'ordre de son père.	A quitté l'école	A 15 ans	Houria réagit passivement à la décision de son père, elle n'a pas abordé sa réaction, c'est une soumission passive à l'ordre de son père.

Ils se sont mariés par amour, qui était entre eux depuis l'adolescence.	Elle s'est mariée	18 ans	
L'accouchement c'était bien passé et l'état de bébé était bon.	Elle a eu son premier enfant (Garçon).	1999 (19ans)	L'accouchement normal par voix basse
L'accouchement c'était bien passé et l'état du bébé était bon.	Elle a eu son deuxième enfant à l'âge de 21 ans (fille)	2001	Accouchement par voix basse sans complications.
Choc intense. Elle ressent toujours une douleur au niveau du sein gauche, malgré que l'opération fût réussie.	Son troisième enfant fait une fièvre aigue et convulse. Elle lui fait faire des suivis médicaux et il va mieux actuellement	2002 23ans	Hospitalisation où elle a subi une intervention chirurgicale pour un kyste au niveau du sein gauche
Elle n'a pas fait le deuil, elle ne mange pas bien même elle a des troubles de sommeil, des vertiges et toujours fatiguée, elle boit beaucoup d'eau.	Décès de sa grande mère Hospitalisation pendant 15 jours	2005	Diabète sucré, cataracte (les symptômes se sont accélérés et la cataracte est apparue rapidement.
Le mari de Houria n'a pas accepté sa maladie. Elle dit qu'elle était déprimée et qu'elle a beaucoup pleuré.	Le divorce suite à la trahison de son mari.	De 26 ans à 28 ans	Une dépression

1.2 Evaluation de la santé et du risque psychosomatique de Houria :

Pour évaluer le risque psychosomatique de Houria, nous suivrons le cadre proposé par le Pr. Stora, mis au point de 1993 à 2011 (cf. annexe N° 1). Le protocole TAT pourra nous aider dans

notre évaluation, notamment à la vérification des assises identitaire et identificatoires chez Houria

Nous vérifierons donc :

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

Houria, paraît dans une relation de type prégénital (152), L'image de la mère n'est pas du tout abordée, mis à part qu'elle a eu une enfance très douce et beaucoup de protection. On peut supposer que sa mère était trop présente pour elle, mais en même temps on garde à l'esprit qu'elle devait être une femme passive et soumise aux ordres de son mari, une mère qui se consolait en investissant ses enfants et en les ayant comme seul horizon dans sa vie. D'ailleurs, l'effacement de cette mère l'a empêché de donner son avis quand le père de Houria décide de la sortir de l'école, sa mère réagit avec passivité et Houria ne répond pas à la question comment votre mère avait réagit? Il paraît que la mère est soumise à la volonté du père. C'est une mère qui se voit dévouée à ses enfants et qui ne se pose pas les questions sur les décisions et la seule chose qui la mettrait en valeur, est la réussite et la santé de ses enfants. Houria dit qu'elle était bien protégée et que rien ne lui manquait.

Quant à l'épaisseur du préconscient, Houria est capable de passer du présent au passé, mais elle a peu de souvenirs liés à l'enfance. Nos encouragements à ce qu'elle nous parle de certaines thématiques relatives à son passé, on donne des propos peu précis sur ses souvenirs et elle utilise souvent une banalisation comme par exemple des expressions du genre «normal », qui se répétait tout au long de l'entretien. Elle aborde furtivement son père comme aimant, surtout qu'elle est l'unique fille. Elle dit qu'elle était très attachée à sa grand-mère paternelle et qu'elle ne l'imaginait pas partir de ce monde, d'ailleurs la disparition de la grand-mère a poussé Houria directement à l'hospitalisation et à l'apparition du diabète type 1.

On peut dire que la grand-mère paternelle a peut-être permis d'introjecter l'objet maternel pour pouvoir se représentée dans une relation à l'autre en dehors de l'agressivité. Elle dit qu'elle préférerait sa grand-mère de tous.

Son discours par rapport à son enfance, indique qu'à ce moment de sa vie c'était très bien et rien de spécial et qu'elle ne se souvient pas beaucoup de son enfance mais elle résume cette période à une vie sans rien de spécial.

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 Houria manifestait une pauvreté des affects, dans le sens d'une alexithymie, mais en réalité 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, selon la psychosomatique intégrative, soit à un soutien émotionnel excessif et/ou insuffisant de la mère". Houria, nous dit qu'elle était excessivement protégée par ses parents et qu'elle avait une enfance très protégée. En plus qu'ils n'étaient pas nombreux, ils étaient justes à trois (elle et ses deux frères). On peut supposer que «le holding» de la mère était excessif et qu'une mère trop présente, ne vaut pas plus qu'une illusion selon Winnicott. Elle ne permet pas l'illusion de la toute puissance et puis la reconnaissance de l'objet comme objet à part.

En fait, on peut émettre une hypothèse d'une mère trop présente pour Houria dans les premiers mois de sa vie. Une mère trop présente pour son bébé est une mère qui ne permet pas l'introjection de l'objet et donc qui peut provoquer une angoisse forte à toute absence de la mère. Houria, dit que le décès de sa grand-mère (puis après de son père et mère) l'a rendu inconsolable, ce qui va dans le sens de deuils difficile car il n'y a pas intégration de l'objet. En effet, ce qui aide à faire le deuil, est la possibilité de se représenter mentalement l'objet et de faire vivre ses images mentalement (en adoptons les qualités du défunt à sa disparition, par exemple).

Son mariage est basé sur un compagnonnage plus que sur une relation d'amour proprement dites. La sexualité est évitée complètement par notre cas et elle dit que c'était un amour qui date de son adolescence. C'était donc une recherche inefficace à remplacer l'objet maternel. Notre hypothèse est la suivante: fixation de la patiente 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 et Houria paraît très passive devant les

décisions de son père, ne réagit pas du tout et accepte sans réaction ses décisions. La même chose quand son mari la trahit (elle utilise trompé) qu'elle lie à sa maladie et que finalement la faute du mari est juste qu'il n'a pas patienté, ce qui va dans le sens que si ça avait duré, ça aurait été normal qu'il l'a quitté. Houria, ne soulève qu'une remarque et qui est le manque de patience du mari pour nous faire part de cet épisode de sa vie, mais ne montre aucune agressivité. On a l'impression qu'elle évite d'affronter l'excès d'excitation produit par les événements de sa vie.

Aussi, on s'interpelle sur l'utilisation excessive du terme « normal » par Houria, ne relève-t-il pas d'un manque d'intégration de l'objet? En effet, c'est comme si les objets sont interchangeables tous peut remplacer tout et c'est normal. Quand un objet est bien intégré mentalement, il ne peut être interchangeable, ni banalisé.

En fait, pour son divorce suite à la décision de son mari, elle parle d'un choc, mais n'exprime jamais d'agressivité. Il y aurait probablement une perte progressive de l'intégration narcissique, c'est pourquoi la peur de la maladie est si élevée chez elle. Elle dit que dès qu'elle ne se sent pas bien, elle va voir un médecin car elle a peur, surtout qu'elle ne s'attendait pas du tout à avoir une telle maladie ; "Les symptômes physiques ressemblent à une attaque narcissique, dit Stora. Rien ne l'intéresse plus, elle veut juste que ses enfants réussissent et vivent en bonne santé. On remarque que le vide intérieur est insupportable, les enfants sont là pour remplir ce vide, mais nous n'avons pas des détails sur sa relation avec ses enfants, pour vérifier la nature de cette relation. Les données présentes, actuellement, vont dans le sens d'un attachement sans distance où elle fait même des cauchemars où son mari vient les lui enlevés. Il n'y a pas vraiment une relation basée sur l'altérité, on a l'impression que ses enfants sont un prolongement d'elle-même.

Il nous a paru à ces premiers entretiens que Houria 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 d'abord la sphère sinologique (Kyste du sein), qui touche directement son identité de femme (Axe 1C de la grille de J - B. Stora), puis touche la sphère du métabolisme (diabète et cataracte). En effet, quand le corps n'est pas assez fort, la maladie commence à apparaître.

Selon l'approche de la psychosomatique intégrative, 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. Houria passera du Kyste du sein au problème du diabète, avec des crises répétées d'hyperglycémie, cataracte. Il s'agit donc d'un masochisme fatal qui conduira à la désintégration des pulsions, si Houria n'est pas prise en charge et si le milieu reste le même (159). En effet, Houria, n'a d'existence que pour ses enfants, ce qui n'est bon ni pour elle, ni pour ses enfants.

: Axe 1 B

États psychiques et événements de vie personnels

Houria est sous l'emprise d'une charge liée aux chocs continus (209). La convulsion de son fils (suivie directement par le kyste du sein), la mort de sa grand-mère, suivie par le diabète suit les crises de diabète successives qui ont suivi la mort de son père, la mort de sa mère, son divorce et son sentiment constant de la tromperie de son mari qu'elle n'arrive jamais à accepter, avec une perte d'estime de soi car en fait, dans la décision du divorce par son mari, le problème est pour elle, qu'il n'a pas patienter à ce que son diabète se stabilise, il n'est pas question d'un mari mauvais mais de sa maladie qui était la cause. Tous ces indicateurs négatifs, annoncent une évolution risquée pour Houria. Néanmoins, le fait que sa famille la soutienne, on peut imaginer qu'en l'absence de nouveaux chocs, le risque est amorti

On remarque que Houria est fragile et ne peut s'approprier sa vie, un contexte traditionnel sévère mais trop protecteur qui ne lui donne pas trop de choix autre que la passivité et la soumission. La maison de ses parents est le lieu de protection, pour elle et qu'elle décrit comme un « lieu de sécurité ». C'est le lieu de la fusion avec ses parents et du pare-excitation avec l'extérieur.

Le fait que Houria n'exprime pas son agressivité, et qu'elle n'exprime pas du tout ses appréhensions (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 Houria, ne pratique aucune activité sportive et n'a aucune activité sublimatoire.

Les capacités d'élaboration de Houria, n'ont pas permis de décharger l'excès d'excitations, liées 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 pas beaucoup des

détails de son enfance, elle garde surtout de bons souvenirs, tout ce qui touche à la gratification et au soutien de ses parents.

La dépression essentielle (comme elle est décrite par P. Marty)⁴ a démarré chez Houria à 23ans ans, au moment de la désorganisation que la convulsion de son fils a déclenché, un état de sidération du système psychique. Houria dit « (silence) j'étais choquée (silence) choquée (silence) c'était très grave (silence) ». On remarque des propos qui vont dans le sens d'une sidération de l'appareil mental de Houria et apparemment, elle n'arrive pas à faire son deuil. Elle dit que maintenant « hamdoullah » (C'est-à-dire qu'il va mieux), mais ne nous précise pas comment est son fils, est ce qu'il s'en est sorti est ce qu'il va juste un peu mieux. Nous n'avons pas voulu insister sur le sujet, nous avons respecté le silence de Houria, mais malheureusement, le nombre de séances est limité, pour pouvoir explorer en profondeur ces données et dans ce sens, on se pose la question sur les qualités du holding de Houria et sur ce qui s'est passé quand son fils a convulsé. Malheureusement, nous n'avons pas beaucoup de données susceptibles de nous éclairer sur cette convulsion et sur ce qui s'est passé.

En référence à la psychosomatique intégrative, 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.

Le kyste, qui touche directement la féminité et la maternité de Houria, a suivi le choc de la convulsion de son fils.

4 Les désorganisations essentielles commencent en général, chez l'adulte, par une phase de dépression essentielle, qui rend compte de l'absence de tonus des Instincts de vie, puis par une désorganisation de l'appareil mental, dont témoigne la pensée opératoire. Le mouvement se poursuit par la désorganisation des systèmes de caractère et de comportement que révèle la diminution ou la perte des expressions instinctuelles correspondantes: c'est la «vie opératoire». «Surviennent enfin les désorganisations de fonctions somatiques de plus en plus archaïques sur le plan évolutif, de plus en plus fondamentales sur le plan vital. Les processus peuvent ainsi cheminer jusqu'à la destruction des équilibres biologiques primaires de la vie individuelle» [Marty 1998].

Axe 1 C : points de fixations-régression

Nous avons observé chez Houria une dépression latente [206], présente aujourd'hui, à mettre en relation avec l'apparition du kyste au niveau du sein et de son diabète. Le deuil non élaboré de la convulsion de son fils, qu'elle soigne toujours, [203], doit être mis en relation avec le deuil non fait de sa grand-mère, de son père et de sa mère.

Un défaut de soins maternels à une période où l'appareil psychique du bébé n'est pas suffisamment formé pour se passer de pare-excitation au sens du Dr. Donald Winnicott, constitue un traumatisme à la naissance [211], Les relations de Houria avec sa mère et sa position dans la fratrie (benjamine d'une fratrie de 3 et surtout unique fille) nous montre à l'instar des travaux d'Alice Miller (1983) (citée par Stéphane Flamant, 2010, P. 25) que Houria est en situation d'amour trop exclusif de sa mère, qui est aussi une forme de soins maternels inappropriés, car une mère trop bonne ne vaut pas plus qu'un illusion nous dit Winnicott, c'est ce qui explique le fait que Houria, n'avance pas de propos sur sa mère et préfère des propos du genre : « normal, tout était normal, je vivais bien chez mes parents, ma mère était normale ... ». Ce genre de situation, selon Miller, « rend l'enfant mère ou père de sa mère », créant chez l'enfant un problème de place et une incertitude sur ses limites. Chez Houria, on a l'impression que l'intérieur de la maison parental forme un système de parexitation, elle ne peut s'en détacher.

Au bout du compte, pour obéir à cette vie familial, il ne faut pas s'en sortir, il ne faut pas décider de sa vie (même après le divorce, elle retourne chez sa famille comme une petite fille sous la tutelle, sans aucune alternative possible même en pensée, même en perspective. Elle ne critique pas le système traditionnel qui l'oblige à retourner chez ses parents, elle ne présente aucune alternative personnelle, elle est juste soumise passivement à la réalité externe). Elle nous dit d'ailleurs que les bons rêves sont revenus après son divorce. On peut comprendre par-là, que la déception du mari a choqué son équilibre et a fragilisé son fonctionnement, d'où l'absence de rêves. En fait, son choix du mari quand elle était adolescente, n'était en réalité qu'une tentative inefficace de remplacer l'objet maternel et/ ou paternel, cette relation est maintenue tant que le mari jouait le rôle de protecteur, mais dès qu'il commençait à manifester son besoin d'autre chose (certainement d'une femme mure), il est devenu tout de suite mauvais, pour elle. Il y a, donc, clivage d'objet qui ne permet pas la représentation de l'objet complet. Le bon et le mauvais objet, vont en parallèle et non pas intégrés dans le même objet.

Les fixations sont, donc, prégénitales et il n'y a pas eu l'introjection de l'objet complet. En référence au tableau des événements de vie (cf. ci-dessus), nous pouvons relever les points de fixation chez Houria :

- Fixation somatique prénatale [300] (diabète),
- Axe hypothalamo-hypophyso-surrénales [309] (Kyste),
- Position dépressive [355] (dépression essentielle).

Axe 1 D : mécanismes de défense

Nous, nous référons au déni de réalité par ses comportements adaptatifs: collaboration dans l'apparence⁵ avec la psychologue et déni de la maladie. 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 Houria, elle nous reçoit avec un sourire.

Stora (1999) nous dit qu'en thérapie psychosomatique, nous jouons le rôle d'une mère bienveillante et sympathique qui réactive les premières relations d'attachement de l'enfant à sa mère. Une telle attitude maternelle facilite la réparation narcissique de l'unité psychosomatique". Nous avons rencontré Houria, dans le cadre d'une recherche et ne pouvons de ce fait, travailler avec elle en tant que thérapeute, malgré que Houria a besoin d'une thérapie psychosomatique, car la fixation dans la position narcissique a provoqué un clivage de sa personnalité. Ce dernier, n'a permis qu'un équilibre fragile, car les fonctions corporelles ont été et sont progressivement lésées. En effet, il s'agit de l'identification projective et le retournement contre soi et en son contraire. En se référant à André Green, on remarque qu'il parle de double retournement: le retournement contre soi et en son contraire et en fait un mécanisme de défense antérieur au refoulement, typique de narcissisme primaire. En effet, il dit à ce propos : «La plupart des auteurs [...] n'en parlent que comme un narcissisme de vie

⁵ En effet Houria accepte d'emblée de collaborer à cette étude, mais cette collaboration n'est qu'apparente, car en fait il n'y a pas d'investissement de la relation, il n'y a pas de laisser aller et le contenu est très pauvre beaucoup d'évitements.

en passant sous silence [...] le narcissisme de mort présent sous la forme de l'abolition des tensions jusqu'au niveau zéro» (Green A. 2007, P. 146).

Axe 1 E : traits de caractère

Houria, on l'a vu, est de type anal (406) car elle montre peu de perceptions associatives mais fait preuve de maîtrise et de contrôle face à la maladie. Les traits pervers [404], et de relations sadomasochistes [409], sont ici deux traits d'auto destruction (pulsion de mort), en ligne avec la désintringation pulsionnelle précédemment relevée. Tout au long de ses maladies, ce qui préoccupe Houria, c'est l'avenir de ses enfants.

Il semble que (Houria) 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 grandir".

Axe 1 F : activités sublimatoires

En termes d'activités sublimatoires les éléments, que Houria nous a fournis, sont très pauvres. Houria passe son temps à faire des tâches ménagères et à s'occuper de ses enfants. En tant que femme divorcée, elle n'a presque pas de perspectives dans ce sens. Elle doit rester sous la protection (et le control) de sa famille. Ce qui la rend satisfaite, dit-elle, c'est quand elle voit ses enfants ne manquent de rien.

Elle n'aborde pas du tout sa spiritualité, cette dimension ne semble pas la soutenir suffisamment. Dans l'ensemble du discours de Houria, il n'y a rien qui relève d'une vie spirituelle. Par ailleurs, elle ne pratique pas de sport, n'a pas de vie sociale, et ne sort de la maison que pour un motif précis.

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

Houria, souffre de récidives de troubles physiques (470), puis de l'identité (467) qui débute dans sa fonction première dans la dimension identitaire féminine (Kyste au sein) et ensuite le diabète que met sa vie en danger. Nous avons constaté le problème du développement de la personnalité et la perversion [471]. Prendre la responsabilité de ses deux enfants exclusivement et en l'absence du soutien du mari (surtout que son aîné était gravement atteint), a conduit Houria à un épuisement libidinal [460].

On peut dire qu'à l'entretien, Houria ne parlait pas beaucoup de son vécu, c'est au TAT qu'elle a parlé de ses enfants. Elle dit qu'elle vit pour eux et qu'avant, elle croyait que le confort et le bien être allait durer toute sa vie, qu'elle était trop gâtée, et que rien ne lui manquait et finalement la vie a des surprises et que maintenant elle ne voit que ses enfants qui grandissent. On ne peut dire qu'il y a, dans cette relation avec ses enfants, comme une forme de prolongement d'elle-même sans distance à l'objet.

Axe 3 : expression des affects

Il semble que Houria est pauvre en affects et presque soumise à une vie opératoire, Son fonctionnement est soumis à la désorganisation progressive. Ses représentations mentales ne sont pas liées (510) car elle ne raconte rien des souvenirs de la période d'enfance, il n'y a rien qui semble l'avoir marquée spécialement. On a l'impression qu'en termes de son histoire, tout était bien et qu'elle résumait par « normal », « rien de spécial ». Concernant son père, c'est au test projectif qu'elle exprime sa relation avec lui et où elle aborde une enfance d'une fille trop gâtée et aimée par son père. Elle parle même dans ce test d'une absence de son père qu'elle attendait impatiemment à la porte, sans jamais aborder cette question à l'entretien. Néanmoins, elle évoque à l'entretien, la tendresse de son père et de sa mère.

Il est clair que Houria avait souffert tout au long de ses maladies, de fatigue, mais ne se plaint pas extérieurement (511).

Axe 4 : Environnement personnel, familial et socio professionnel

Houria souffrait d'un environnement familial excessif depuis l'enfance (601). Un changement radicale se produit dans la vie de Houria, où le calme excessif et la surprotection dans l'enfance, sont remplacés par des perturbations permanentes dans l'environnement social (tromperie du mari puis divorce, toutes les charges des enfants qui lui reviennent désormais ...) (603b), elle angoisse beaucoup pour ses enfants, surtout qu'elle a son aîné malade, tout ce qui l'intéresse à présent, est que rien ne leur arrive, ce qui va dans le sens d'une angoisse diffuse sans objet (200) elle tombe de plus en plus malade (306) et est incapable de prendre soin d'elle-même.

1.3 Diagnostic selon la nosographie psychosomatique

Houria 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 : 5
 2. La prévalence des comportements : 4
 3. La capacité à exprimer ses sentiments : 4
 4. Risques liés à l'environnement du cas : 3

Total : 16 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 :

16 + 3 = 19

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

1.4 Analyse du TAT : cas Houria

- **Planche 1 :**

Je vois un petit garçon qui pense trop à ses problèmes, alors quelqu'un qui pense souvent il ne sera pas bien, c'est difficile quand on a des problèmes à cette âge.

- **Procédés défensifs:**

Le discours commence par un accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-4) (qui pense trop à ses problèmes), avec référence sociales et au sens commun (A1-3) (« alors quelqu'un qui pense souvent il ne sera pas bien, c'est difficile quand on a des problèmes à cette âge ») avec scotome d'objet manifeste (E1-1) (le violent) finalement l'histoire est courte et la tendance à la restriction dans le discours était dominant (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

L'inhibition est dominante et à empêcher Houria d'aborder la problématique latente de la planche qui renvoie à la problématique d'un enfant immature, face à un « objet d'adulte » où il y a une évocation de l'angoisse de castration et de l'acceptation du manque.

Houria a évité de reconnaître la problématique actuelle concernant l'incapacité, étant donné la blessure narcissique réanimée par le contenu latent. Nous ne voyons pas d'expression du conflit interne sur l'usage et la défense contre l'usage d'objet d'adulte, qui à son tour, aurait permis la manifestation des identifications qui rendraient possible le report de la satisfaction. Le conflit est intra personnel et le motif n'est pas exprimé.

- **Planche 2 :**

« Comment vit la femme, elle travaille pour donner toute sa vie à ses enfants surtout si elle a beaucoup d'enfants, elle doit lutter, je vois comme ça, parce que c'est une image d'une femme dans sa maison, elle et son mari luttent pour vivre heureux pour toujours.

- **Procédés défensifs:**

L'histoire commence directement par une mise en tableau (CN3) (comment vit la femme), suit l'accent porté sur le quotidien, le factuel le faire (CF-1) (elle travaille), avec le recours à la formation réactionnelle (A3-3) (pour donner toute sa vie à ses enfants) ; en introduisant des personnages non figurés sur l'image (B1-2) (les enfants) encore avec le recours à la formation réactionnelle (A3-3) (elle doit lutter, je vois comme ça), en s'appuyant sur les limites et les contours (CN-4) (parce que c'est une image d'une femme dans sa maison), suit après le remâchage (A3-1), (Elle et son mari luttent pour vivre heureux pour toujours). Il y a enfin un scotome d'objet manifeste (la jeune fille au premier plan) et une tendance générale à la restriction (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

Latriangulation œdipienne dans son ensemble, est évitée en ayant recours aux processus primaires sous forme de scotomes d'objet (la femme au premier plan), et en introduisant des personnages non figurés sur l'image (les enfants) il est question de formation réactionnelle des parents dévoués pour leurs enfants et qui subtilement luttent pour rester heureux. Le cas a eu recours à la réalité externe, au comportement et au quotidien, pour éviter le conflit que suscite la planche. On n'assiste pas à un mouvement œdipien de désir et de compétition, ce fantasme est totalement évité. L'investissement des comportements et des actions s'est fait au détriment des fantasmes, nous n'avons donc pas remarqué l'évacuation des relations, mais il y a eu le recours à la formation réactionnelle (la mère est dévouée... puis parle aussi des parents dévoués en introduisant le père). Le désir et la compétition de l'interdit n'est pas exprimé. Nous n'avons vu aucune trace de culpabilité mais le conflit est transposé sur les parents qui luttent pour rester heureux. Ce mouvement a permis d'éviter l'angoisse que suscite le contenu latent de la planche.

- **Planche 3 BM:**

.. Ici, quand quelqu'un est handicapé, c'est très difficile dans notre société, ils ne comprennent pas quelqu'un comme ça, alors il faut avoir le courage pour vivre avec des gens, c'est difficile lorsque vous avez un handicapé... à l'époque j'ai eu un garçon handicapé mais maintenant hamdulillah.

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence initial moyen, elle entame son discours directement par une altération de la perception en percevant une personne malformé (Handicapée) (E1-4), anonyme (CI-2) (quelqu'un) avec référence au sens commun (A1-3) (c'est très difficile dans notre société) et avec une tendance, aussi, à la formation réactionnelle (A3-3) (il faut avoir le courage pour vivre avec les gens), l'histoire montre par cette évocation de l'idéalisation de soi, une porosité des limites entre narrateur/sujet de l'histoire (CI-1) (c'est difficile quand vous avez un handicapé) suit un long silence intra récit (CI-1), elle revient à la référence personnelle (CN-1) (à l'époque j'ai eu un garçon handicapé mais maintenant hamdulillah). L'histoire est courte et le motif de conflits est non précisé par la référence plaquée à la réalité externe (CF1). L'histoire est courte (CI-1)

- **Problématique de la planche :**

Il semble que la planche 3BM et la sollicitation de la position dépressive aient été conflictuel chez notre cas, d'autant plus que cette planche fait suite à la deuxième planche qui ravivait la problématique œdipienne. En l'absence des objets internes chez notre cas, il n'y avait pas d'issue pour cette problématique. La dépendance à l'égard de la réalité externe, montre un manque au niveau d'intégration de bons objets. Les processus primaires étaient là pour perturber le discours.

- **Planche 4 :**

« Qui n'aime pas vivre la romance ? C'est vrai l'amour existe. J'y croyais dans le passé, mais maintenant ce n'est plus le cas. Quand tu vis dans la romance, il y a de l'amour. Une maison pleine d'amour, tu sentiras qu'il y a quelqu'un qui t'aime, c'est vrai c'est difficile...aaaah, c'est triste. Je vois de l'amour, de l'aide d'un homme à sa femme qui vivent leur vie ensemble, comprendre tout, que ce soit difficile ou facile ».

- **Procédés défensifs:**

Après l'entrée directe dans le discours (B2-1), l'histoire commence par une référence au sens commun (A1-3) (Qui n'aime pas vivre la romance ? c'est vrai l'amour existe), intervient après une références personnelle (CN-1) (J'y croyais dans le passé, mais maintenant ce n'est plus le cas) avec une tendance à l'aller-retour entre l'expression pulsionnelle et la défense sous

forme de désirs contradictoires (B2-3) (c'est vrai l'amour existe. J'y croyais dans le passé, mais maintenant ce n'est plus le cas) suit la porosité des limites, entre narrateur/sujet de l'histoire, entre dedans dehors (CL-1) (Quand tu vis dans la romance, il y a de l'amour. Une maison pleine d'amour, tu sentiras ...)avec un accent sur une fonction d'étayage de l'objet valence positive (CM-1)(de l'aide d'un homme à sa femme), en s'appuyant sur un affect titre (CN-3) (je vois de l'amour) et des exclamations «aaah c'est triste» puis la référence à la réalité externe (CF-1) (qui vivent leur vie ensemble, comprendre tout, que ce soit difficile ou facile) et une tendance à la perturbation du récit (E4-1) Je vois de l'amour, de l'aide d'un homme à sa femme qui vivent leur vie ensemble, comprendre tout, que ce soit difficile ou facile » et aussi au scotome d'objet (la photographie de la femme dénudée qui se trouve au fond). Enfin, l'histoire est courte (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

La problématique de la planche est perçue, mais en raison de l'intensité du conflit, la reconnaissance de la relation hétérosexuelle des deux personnages a conduit à un désordre du discours. Ainsi, la compétition avec les images féminines est évitée ce qui a conduit, donc, à l'évitement de la Problématique de l'ambivalence amour/haine dans un couple. En raison de l'interférence des processus primaires, qui conduisaient à la perturbation du discours et aussi au scotome d'objet (la photographie de la femme dénudée qui se trouve au fond), Nous n'avons pas perçu une problématique en écho à la triade.

- **Planche 5 :**

« Je vois une femme qui regarde dans sa cuisine, non ici c'est une chambre, elle a une bibliothèque. Ça c'est un être humain cultivé, même si quelqu'un n'a pas fait d'études, il doit être cultivé parce que quelqu'un qui a fait les études ce n'est pas pareille quelqu'un qui n'a pas fait les études ».

- **Procédés défensifs:**

Après une entrée directe dans le discours (B2-1), suit une annulation (A3-2) (non ici c'est une chambre), avec un accent sur le contenu manifeste (CF-1) (elle a une bibliothèque) suit une formation réactionnelle (A3-3)(Ça c'est un être humain cultivé), avec anonymat des personnages (CI-2) (un être humain) avec une hyper instabilité des identités (CM-2)) (je vois une femme (...) ça c'est un être humain). Suit un remâchage (A3-1) avec une tendance à un

trouble de la syntaxe (E4-1) (même si quelqu'un n'a pas fait d'études, il doit être cultivé parce que quelqu'un qui a fait les études ce n'est pas pareille quelqu'un qui n'a pas fait les études). Toute l'histoire est dominée par la banalisation et le plaquage (CF-1) et une référence aux normes externes. Finalement, l'histoire est courte (CI-1)

- **Problématique de la planche :**

Comme c'est le cas dans les planches précédentes, l'inhibition est fortement déployée en recourant au quotidien et au non-conflictuel afin d'éviter l'affrontement des réactivations latentes de la planche. Cette dernière Renvoie à l'image maternelle qui regarde, à la curiosité sexuelle, et au fantasme originaire de la scène primitive. La planche suggère un sentiment de culpabilité, propre à la curiosité sexuelle et aux fantasmes de la scène primitive. Le cas s'est rendu compte de cette problématique mais n'a pas pu l'élaborée en ayant recours dès le départ aux procédés antidépressifs comme l'instabilité des identités. Le cas a aussi eu recours au sens commun contre l'engagement personnel dans l'histoire.

- **Planche 6GF :**

« Je vois un homme qui intimide sa femme, toujours c'est lui le plus fort je vois comme ça, parce qu'un homme qui regarde mal sa femme, c'est difficile pour elle, je vois que c'est rare où on trouve un couple qui s'entend bien, bah ici toujours un homme qui est le plus fort que sa femme... (Rit)».

- **Procédés défensifs:**

Après une entrée directe dans le discours (B2-1), elle évoque un mauvais objet thème de persécution qui domine toute l'histoire (E2-2) (Je vois un homme qui intimide sa femme) suit un détail narcissique et idéalisation de la représentation de l'objet (CN-2)(toujours c'est lui le plus fort je vois comme ça), suit un trouble de la syntaxe et craquées verbales (E4-1) (lui le plus fort je vois comme ça parce qu'un homme qui regarde mal sa femme, c'est difficile pour elle), suit une référence sociale et au sens commun (je vois que c'est rare où on trouve un couple qui s'entend bien, bah ici toujours un homme qui est le plus fort que sa femme) puis un long silence CI-1) et un recours au rire (CM-3). L'histoire est courte (C1-1).

- **Problématique de la planche :**

La planche fait référence, au fantasme de séduction dans la relation hétérosexuelle. Malgré que notre cas a identifié les personnages et les a mis en relation, les processus primaires et l'inhibition ont empêché d'aborder le problème implicite de cette planche, dans une perspective œdipienne. Il y a comme une représentation négative de la féminité et un rapport dominant dominée dans les identités féminines masculines.

- **Planche7GF :**

Là je vois une mère avec sa fille, cette mère n'a pas vécu une vie confortable comme elle le souhaitait, alors elle souhaite à sa fille une vie parfaite, la mère doit tout mettre en œuvre pour offrir une vie idéale à sa fille.

- **Procédés défensifs:**

Après une entrée directe dans le discours (B2-1), elle entre avec l'accent porté sur la réalité externe (CF-1 (une mère avec sa fille), suit une formation réactionnelle (A3-3)(Cette mère n'a pas vécu une vie confortable comme elle le souhaitait, alors elle souhaite à sa fille une vie parfaite), avec une référence sociales et aux sens commun (A1-3) (la mère doit tout mettre en œuvre pour offrir une vie idéale à sa fille). Scotome d'objet (E1-1) (le poupon dans les bras de la fille) L'histoire est courte (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

Le passage à la position de mère semble évité. Le malaise de notre cas devant cette planche, paraît évident. La formation réactionnelle a dominé et aussi une référence au sens commun a rendu le discours impersonnel et sans issue.

- **Planche8BM :**

Bah moi je n'aime pas la violence celui qui frappe et qui s'énerve tout le temps. Je n'aime pas tout ça, je déteste la violence j'aime la romance et je déteste la violence, surtout en ce qui concerne les opérations mais si c'est obligatoire j'essaie de le vivre.

- **Procédés défensifs:**

L'histoire commence directement (B2-1) par la porosité des limites (entre narrateur/ sujet de l'histoire) (CL-1) (Bah moi je n'aime pas la violence celui qui frappe et qui s'énerve tout le temps) puis un temps de latence moyen suivi par un remâchage ((A3-1) (je n'aime pas tout ça, je déteste la violence)revient à l'éprouvé subjectif et à une référence personnelle (CN-1) (j'aime la romance et je déteste la violence, surtout ce qui concerne les opérations) après une précaution (A3-1) (mais), et revient à l'éprouvé subjectif et à une référence personnelle

(CN-1) (Si c'est obligatoire, j'essaie de le vivre) l'histoire est dominée par la porosité des limites entre narrateur/sujet de l'histoire (CL-1) et aussi la restriction (CI-1).

- **Planche9GF :**

« La femme essaye par tous ses efforts pour vivre mieux je vois comme ça dans cette image, je vois que la vie des femmes diffère du passé et dans le présent. Maintenant c'est facile pour la femme de vivre comme elle veut et elle se bat pour survivre dans cet univers ».

- **Procédés défensifs:**

Après l'entrée directe dans le discours (B2-1), l'histoire commence par l'anonymat des personnages(CI-2) (la femme), suivit par une formation réactionnelle (A3-3) (La femme essaye par tous ses efforts pour vivre mieux), encore une référence aux normes sociales (A1-3) (je vois que la vie des femmes diffère du passé et dans le présent maintenant c'est facile pour la femme de vivre comme elle veut) suivit par un recours à l'intellectualisation (A2-2) (elle se bat pour survivre dans cet univers). Dans l'histoire, il y a scotome d'objet manifeste (E1-1) (la deuxième femme) Enfin, l'histoire est courte (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

Avec le recours au processus primaires sous forme de scotome d'objet manifeste (la deuxième femme), il n'y avait pas de possibilité d'élaborer une histoire autour de la rivalité féminine. Les procédés primaires, de contrôle et d'inhibition se sont déployés de sorte à étouffer toute expression autour de la problématique latente de la planche.

- **Planche 10 :**

.. « Je vois un homme et comment il ressent la tendresse de sa mère, c'est difficile de comprendre son fils même s'il a grandi elle doit le comprendre ».

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence par l'insistance sur les qualités sensorielles (CN-4) (Je vois un homme et comment il ressent la tendresse de sa mère), suit l'intellectualisation (A2-2) (c'est difficile de comprendre son fils) et une formation réactionnelle (A3-3) (même s'il a grandi elle doit le comprendre). L'histoire est banalisée et dominée par la restriction (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

La planche évoque l'expression libidinale au niveau du couple, et notre cas n'a pas pris en compte le contenu latent. En recourant aux procédés de contrôle sous forme de formation réactionnelle et aux procédés narcissiques, il n'a pas été possible d'aborder la problématique en reconnaissant la distance à l'objet. Le caractère dépressif de l'identification et la difficulté d'intégrer la position dépressive dans l'abord d'une relation mère fils a donné lieu dès le départ, à une domination de la formation réactionnelle.

- **Planche 11 :**

« ... Je vois une terre, travailler dans l'agriculture est difficile, mais qui maîtrise sa pratique vit une vie agréable, la terre si vous la plantez, vous récolterez son bien.

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence assez long (CI-1), l'accent est porté sur le quotidien, le factuel, le faire (CF-1) et un accent sur la fonction d'étayage avec l'appel à la clinicienne (CM-1) (la terre si vous la plantez, vous récolterez son bien) l'histoire est courte (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

La régression imposée par la planche, n'est pas tolérée par notre cas. L'inhibition s'est manifestée sous forme d'un temps de latence initial long, ainsi qu'une tendance à la banalisation, sans aucune mention de conflits comme moyen d'éviter la situation, en recourant à la description de ce qui est externe au détriment de la réalisation de ce qui est interne.

- **Planche 12BG :**

... Moi j'aime la nature parce que j'aime la terre, rivières, les arbres qui nous donnent de l'oxygène, il faut préserver l'environnement parce que si nous ne le préservons pas, il devient invalide.

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence long (CI-1), le discours commence directement par la porosité des limites entre narrateur/sujet de l'histoire (CL-1) (Moi j'aime la nature parce que j'aime la terre, rivières, les arbres qui nous donnent de l'oxygène), suivit par la formation réactionnelle sous forme du sens de devoir (A3-3) (il faut préserver l'environnement) suivit par une association courte (E4-3) (si nous ne le préservons pas, il devient invalide) enfin, l'histoire est très courte (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

La planche suggère une réactivation des représentations de relations à l'ombre de l'absence de conflit, et c'est une planche qui est destinée à la détente par rapport aux planches précédentes et incite l'individu à diversifier ses réponses sensorielles et émotionnelles.

L'aspect pictural habituel de la planche s'articule autour des capacités primaires de distinction entre le monde interne et le monde externe. Et renvoie à une activité cognitive vis-à-vis des expériences prégénitales (bonté). Devant la réactivation de la perte, Houria trouve une issue par l'investissement de la sphère écologique. Mais le recours à l'inhibition, et au control indique des défenses inefficaces, le cas n'arrive pas à s'en sortir de la situation et évite de s'exprimer sur la dépression et la vulnérabilité narcissique.

- **Planche 13B :**

Là c'est un garçon qui pense, et je vois une maison ancienne. Aaaaah que dois-je vous dire, L'enfant est innocent, le petit enfant comme une feuille blanche vous écrivez ce que vous aimez.

- **Procédés défensifs:**

Après l'entrée directe dans l'expression (B2-1), l'histoire commence par un accent porté sur les conflits intra personnels (A2-4) (Là c'est un garçon qui pense), suivit par sur l'insistance les limites et les contours (CN-4) (et je vois une maison ancienne) et après un long silence intra récit (CI-1), apparait une exclamation (B2-1) (aaaah) suivit par une précaution verbale (A3-1) (que dois-je vous dire...) suivit par la formation réactionnelle (A 3-3)(l'enfant est innocent) mais le control intervient sous forme de référence aux normes sociale et au sens commun (A1-3)) (le petit enfant comme une feuille blanche) en essayant d'impliquer la clinicienne qui marque une porosité des limites (CL-1) vous écrivez ce que vous aimez). Enfin, l'histoire est très courte (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

La planche Renvoie à la capacité à rester seul dans un environnement précaire, et à la dimension abandonnique et dépressive dans la relation mère/enfant. Aborder la question de la perte a conduit à des perturbations. En témoigne la pauvreté des procédés utilisés. Il semble que le cas est confronté au problème de rester seul en ayant recours à la formation réactionnelle comme défense dès le départ sans pouvoir s'en sortir du problème et sans nous préciser la fin de l'histoire.

- **Planche 13MF :**

La mort est une chose difficile mais elle existe, je vois cette femme souffre et son mari souffre avec elle, donc la mort est mieux que cette souffrance parce que la vie est difficile.

- **Procédés défensifs:**

Après une entrée directe dans le discours (B2-1), elle commence par une intellectualisation (A2-2) (La mort est une chose difficile mais elle existe), suit une perception sensorielle (E1-3) (je **vois cette femme souffre**) avec la perception de personnages malades (E1-4) qui donne lieu après à une intellectualisation (A2-2) (donc la mort est mieux que cette souffrance parce que la vie est difficile). L'histoire est très courte (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

Devant la sollicitation du fantasme mortifère, par cette planche, notre cas évoque les mouvements agressifs. La sexualité n'est pas abordée chez notre cas et l'agressivité a été

abordée en recourant aux perceptions sensorielles et le control sous forme d'intellectualisation; Il semblait clair qu'il y avait une oscillation entre l'expression du désir et la défense, mais nous n'avons pas observé la culpabilité, il semble que la mort est justifiée par la maladie.

- **Planche 19 :**

.. Je vois un art pas n'importe qui peut le comprendre seulement les personnes instruites, et moi j'essaie de comprendre tout mais c'est difficile de comprendre tout, cette image noir et blanc, le blanc c'est la période d'enfance tu vois tout est beaux et le noir c'est les souffrances et les problèmes auxquels on fait face quand on grandit.

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence par une mise en tableau (CN-3) (je vois un art), suit une idéalisation de l'objet (CN-2)(pas n'importe qui peut le comprendre seulement les personnes instruites), avec une référence personnelle (CN-1) (moi j'essaie) suit l'intellectualisation (A2-2) (mais c'est difficile de comprendre tout) puis vient un appui sur le percept et le sensoriel (CL-2) (cette image noir et blanc), après quoi intervient le recours au contrôle à partir de l'intellectualisation (A2-2) (le blanc c'est la période d'enfance tu vois tout est beaux et le noir c'est les souffrances et les problèmes auxquels on fait face quand on grandit). L'histoire et courte (CI-1)

- **Problématique de la planche :**

Notre cas a perçu le contenu latent de la planche et l'a affronté en fixant le contraste entre le blanc et le noir, comme moyen d'aborder le bon et le mauvais objet. Cependant, on constate que la situation perturbe le cas: ce qui se manifeste par la tendance générale à la restriction et le recours massif aux défenses du registre narcissique en contre-investissant l'angoisse de perte que vise la planche par une sensibilité aux contraste entre le noir et le blanc qui s'ensuit immédiatement par un recours au control et à l'évitement.

- **Planche 16 :**

... Que je dois-dire pour raconter une histoire ? Quand j'étais petite, mon père a fait de son mieux pour que je vive une vie merveilleuse, je suis la fille unique donc il m'aime trop... ma vie a commencé avec la joie, j'étais rassurée de la vivre toute ma vie, mais maintenant je

ressens de la joie quand je vois mes enfants grandir devant mes yeux et que rien ne manque, donc dans cette vie c'est bien d'avoir de l'esprit.

- **Procédés défensifs:**

Après un long silence initial (CI-1) L'histoire commence par un appel au clinicien (CM1) suit directement la porosité des limites entre narrateur/sujet de l'histoire ; entre dedans/dehors...)(CL-1) (quand j'étais petite), l'accent est porté après, sur la formation réactionnelle (A3-3) (mon père a fait de son mieux pour que je vive une vie merveilleuse), avec un affect de circonstance (CF-2) (je suis la fille unique donc il m'aime trop) après un long silence intra récit (CI-1), suit directement la porosité des limites entre narrateur/sujet de l'histoire ; entre dedans/dehors...) (CL-1) (ma vie a commencé avec la joie) suit une craquée verbale (j'étais rassurée de la vivre toute ma vie, mais maintenant je ressens de la joie quand je vois mes enfants grandir...) suivie par une intellectualisation (A2-2) (donc dans cette vie c'est bien d'avoir de l'esprit). L'histoire est courte (CI-1)

- **Problématique de la planche :**

Face au vide, notre cas a d'abord eu du mal à aborder la planche, puis recourt à combler ce vide comme moyen d'y faire face. On remarque que le cas ne marque pas de limites avec ces objets l'histoire est dominée par la porosité des limites entre narrateur/sujet de l'histoire ; entre dedans/dehors ce qui va dans le sens de la fragilité des représentations fantasmatiques chez notre cas⁶.

⁶Romain Gary (cité par Stéphane Flamant, 2010, P.25) développe un thème identique dans son autobiographie [Gary 1980] où il écrit : « Il n'est pas bon d'être tellement aimé, si jeune, si tôt. Ça vous donne de mauvaises habitudes. On croit que c'est arrivé. On croit que ça existe ailleurs, que ça peut se retrouver. On compte là-dessus. On regarde, on espère, on attend. Avec l'amour maternel, la vie vous fait à l'aube une promesse qu'elle ne tient jamais. » « Je ne dis pas qu'il faille empêcher les mères d'aimer leurs petits. Je dis simplement qu'il vaut mieux que les mères aient encore quelqu'un d'autre à aimer. Si ma mère avait eu un amant, je n'aurais pas passé ma vie à mourir de soif auprès de chaque fontaine ».

Tableau n°5 : Résumé des procédés du cas Houria

Cas Houria, 43 ANS

Série A (Rigidité)	Série B Labilité	Série C Evitement du conflit	Série E Emergence des processus primaires
<p>A1</p> <p>Référence à la réalité externe</p> <p>A1-1 = 0</p> <p>A1-2 = 0</p> <p>A1-3 = 7</p> <p>A1-4 = 0</p> <p style="text-align: right;">A1 = 7</p>	<p>B1</p> <p>Investissement de la relation</p> <p>B1-1 = 0</p> <p>B1-2 = 1</p> <p style="text-align: right;">B1 = 1</p>	<p>CF</p> <p>Surinvestissement de la réalité externe</p> <p>CF1 = 7</p> <p>CF2 = 2</p> <p>CF3 = 0</p> <p style="text-align: right;">CF = 9</p>	<p>E1</p> <p>Altération de la perception</p> <p>E1-1 = 3</p> <p>E1-2 = 0</p> <p>E1-3 = 1</p> <p>E1-4 = 2</p> <p style="text-align: right;">E1 = 6</p>
<p>A2-</p> <p>Investissement de la réalité interne</p> <p>A2-1 = 0</p> <p>A2-2 = 5</p> <p>A2-3 = 0</p> <p>A2-4 = 2</p> <p style="text-align: right;">A2 = 7</p> <p>A3</p> <p>Procédés de type obsessionnel</p> <p>A3-1 = 3</p> <p>A3-2 = 1</p> <p>A3-3 = 10</p> <p>A3-4 = 0</p> <p style="text-align: right;">A3 = 14</p>	<p>B2</p> <p>Dramatisation</p> <p>B2-1 = 9</p> <p>B2-2 = 0</p> <p>B2-3 = 1</p> <p>B2-4 = 0</p> <p style="text-align: right;">B2 = 10</p> <p>B3</p> <p>Procédés de type hystérique</p> <p>B3-1 = 0</p> <p>B3-2 = 0</p> <p>B3-3 = 0</p> <p style="text-align: right;">B3 = 0</p>	<p>CI</p> <p>Inhibition</p> <p>CI-1 = 24</p> <p>CI-2 = 4</p> <p>CI-3 = 0</p> <p style="text-align: right;">CI = 28</p>	<p>E2</p> <p>Massivité de la projection</p> <p>E2-1 = 0</p> <p>E2-2 = 2</p> <p>E2-3 = 0</p> <p style="text-align: right;">E2 = 1</p>
		<p>CN</p> <p>Investissement narcissique</p> <p>CN-1 = 5</p> <p>CN-2 = 2</p> <p>CN-3 = 3</p> <p>CN-4 = 3</p> <p>CN-5 = 0</p> <p style="text-align: right;">CN = 13</p>	<p>E3</p> <p>Désorganisation des repères identitaires et objectaux</p> <p>E3-1 = 0</p> <p>E3-2 = 0</p> <p>E3-3 = 0</p> <p style="text-align: right;">E3 = 0</p>
		<p>CL</p> <p>Instabilité des limites</p> <p>CL-1 = 7</p> <p>CL-2 = 1</p> <p>CL-3 = 0</p> <p>CL-4 = 0</p> <p style="text-align: right;">CL = 8</p>	<p>E4</p> <p>Altération du discours</p> <p>E4-1 = 4</p> <p>E4-2 = 0</p> <p>E4-3 = 1</p> <p>E4-4 = 0</p> <p style="text-align: right;">E4 = 5</p>
		<p>CM</p> <p>Procédés antidépressifs</p>	

		CM-1 = 3 CM-2 = 1 CM-3 = 1 CM = 5	
--	--	--	--

1.5 Analyse des procédés globaux :

Le protocole montre un évitement du conflit (CF= 09; CI= 28; CN= 13; CL= 08; CM= 05)

Suivit par les procédés de rigidité (A1= 07; A2= 07 A3= 14) de labilité (B1=01 ; B2= 10), en sachant que les procédés labiles étaient souvent représentés par l’entrée directe dans le discours, qui marque une difficulté à prendre de la distance par rapport à l’objet. On a l’impression qu’il y a une sorte de fuite en avant et enfin les procédés de l’émergence des processus primaires (E1= 06; E2=01; E4= 05), avec le recours aux processus primaires sous forme de scotome d’objet manifeste (la deuxième femme), à la planche 9GF, il n’y avait pas de possibilité d’élaborer une histoire autour de la rivalité féminine. Les procédés primaires, de d’inhibition et de control se sont d’éployés de sorte à étouffer toute expression autour de la problématique latente de la planche. La régression imposée par la planche 11, n'est pas tolérée par notre cas. l'inhibition s'est manifestée sous forme d'un temps de latence initial long, ainsi que sous la forme d'une tendance à la banalisation, sans aucune mention des conflits comme moyen d'éviter la situation, en recourant à la description de ce qui est externe au détriment de la réalisation de ce qui est interne.

Les données précédentes montrent que le mouvement projectif est figé, cela nous autorise à nous interroger sur le danger du désinvestissement du monde intérieur. Une défense claire est apparue contre la représentation de l’objet, ainsi que la pauvreté de la vie fantasmatique, qui s’est donnée sur l'ensemble du protocole. Les défenses étaient, dans la plupart des planches, déployées pour geler toute manifestation pulsionnelle. La perception externe a pris le pas sur la représentation de la réalité interne. Malgré l’émergence de quelques procédés primaires, ceux-ci n’ont pas été efficaces car l’inhibition était directement mise en avant, dans la plupart des planches. Il en va de même pour les procédés labiles.

1.6 Problématique Générale :

L'analyse du TAT, nous a révélé une problématique générale concernant le recours à l'évitement du conflit par l'inhibition de toute expression pulsionnelle, qui est susceptible de pousser à la reconnaissance de la perte, car cette dernière impose une perte narcissique importante.

On peut dire que la pauvreté de la représentation interne des objets a conduit à l'impossibilité de représenter la perte au niveau mental, ce qui a peut-être montré son effet sur la fragilité de l'appareil mental de Houria. Les identifications étaient en raison de l'échec de l'intégration de l'objet; Les objets externes ont été exclus car les abordés comporte implicitement la possibilité d'un débordement ainsi, donc, garder à l'extérieur les objets contribue à soutenir et à compenser le vide des objets internes.

Les représentations fantasmatiques internes étaient floues et mal distinguées, pour pouvoir réussir l'expression de pulsions agressives, Houria n'a pas trouvé de meilleure issue que de les figer.

2 Cas Idir :

Idir âgé de 61 ans, est un homme marié, père de quatre enfants un garçon et trois filles, il a eu son bac en 1982 et il a fait ses études supérieures dans un institut, c'est un directeur d'une société privée.

Son père était émigré, il ne rentrait pas beaucoup et il ne se rappelle pas beaucoup de lui,

Idir, se déplace beaucoup, avec sa famille, car en tant que responsable il était souvent muté.

Pour les antécédents familiaux, ses frères sont diabétiques.

2.1 Analyse d'entretien :

Idir a accepté de répondre facilement aux questions, ses réponses sont claires, il manifeste un intérêt positif dès le premier entretien. Il a parlé de son enfance, c'est-à-dire de sa naissance et de son allaitement qui étaient naturels et il nous a parlé de cette période de sa vie d'une manière furtive et pas trop de souvenirs. Il se rappelle comment ils vivaient dans la pauvreté

avec sa famille. Il nous a parlé des évènements qui sont gravés dans sa tête et qui sont le décès de son père puis le décès de sa mère. Il s'est marié à l'âge de 26 ans et il dit qu'il prend soin de sa famille. Il dit que dans son passé, il a fumé trop qu'il était alcoolique et depuis sa maladie il a tout arrêté.

Dans les antécédents médicaux de Mr Idir, il n'avait aucune maladie connue jusqu'à l'année 2006 au il a eu « un blocage des vaisseaux sanguins au niveau de cœur » (coronaires bouchées) et dont il a subi une intervention chirurgical et c'est à cette occasion, qu'ils ont découvert qu'il a un diabète il n'a jamais été hospitalisé pour cette maladie. Il dit qu'épar la suite il manifeste une cataracte, la tension et l'anémie comme complication du diabète. Il dit que ses parents étaient hypertendus et diabétiques, ses grands-parents paternels l'étaient aussi et qu'actuellement, ses frères le sont aussi.

Idir ne respectait pas son traitement et son régime mais maintenant il les suit correctement mais il dit qu'il ne consulte pas le médecin quand il ne sent pas bien, malgré qu'il ait des troubles de sommeil et il ne dort pas bien. Pour la vie onirique, Idir fait souvent des rêves sur sa mère parce qu'il est « attaché à elle un peu plus que son père », dit-il. En effet, son père était absent, il travaillait en France et il ne rentrait pas beaucoup en Algérie. C'est sa mère qui les a élevés et c'est elle qui s'est débrouillé pour les nourrir. Il a d'ailleurs des larmes aux yeux quand il raconte le dénuement dans lequel ils vivaient.

Idir, ne parle pas beaucoup, il a accepté de coopérer mais juste en apparence. En réalité, il paraît bloqué et a besoin qu'en l'encourage, à chaque fois, pour qu'il nous parle de sa vie. Sa projection dans l'avenir est représentée par le souhait de voir ses enfants réussir dans leurs vies et voir ses filles mariées.

Tableau (n° 6) synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques d'Idir avec commentaire.

Commentaire	Evènement de vie	Dates ou âges	Troubles somatiques
	La naissance d'Idir,	1962	Rien à signaler en cette période de la première enfance, selon Idir.
Le sujet est sous le choc, il n'arrive pas à oublier son père	Le décès de son père	1972 10ans	
	Il a eu son bac	1982 20ans	
	Il s'est marié à l'âge	1988	

	26 ans		
	Son premier enfant à l'âge de 28ans	1990	
	Son deuxième enfant à l'âge de 30 ans	1992	
	Son troisième enfant à l'âge de 32 ans	1994	
	Son quatrième enfant à l'âge de 35 ans	1997	
	Ne raconte pas d'événement précis, mais il parle de la boisson et la cigarette	2006	Ses coronaires qui se sont bouchées
		2015	- Hypertension Maladie du rein(les calculs rénaux) - Hospitalisation pendant 6 jours L'anémie Il a des vomissements, les maux de tête, des problèmes de vision, essoufflement, les vertiges et la fatigue.
Le patient est sous le choc, parce qu'il n'arrive pas à croire en la vie sans sa mère.	Le décès de sa mère	2018	Insomnie, dépression, L'hyperglycémie.
Il s'est évanouie, il a aussi les maux de tête, les vertiges		2023	Hospitalisation : Hypertension

2.2 Evaluation de la santé et du risque psychosomatique d'Idir :

Pour évaluer le risque psychosomatique d'Idir, nous suivrons le cadre proposé par le Pr. Stora, mis au point de 1993 à 2011 (cf. annexe N° 1). Le protocole TAT pourra nous aider dans notre évaluation, notamment à la vérification des assises identitaire et narcissique chez Idir.

Nous vérifierons donc :

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

Idir, 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 Idir que la mère était très bien avec eux et qu'elle a beaucoup souffert pour les élever, elle était extrêmement présente pour eux et qu'elle avait ses enfant comme objet d'attachement exclusif, ce qui n'est pas bien pour ses enfants.

Quant à l'épaisseur du préconscient, Idir est capable de passer du présent au passé, mais il a très peu de souvenirs liés à l'enfance. Malgré nos encouragements sur certaines thématiques relatives à son passé, il est resté peu précis sur ses souvenirs et on a l'impression qu'il répondait à un questionnaire. Néanmoins, il y avait une volonté de répondre à l'encouragement de la psychologue, on a d'ailleurs remarqué une certaine sensibilité à notre présence. Il parle souvent de l'extrême pauvreté dans laquelle ils ont vécu, au point de s'émouvoir. Il dit que son père est parti en France et qu'il ne revenait que rarement. Idir ne parle pas d'abandon, il était choqué quand son père est décédé (Idir avait 10ans à peine) il dit qu'il est choqué d'autant qu'il n'arrive pas à se rappeler de lui. C'est-à-dire en l'absence de l'image intériorisée du père, il est impossible de se rappeler de lui en son absence. Idir, dit que sa mère les protégeait beaucoup, elle était gentille avec eux.

Seuls quelques souvenirs apparaissent, indiquant qu'à ce moment de leur vie c'était très difficile et il parle surtout du dévouement de sa mère et résume cette période à l'extrême pauvreté.

Nous n'avons donc pas remarqué de liens entre les perceptions et les affects, et Idir abordait les événements de sa vie avec une certaine distance qui suggérait une pauvreté des affects, cela peut indiquer une alexithymie. Il y avait clairement des lacunes dans la régulation préconsciente (161) qui 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 d'Idir et les 3 enfants à sa charge, la rendait incapable de répondre aux besoins de ses enfants, faisant d'elle une mère plus ou moins indisponible, malgré son « dévouement pour ses enfants » comme le dit bien Idir.

Tout ce qui précède, nous montre une fragilité des relations chez Idir et on voit des compensations orales, par l'ingestion, quotidienne d'alcool et de tabac, du café aussi. Il mange beaucoup aussi.

Aussi, ne négligeons pas l'âge d'Idir, qui n'avait que 10ans, quand il avait eu le grand choc relatif à la perte de son père. Il y aurait probablement une perte progressive de l'intégration narcissique, d'autant, qu'Idir n'a pas trouvé de soutien et n'a pas trouvé quelqu'un qui lui expliquerait ce qui s'est passé. C'est pourquoi il y a une sorte de déni de la maladie qui se cacherait derrière la négligence totale de la maladie chez lui. Les symptômes physiques ressemblent à une attaque narcissique, dit Stora (1999).

Il nous a paru qu'Idir est fragile et ne peut se défendre psychiquement devant les événements de sa vie, il répond par une passivité et à chaque fois par des somatisations bruyantes et dangereuses. Les somatisations ont touché la sphère neurologique (dépendance à l'alcool), qui va, peut-être, dans le sens d'un déplacement de la culpabilité vers la sphère orale, et aussi vers l'appareil circulatoire (cardiopathie, anémie, hypertension), et vers la sphère métabolique (diabète type1) et aussi la sphère néphrologique (calculs rénaux) et les troubles du sommeil (insomnies, des vomissements, les maux de tête, des problèmes de vision, essoufflement, les vertiges et la fatigue...). Ces maladies touchent, à des degrés différents son intégrité vitale, car quand le corps n'est pas assez fort, la maladie commence à apparaître.

Selon l'approche de Stora, on peut supposer que les traumatismes successifs d'Idir 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. Idir passera de maladies de dépendance à l'alcool et au Tabac au problème du cœur (cardiopathie + hypertension), puis de calculs rénaux et ensuite d'anémie et l'hyperglycémie. Il s'agit donc d'un masochisme fatal qui conduira à la désintégration des pulsions, si Idir n'est pas pris en charge et si le milieu reste le même (159). En effet, Idir n'aborde ses conflits avec sa femme, qu'une fois nous avons passé le test projectif. A l'entretien, il banalisait tous.

: Axe 1 B

États psychiques et événements de vie personnels

Idir est sous l'emprise d'une charge liée aux chocs continus (209). La mort de sa mère, qu'il n'arrive toujours pas à accepter. Il dit qu'il n' imagine pas sa vie sans sa mère, d'ailleurs suite au décès de sa mère, il a fait plusieurs épisodes d'hyperglycémie... Idir n'aborde pas du tout son milieu de vie sauf qu'il dit que tout est bien, mais dans ce bien il ne parle pas du tout de soutien de son entourage et apparemment la personne qui le soutenait le plus, était sa défunte mère. Il faut relever que pendant la passation du TAT, Idir parlait de dispute avec sa femme et il aborde le fait qu'elle l'ait laissé tout seul à l'hôpital alors qu'elle était censé l'assister pendant son hospitalisation), tous ces indicateurs négatifs, annoncent une évolution risquée pour Idir.

Idir a vécu à l'âge de 10ans un traumatisme lié à la perte de son père et il faut dire que le dénuement dans lequel vivait Idir, l'humiliait et lui faisait honte. Cette perte du père et un poids ajouté a ce dénuement qui l'a marqué et qu'il dit ne l'oubliera jamais.

Idir, n'exprime pas du tout son agressivité, il raconte les événements comme des faits banaux. Il n'aborde pas du tout sa relation au travail, il ne parle pas des querelles avec sa femme, il exprime très peu ses mécontentements, et on se pose la question sur la pulsion agressive et son destin chez Idir (Axe 1D de la grille d'évaluation). On peut supposer les décharges agressives à l'intérieur de lui-même et qui donne des somatisations graves à chaque fois. Ce qui rend ce risque grave est qu'Idir ne pratique aucune activité sportive et n'a aucune activité sublimatoire et il ne s'investi que dans des tâches quotidiennes.

On ne peut oublier aussi, que l'arrêt de la boisson et du tabac, d'un coup, à cause de sa cardiopathie, le fragilise d'avantage, car cela a été fait sans soutien ni assistance.

Les capacités d'élaboration d'Idir, 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'il fait face à une névrose traumatique.

Idir, en effet, ne se souvient plus de grand choses de son enfance, il garde surtout de mauvais souvenirs, tout ce qui touche au manque et à la pauvreté. Depuis son enfance, Idir n'était pas protégée suffisamment. Il avait besoin d'un père qui jouerait un rôle de modulateur dans sa relation première avec sa mère, chose qui n'était pas possible, vu que son père était parti en France et ne rentrait pas souvent, il dit qu'il n'a pas de souvenirs de son père, il ne se rappelle pas de lui.

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

Idir a une dominance orale. Il dit qu'il buvait et fumait beaucoup avant de tomber malade et aussi beaucoup il prenait de café. Il ne fait pas attention à son régime et il aime manger. On peut donc parler ici de fixations orales (303). Compte tenu de la pauvreté des représentations mentales dans le discours d'Idir, on se pose la question sur ces dépendances orales : répondent-elles au besoin de nourrir son psychisme et se remplir de ce qui lui a toujours manqué ? Cherchait-il à prouver qu'il existe ? Toutes ces questions sont importantes par rapport à la réalité d'Idir.

Axe 1 D : mécanismes de défense

Nous nous référons au déni de réalité par ses comportements non 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 ». Stora ajoute qu'on peut parler de "recherche inconsciente de dépendance" à l'aidant, c'est-à-dire à la mère, car le ou la psychologue joue le rôle de la mère dans la protection de l'excitation du patient : dans notre relation avec Idir, il paraît sensible à notre présence.

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 Idir, dans le cadre d'une recherche et ne pouvons de ce fait, travailler avec lui autrement, bien qu'Idir 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

Idir, on l'a vu, est de type oral (405) il montre peu de perceptions associatives. Dans sa relation avec les autres, notamment sa famille, il ne dit pas grand choses si ce n'est l'espoir de voir ses enfants réussir et ses filles mariées.

Axe 1 F : activités sublimatoires

En termes d'activités sublimatoires les éléments, qu'Idir nous a fournis, sont très pauvres. Idir parle de son travail qui lui donne beaucoup de responsabilités et aussi beaucoup de déplacements et mutations. Il ne parle d'aucune autre activité autre que le travail.

Elle n'aborde pas du tout sa spiritualité, cette dimension ne semble pas le soutenir. Dans l'ensemble du discours d'Idir, il n'y a rien qui relève d'une vie spirituelle. Par ailleurs, il ne pratique pas de sport, n'a pas d'échange et partage avec les autres, mis à part avec ses potes quand il buvait mais plus maintenant.

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 qu'Idir manifeste dans son comportement un déni de réalité (454) manifesté par exemple dans le fait qu'il ignore ses maladies, ce qui l'avait mis plusieurs fois en danger. Idir, souffre de récurrences de troubles physiques (470).

Axe 3 : expression des affects

Idir a manifesté une pauvreté affective et est soumis à une vie opératoire, mais on remarque des larmes aux yeux en évoquant son passé de dénuement complet et la détresse dans laquelle il a grandi. Son fonctionnement est soumis à la désorganisation progressive. Ses représentations mentales ne sont pas liées (510) ses souvenirs d'enfance, étaient pauvres et pas liés entre eux, il n'y avait pas de suite qui suit une chronologie quelconque, mais des faits par ci par là qui relèvent de « flashes », concernant son enfance. Pour le souvenir de son père, il dit que la douleur de le perdre sans le bien connaître, était très forte. L'absence du rôle du père l'a beaucoup affecté.

Idir a souffert tout au long de ses maladies de fatigue (511). Mais ne se plaint pas.

Axe 4 : Environnement personnel, familial et socio professionnel

Depuis l'enfance, Idir souffrait de son environnement (601), il a vécu dans une atmosphère d'insécurité provoquée par le dénouement et l'épuisement de la mère pour pouvoir les rassurer (604), il y a une perturbation permanente dans l'environnement social (il ne parle pas beaucoup de sa relation avec sa femme, mais ils ont beaucoup de querelles entre eux) (603b). Il tombe de plus en plus malade et il est actuellement en surpoids (306) et est incapable de prendre soin de lui-même.

2.3 Diagnostic selon la nosographie psychosomatique :

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

- Évaluation du risque psychique :

- 5. Processus et mécanismes psychiques : 4
- 6. La prévalence des comportements : 4
- 7. La capacité à exprimer ses sentiments : 4
- 8. Risques liés à l'environnement du cas : 4

Total : 16 points

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

Évaluation de l'axe somatique (Axe 5) :

Risque somatique : 4 (risque élevé) selon CIM 9 : (703)

Évaluation complète des risques psychosomatiques :

$16 + 4 = 20$

Le risque psychosomatique est élevé. Selon la psychosomatique intégrative et d'après les résultats, il est recommandé à Idir de bénéficier de soins psychothérapeutiques selon l'approche de la psychosomatique intégrative.

2.4 Analyse du TAT : Cas Idir

- **Planche 1 :**

.. Je vois un petit garçon entrain d'étudier ou bien il pense à quelque chose.

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence moyen, notre cas entame l'histoire par de fausses perceptions (E1-3) (entrain d'étudier), suivit par une hésitation entre interprétations différentes (A2-3) (entrain

d'étudier ou bien il pense à quelque chose), on observe un scotome d'objet (E1-1) (le violent) et l'inhibition qui intervient par une restriction (CI-1)

- **Problématique de la planche :**

Le contenu latent de la planche est évité et la problématique d'un enfant immature, face à un « objet d'adulte » n'est pas accessible. Devant l'angoisse de castration et la nécessité de l'acceptation du manque est évitée par le recours aux procédés primaires sous forme de fausses perception et de scotome d'objet ainsi que l'inhibition forte qui représentent la défense principale par notre cas.

- **Planche 2 :**

Je vois une famille à la ferme, le père, la mère et leur fille en train de faire de l'agriculture. Ces deux femmes discutent entre elles, qu'est-ce qu'elles veulent faire ou bien qu'est-ce qu'on va semer.

- **Procédés défensifs:**

Après une entrée directe dans le discours (B2-1), l'histoire commence par une description avec attachement aux détails (A1-1) (Je vois une famille à la ferme, le père, la mère et leur fille en train de faire de l'agriculture), suivit par l'anonymat des personnages (CI-2) (ces deux femmes) avec un accent porté sur les relations interpersonnelles et une mise en dialogue (B1-1) (Ces deux femmes discutent entre elles), puis le plaquage intervient par le recours au faire (CF-1) (qu'est-ce qu'elles veulent faire ou bien qu'est-ce qu'on va semer), l'histoire est dominée par la restriction (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

La problématique œdipienne à laquelle fait appelle la planche est complètement évitée. Le recours au plaquage a rendu toute élaboration impossible. Il semble que la fragilité narcissique déjà soulevée dans les planches précédentes, a rendu l'accès au complexe d'Œdipe inaccessible.

- **Planche 3BM :**

.. Ici, un homme qui s'est allongé sur le canapé, certainement il est fatigué durant toute la journée, en train de se reposer.

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence moyen, l'histoire comment par une fausse perception (E1-2) (Ici, un homme qui s'est allongé sur le canapé), puis le recours au factuel et au faire (CF-1) (certainement il est fatigué durant toute la journée, en train de se reposer), avec le scotome d'objet (E1-1) (l'objet ambigu posé près du personnage). L'histoire est très courte (CI-1)

- **Problématique de planche :**

La planche fait référence à la dépression au sens psychanalytique. Nous avons remarqué que notre cas a évité la culpabilité œdipienne et la problématique de perte d'objet. Les processus primaires sous forme de fausse perception, aussi le scotome d'objet et l'inhibition ont perturbé le discours et ont rendu le dégagement impossible.

- **Planche 4 :**

... Un couple... un couple normalement, le mari se prêtât à partir et sa femme le suivit

- **Procédés défensifs:**

Après un silence initial (CI-1), il commence par la référence à la réalité externe (CF-1) (un couple), suivit par un silence intra récit (CI-1), revient, ensuite au remâchage (A3-1) (un couple) suivit par une précaution verbale (A3-1) (normalement), puis suivit par la représentation d'action (B2-4) (le mari se prêtât à partir et sa femme le suivit), on remarque scotome d'objet (E1-1) (photographie au fond représentant une femme dénudée). L'histoire est très courte (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

Problématique de l'ambivalence amour/haine dans un couple est évitée par le recours aux procédés de contrôle et d'inhibition. Le scotome d'objet (la photographie de la femme au fond) a rendu l'expression de la problématique latente impossible.

- **Planche 5 :**

.. Ici, je vois une femme qui se prépare à entrer à la cuisine... Elle est en train de regarder qu'est-ce qui manque dans la cuisine.

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence court, l'histoire commence par l'anonymat du personnage (CI-2) (une femme) suivit par une fausse perception (E1-3) (Ici, je vois une femme qui se prépare à entrer à la cuisine), puis le silence intra récit (CI-1) et le discours se suit par le recours au factuel (CF-1) (Elle est en train de regarder qu'est-ce qui manque dans la cuisine). L'histoire est très courte CI-1).

- **Problématique de la planche :**

Le recours aux processus primaires par la fausse perception a perturbé le discours et a abordé l'image maternelle qui regarde en s'appuyant sur le quotidien, la réalité externe au détriment de la réalité interne. Idir n'a pas pu aborder la curiosité sexuelle et le fantasme originaire de la scène primitive, auquel renvoi la planche.

- **Planche 6 BM :**

Ici, je vois une femme et son fils qui se sont un petit peu fâché, je ne sais pas s'ils sont en colère entre eux ou s'ils sont Juste en colère, ils n'ont pas l'air en forme, je pense que le fils va partir en voyage et sa mère qui le suit et le conseille.

- **Procédés défensifs:**

Après l'entrée directe dans le discours (B2-1), l'histoire commence par un accent sur les relations interpersonnelles (B1-1) (Ici, je vois une femme et son fils qui se sont un petit peu fâché), avec une tendance à minimiser la représentation (A3-4) (un petit peu fâché), suit une dénégarion (A2-3) (je ne sais pas), puis les craquées verbales rendent le discours flou ((E4-1), avec hésitation entre interprétations différentes (A3-1) (je ne sais pas s'ils sont en colère entre eux ou s'ils sont Juste en colère), suit après une perception de personnage malades (E1-4) (ils n'ont pas l'air en forme), suivit par une précaution verbale (A3-1) (je pense que ...), et une représentation d'action (B2-4) (je pense que le fils va partir en voyage) intervient enfin une formation réactionnelle (A3-3) (sa mère qui le suit et le conseille).

- **Problématique de la planche :**

Le rapprochement mère-fils, dans un contexte de malaise est directement perçu. Le control et les processus primaire ont rendu le contexte œdipien, impossible. Cette planche fait référence à l'interdit de l'inceste, et à la mort du père. L'inhibition sous forme de restriction a rendu le dégagement impossible.

- **Planche 7BM :**

... Ici, le fils et le père, le père qui est en train de donner des conseille à son fils.

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence assez long (CI-1), l'histoire commence par une mise en tableau (CN-3) (Ici, le fils et le père, le père), intervient directement une formation réactionnelle (A3-3) (le père qui est en train de donner des conseille à son fils). L'histoire est très courte (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

La relation entre père-fils est perçue mais la massivité de la défense a empêché de traiter l'ambivalence des sentiments au père dans le contexte œdipien.

- **Planche 8BM :**

Je vois un petit garçon qui souhaite être un chirurgien quand il sera grand.

- **Procédés défensifs:**

Après l'entrée directe dans le discours (B2-1), l'histoire commence par un accent sur l'anonymat du personnage (CI-2) (un petit garçon), et le recours au fictif (A2-1) (garçon qui souhaite être un chirurgien), avec scotome d'objets (E1-1) (personnages au second plan, le fusil, ...), l'histoire est très courte (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

Le cas a perçu la problématique latente de la planche mais, il a une difficulté à affronter la matière. Le recours aux processus primaires indique l'échec du cas face à l'angoisse devant la planche. On remarque l'idéalisation du personnage de l'enfant qui souhaite devenir chirurgien quand il sera grand.

- **Planche 10 :**

Je vois un couple qui s'embrasse et l'homme parle à l'oreille de sa femme sur quelque chose d'important.

- **Procédés défensifs:**

Après l'entrée directe dans le discours (B2-1), l'histoire commence par l'érotisation des relations (B3-2), (Je vois un couple qui s'embrasse), suit l'accent porté sur les relations interpersonnelles, mise en dialogue (B1-1) (l'homme parle à l'oreille de sa femme sur quelque chose d'important) mais l'inhibition intervient sous forme de plaquage (CF1) et de la tendance générale à la restriction (CI-1)

- **Problématique de la planche :**

Les procédés utilisés par le cas, sont le plus souvent issues de la série labile (B) ce qui montre que le cas a perçu la problématique et a abordé le versant de la tendresse dans la relation de couple. L'inhibition sous forme de restriction a gelé la possibilité de ressortir le fantasme de la curiosité sexuelle. On peut dire que l'inhibition a empêché l'élaboration du conflit car le cas s'est contenté d'investir le monde extérieur, ce qui a conduit au gel de tout conflit, et cette dépendance à l'égard du monde extérieur est apparue, aux dépens de l'investissement du monde intérieur. L'expression du conflit n'était, donc, pas possible.

- **Planche 11 :**

... Là, je ne comprends pas bien c'est un mystère cette image... je vois comme une source d'eaux ou une cascade.

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence initial long (CI-1), l'histoire commence par une tendance refus (CI-1) (là, je ne comprends pas bien), suit un accent sur le recours à l'intellectualisation (A2- 2) (c'est un mystère cette image), suit un silence intra-récit (CI-1), intervient après, le recours au contenu manifeste et à la réalité externe (CF-1) (je vois comme une source d'eaux ou une cascade). L'histoire est très courte (CI-1)

- **Problématique de la planche :**

La régression imposée par la planche n'est pas tolérée par IDIR ; l'inhibition s'est manifestée sous la forme d'un long temps de latence initial, ainsi que sous forme d'une tendance au refus et à la banalisation, sans aucune mention des conflits qui est un moyen d'éviter les conflits, en recourant à la description de ce qui est externe au détriment de la perception de ce qui est interne.

- **Planche 12BG :**

Je vois dans cette image, un arbre à côté d'une rivière et un petit bateau de pêche... je pense que quelqu'un veut faire haraga (rit).

- **Procédés défensifs:**

Après l'entrée directe dans le discours (B2-1), l'histoire commence par une description du contenu manifeste par le recours plaqué à la réalité externe (CF-1), suit un silence intra-récit (CI-1) et le recours à l'ironie et à l'humour (CM-3) (je pense que quelqu'un veut faire haraga (rit)).

- **Problématique de la planche :**

C'est une planche qui est destinée à la détente par rapport aux planches précédentes et incite l'individu à diversifier ses réponses sensorielles et émotionnelles. L'aspect pictural habituel de la planche s'articule autour des capacités primaires de distinction entre le monde interne et le monde externe. Et renvoie à une activité cognitive vis-à-vis des expériences prégénitales (bonté).

Avec les nombreux recours à l'inhibition, qui indiquent des défenses inefficaces, le cas ne se dégage pas de la situation et recourt à l'inhibition pour éviter d'affronter la dépression et la vulnérabilité narcissique.

- **Planche 13B :**

Je vois un jeune garçon qui pense sur les études et son avenir... Il espère réussir sa vie pour que sa famille soit riche.

- **Procédés défensifs:**

Après l'entrée direct dans le discours (B2-1), l'histoire commence par le recours au fictif (A2-1) (Je vois un jeune garçon qui pense sur les études et son avenir) après un silence intra-récit (CI-1), revient l'insistance sur le fictif et le rêve (A2-1) (Il espère réussir sa vie), puis des éléments de type formations réactionnelles (A3-3) (pour que sa famille soit riche) avec l'introduction de personnages non figurés sur la planche (B1-2) (sa famille). L'histoire est dominée par un plaquage (CF-1) et par une restriction importante du récit (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

L'absence de l'objet a mobilisé une défense massive et une incapacité à élaborer la problématique de la planche chez Idir. La reconnaissance de la perte est gelée ce qui implique un impact narcissique sur le moi.

- **Planche 13MF :**

.. Je vois (clin d'œil et rire) un couple, sa femme est décédé et son mari pleure très fort, il pense à se remarier (rit) il dit hamdullah ya rebbi qu'elle soit décédée (rit).

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence par un recours au clin d'œil au psy et au rire (CM-3), suit accent porté sur l'expression massive et crue liée à la mort (E2-3), puis l'expression d'affect fort et exagéré (B2-2) (pleure très fort), puis désorganisation de causalité logique (E3-3)(son mari pleure très fort, il pense à se remarier (rit)) qui est suivit par le recours au pirouettes virevoltes (CM-3) ((rit) il dit hamdoullah ya rebbi qu'elle soit décédée (rit)).L'histoire est dominée par un plaquage (CF-1) et par une restriction importante du récit (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

Le contenu manifeste donne lieu à l'expression de la sexualité et de l'agressivité entre les époux. La femme était perçue comme morte, mais malgré cela, le mouvement agressif a été gelé, en recourant à un contrôle externe. Il n'y a aucune agression de la part du mari, mais on peut dire qu'il est victime de ce décès. Le fantasme mortifère violent, que sollicite cette planche, sont abordés par le recours procédés anti dépressif (pirouettes virevoltes).

- **Planche 19 :**

... Je vois que c'est comme une vieille maison, il y a de la neige et ils allument un feu et la fumée qui sort par la sortie du toit cheminée

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence important (CI-1), l'histoire commence par un recours au doute et aux précautions verbales (A3-1) (c'est comme ...), suivit par l'insistance sur les limites et les contours et sur la qualité sensorielle (CN-4) (une vieille maison) suivit par hétérogénéité des modes de fonctionnement interne externe (CL-3) (il y a de la neige et ils allument un feu et la fumée qui sort par la sortie du toit et la cheminée) et la restriction (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

Les pulsions ont été gelées en recourant à l'évitement du conflit (CI-1 ; CN-4; CL-3) afin d'éviter la régression imposée par la planche (évitant ainsi de mettre à l'épreuve les frontières entre l'intérieur et l'extérieur, par là même, d'éviter de traiter le conflit interne).

On a remarqué l'accent mis sur les caractéristiques sensorielles et la focalisation sur ce qui est observé, pour soutenir l'enveloppe psychique, ce qui indique la fragilité des frontières - du fait de la réactivation du rapport à l'imgo maternelle primitive. Ainsi, on peut dire que cet investissement du monde extérieur au détriment du monde intérieur témoigne d'un problème d'expression des fantasmes.

- **Planche 16 :**

... Bon, je suis venu à l'hôpital avec une garde malade c'est ma femme. Après que nous, nous sommes disputés, elle est rentrée à la maison elle m'a laissé tout seul ici (rit).

- **Procédés défensifs:**

Après un temps de latence important (CI-1), l'histoire commence par la porosité des limites (CL-1) suit l'insistance sur les relations interpersonnelles (B1-1) (après que nous, nous sommes disputés), et la représentation d'action (B2-4) (elle est rentrée à la maison) et l'accent porté sur la fonction d'étayage (à valence négative) et l'appel au clinicien (CM-1) (elle m'a laissé tout seul ici). L'histoire est dominée par la restriction (CI-1).

- **Problématique de la planche :**

Idir a traité son problème avec sa femme, mais il semble clair qu'il a été affecté par ce vide, alors elle s'est débarrassée de la planche en ayant recours à l'évitement des conflits par les pirouettes virevoltées, comme moyen pour lutter contre la dépression.

Tableau n° 7 : Résumé des procédés du cas Idir :

Cas Idir, Age : 61 ans

Série A (Rigidité)	Série B Labilité	Série C Evitement du conflit	Série E Emergence des processus primaires
<p>A1</p> <p>Référence à la réalité externe</p> <p>A1-1 = 1</p> <p>A1-2 = 0</p> <p>A1-3=0</p> <p>A1-4=0</p> <p style="text-align: right;">A1= 1</p>	<p>B1</p> <p>Investissement de la relation</p> <p>B1-1 =5</p> <p>B1-2 = 1</p> <p style="text-align: right;">B1= 6</p>	<p>CF</p> <p>Surinvestissement de la réalité externe</p> <p>CF1 = 9</p> <p>CF2 = 0</p> <p>CF3 = 0</p> <p style="text-align: right;">CF = 9</p>	<p>E1</p> <p>Altération de la perception</p> <p>E1-1 = 4</p> <p>E1-2 = 1</p> <p>E1-3 = 2</p> <p>E1-4 = 1</p> <p style="text-align: right;">E1 = 8</p> <p>E2</p> <p>Massivité de la projection</p> <p>E2-1=0</p> <p>E2-2=0</p> <p>E2-3=1</p> <p style="text-align: right;">E2= 1</p> <p>E3</p> <p>Désorganisation des repères identitaires et objectaux</p> <p>E3-1=0</p> <p>E3-2=0</p> <p>E3-3=0</p> <p style="text-align: right;">E3= 0</p> <p>E4</p>
<p>A2-</p> <p>Investissement de la réalité interne</p> <p>A2-1 = 3</p> <p>A2-2 =1</p> <p>A2-3 = 2</p> <p>A2-4 = 0</p> <p style="text-align: right;">A2 = 6</p> <p>A3</p> <p>Procédés de type obsessionnel</p> <p>A3-1=5</p>	<p>B2</p> <p>Dramatisation</p> <p>B2-1 = 6</p> <p>B2-2 = 1</p> <p>B2-3 = 0</p> <p>B2-4 = 3</p> <p style="text-align: right;">B2 = 10</p> <p>B3</p> <p>Procédés de type hystérique</p> <p>B3-1=0</p> <p>B3-2=1</p>	<p>CI</p> <p>Inhibition</p> <p>CI-1 = 22</p> <p>CI-2 = 3</p> <p>CI-3 = 0</p> <p style="text-align: right;">CI = 25</p> <p>CN</p> <p>Investissement narcissique</p> <p>CN-1= 0</p> <p>CN-2=0</p> <p>CN-3=0</p> <p>CN-4=1</p> <p>CN-5=1</p>	<p>E3</p> <p>Désorganisation des repères identitaires et objectaux</p> <p>E3-1=0</p> <p>E3-2=0</p> <p>E3-3=0</p> <p style="text-align: right;">E3= 0</p> <p>E4</p>

A3-2=1 A3-3=3 A3-4=1 <p style="text-align: right;">A3= 10</p>	B3-3=0 <p style="text-align: right;">B3= 1</p>	CN = 1 <p style="text-align: center;">CL</p> Instabilité des limites CL-1 = 1 CL-2 = 0 CL-3 = 1 CL-4=0 <p style="text-align: right;">CL = 2</p> <p style="text-align: center;">CM</p> Procédés antidépressifs CM-1 = 1 CM-2 = 0 CM-3 = 3 <p style="text-align: right;">CM =4</p>	Altération du discours E4-1=1 E4-2=0 E4-3=0 E4-4=0 <p style="text-align: right;">E4= 1</p>
---	--	--	--

2.5 Analyse des procédés globaux :

Le protocole montre un évitement du conflit (CF= **09**; CI= **25**; CN= 01; CL= 02; CM= 04)

Suivi par les procédés de rigidité (A1= 01; A2= **06** A3= **10**), les procédés de labilité étaient très rares (B1= **06** ; B2= **10**; B3= 01), en sachant que les procédés labiles étaient souvent représentés par l'entrée directe dans le discours. Les procédés de l'émergence des processus primaires (E1=08 ; E2=1 ; E4=1). Les processus primaires sont souvent affrontés par l'inhibition et ont été inefficaces pour élaborer les problématiques latentes des planches. Les scotomes d'objets manifestes (du fusil par exemple), à la planche 8BM, rendait le discours banal car il n'a pas été dépassé car il est affronté par la restriction et donc n'était pas un scotome momentané. En générale le scotome d'objet était très présent chez Idir et les procédés primaires, de contrôle et d'inhibition se sont déployés de sorte à étouffer toute expression autour de la problématique latente de la plupart des planches.

La régression imposée par la planche 11, n'est pas tolérée par notre cas. L'inhibition s'est manifestée sous forme d'un temps de latence initial long, ainsi que sous la forme d'une tendance à la banalisation, sans aucune mention des conflits comme moyen d'éviter la situation, en recourant à la description de ce qui est externe pour faire face au vide interne. Ceci s'est montré aussi à la planche 19 où les pulsions ont été gelées en recourant à l'évitement du conflit (CI-1 ; CN-4; CL-3) afin d'éviter la régression imposée par la planche (évitant ainsi de mettre à l'épreuve les frontières entre l'intérieur et l'extérieur, par là même, d'éviter de traiter le conflit interne).

Les défenses étaient, dans la plupart des planches, massives pour geler toute manifestation pulsionnelle. La perception externe a pris le pas sur la représentation de la réalité interne. Malgré l'émergence de quelques procédés primaires, l'inhibition était directement mise en avant, dans la plupart des planches qui ont rendu les processus primaires inefficaces.

Problématique Générale

L'analyse du TAT d'Idir, nous a révélé une pauvreté de la représentation interne des objets qui a conduit à l'impossibilité de représenter la perte au niveau mental, qui montre une fragilité de l'appareil mental d'Idir. Les identifications étaient impossibles en raison de l'échec de l'intégration de l'objet.

Les représentations fantasmatiques internes étaient floues et mal distinguées, pour pouvoir réussir l'expression de pulsions agressives, Idir n'a pas trouvé de meilleure issue pour lui que de les figer.

3 Résumé des données de l'entretien et du TAT du cas Houria et Idir

Les résultats de notre expertise ont montré que :

- Houria était inhibé à l'entretien ;
- Elle était plutôt calme ;
- Nous n'avons pas remarqué une bonne représentation de soi, mais plutôt une fragilité narcissique ;
- On peut dire que l'entretien avec Houria était marqué par l'inhibition qu'elle dépassait à chaque encouragement de la psychologue, ce qui va dans le sens d'une sensibilité au soutien qui va dans le sens de la dépendance au monde externe ;

- Le protocole TAT était pauvre sur le plan quantitatif et qualitatif. Le mouvement pulsionnel est gelé par l'évitement du conflit en recourant au surinvestissement de la réalité externe et à l'inhibition. Les procédés déployés étaient massifs et ont empêché l'investissement du monde interne et l'impossibilité à se représenter la perte au niveau mental.

Les planches peu structurée (11 et 19), qui font appel à l'imgo maternel primaires, montre un évitement et une fragilité des objets internes chez Houria.

Toutes les données précédentes montrent qu'en référence à la psychosomatique intégrative, Houria n'a pas intériorisé l'objet et qu'il y a peut-être une intériorisation du pré-objet mais pas de l'objet complet. Ceci est bien montré par la fragilité narcissique très claire dans le test TAT.

- Idir était inhibé à l'entretien.

- Il y avait un désir à paraître sous le meilleur jour avec la psychologue. Dans ce sens, il était coopérant avec une certaine passivité, ce qui va dans le sens d'une dépendance au monde externe ;

- Il était plutôt calme ;

- Nous n'avons pas remarqué une bonne représentation de soi, mais plutôt une fragilité narcissique ;

- Le protocole TAT était pauvre sur le plan quantitatif et qualitatif. Le mouvement pulsionnel est gelé par l'évitement du conflit en recourant au surinvestissement de la réalité externe et à l'inhibition et aussi aux procédés antidépressifs, notamment les pirouettes virevoltes. Les procédés déployés étaient massifs et ont empêché l'investissement du monde interne, résultat de l'impossibilité à se représenter la perte au niveau mental. Les planches peu structurées (11 et 19), qui font appel à l'imgo maternel primaires, montrent un évitement et une fragilité des objets internes.

Toutes les données précédentes montrent qu'en référence à la psychosomatique intégrative, Idir n'a pas intériorisé l'objet et qu'il y a peut-être une intériorisation du pré-objet mais pas de l'objet complet. Ceci est bien montré par le test projectif.

Résumé du chapitre :

Dans la présente étude, nous avons essayé d'évaluer le fonctionnement psychosomatique de deux cas atteints par le diabète type 1. Nous avons eu recours à la grille

d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de J-B. Stora et aussi au test projectif du TAT.

Les données de l'entretien ont montré une fragilité du cas Houria et son exposition au risque psychosomatique élevé.

Les données de l'entretien ont montré une fragilité du cas Idir et son exposition au risque psychosomatique très élevé.

Le fait que nos deux cas souffrent du même type de maladie, n'a pas montré une ressemblance au niveau des processus mentaux engagés dans la désorganisation somatique. En effet si le risque est très élevé chez Idir, chez Houria par contre, le risque est moins élevé et semble être dans un milieu plus ou moins protecteur actuellement. Le sevrage de l'addiction à l'alcool, au tabac et au café, chez Idir, semble difficile et risqué, car c'est un sevrage dans des conditions brusque sans soutien ni assistance, ce qui peut provoquer un risque de désorganisation important.

Au TAT, nous avons remarqué une pauvreté des procédés chez Houria et aussi chez Idir. Nos deux cas ont montré une fragilité narcissique importante et une incapacité à élaborer les problématiques de perte suggérées par certaines planches. Les problématiques de nos deux cas relèvent d'une fixation aux stades préobjectaux.

Déductions générales et discussions des hypothèses

Déductions générales et discussions des hypothèses

Déductions générales et discussion des hypothèses :

Dans notre essai pour comprendre le processus par lequel la somatisation a lieu chez nos cas, et grâce à l'approche psychosomatique intégrative, nous avons pu évaluer les processus de somatisation chez Houria et Idir, deux cas que nous avons rencontrés à l'hôpital de Sidi Aich.

L'approche intégrative de J-B. Stora, est l'une de nombreuses approches disponibles dans le domaine de la psychosomatique. Nous avons préféré travailler sur cette approche car nous avons la conviction que la vision intégrative nous fournirait une évaluation qui répondrait mieux à la complexité du processus de somatisation et à l'évaluation des risques psychosomatiques, chez nos cas.

Dans cette approche, le processus psychologique est soumis à la dynamique du fonctionnement psychosomatique, qui peut être efficace pour faire face aux pressions de la vie, ou pas efficace, ceci selon la richesse des mécanismes dont il est doté. Il est important aussi de prendre en compte que l'appareil mental n'est pas le seul à évacuer les pressions, car le système nerveux (central et périphérique), a un rôle à jouer et aussi le système immunitaire et génétique.

Alors pour nos deux cas, nous avons vu qu'il ne s'agissait en aucun cas de névrose de transfert, il n'y avait pas de représentations liées aux affects, les patients se montraient comme « vide de l'intérieur » il est donc plus adéquat de parler de névrose d'angoisse, où il se produit une décharge de l'excitation dans le corps, la maladie peut s'expliquer alors, par la névrose de caractère ou de comportement.

Nous sommes interpellés par les deux maternités de Houria, qui a eu un garçon et une fille avec un écart de deux ans entre eux et sans aucun problème nous dit-elle. Sans doute parce qu'à cette période, tout se passait bien dans son environnement, elle était soutenue par son mari et dit qu'elle ne manquait de rien (à l'image de sa vie chez ses parents). Cependant, son premier enfant a convulsé à l'âge de 3 ans et elle ne raconte rien sur ce malheureux événement, elle ne dit rien de ce qui s'est passé, elle était émue par le choc au moment d'en parler. En psychosomatique intégrative nous devons insister sur l'environnement traumatique du et de la patiente se poser aussi des questions sur ses capacités mentales susceptibles de l'aider à se défendre et dans ce sens nous avons vu que :

- Houria était inhibé à l'entretien.

Déductions générales et discussions des hypothèses

- Nous n'avons pas remarqué une bonne représentation de soi, mais plutôt une fragilité narcissique
- L'entretien avec Houria était marqué par l'inhibition qu'elle dépassait à chaque encouragement de la psychologue, ce qui va dans le sens d'une sensibilité au soutien qui va lui-même, dans le sens de la dépendance au monde externe.

Le fonctionnement d'Idir a aussi montré une fixation dans une relation préobjectale (bon objet/mauvais objet) l'objet maternel n'a pas été intégré et comme nous l'avons constaté dans le comportement d'Idir, les pulsions agressives ne sont pas intriquées avec les pulsions sexuelles. Les mêmes fragilités se sont manifestées chez Houria. On peut résumer les entretiens avec Idir, comme suit :

- Idir était inhibé à l'entretien.
- Il y avait un désir de paraître sous le meilleur jour avec la psychologue et dans ce sens, il était coopérant avec une certaine passivité, ce qui va dans le sens d'une dépendance au monde externe.
- Il était trop calme, aucune émotion ne se laissait voir, mise à part quand il avait abordé la pauvreté dans laquelle, ils ont vécu dans leur jeunesse.
- Nous n'avons pas remarqué une bonne représentation de soi, mais plutôt une fragilité narcissique
- Les entretiens cliniques ont révélé 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 à l'intérioriser.

En effet l'intériorisation de l'objet suppose sa stabilité. L'évaluation de la santé et du risque psychosomatique a révélé chez nos deux cas, 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 somatisations qui risquent d'avoir une évolution grave qui mettrait la vie de Houria et d'Idir en danger.

Néanmoins, si notre investigation du cas Houria a révélé un défaut du holding par excès, chez Idir par contre, c'est par défaut que le holding s'est montré. Nous n'avons pas beaucoup de données sur la première année de vie de Houria, ni sur celle d'Idir, mais nous

Déductions générales et discussions des hypothèses

pouvons émettre des hypothèses à partir du vécu raconté par rapport à l'enfance de chacun d'eux. En effet, Houria était sur protégée, tant dis qu'Idir, était sans doute dans le manque du holding et son inadéquation. Dans le cas d'Idir, on peut imaginer sa mère avec 4 grossesses successives et qui est tenue de répondre seule aux besoins de ses enfants. Son père était absent sa présence était très rare. Donc la disponibilité de cette mère, ne peut qu'être limitée surtout qu'Idir, dit qu'ils n'ont eu le soutien de personne et que même économiquement, sa mère devait se débrouiller.

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

Chez Houria :

- L'évaluation du risque psychique : risque élevé.
- L'évaluation de l'axe somatique (Axe 5): Risque somatique élevé
- L'évaluation complète des risques psychosomatiques : risque élevé (19pts)

Chez Idir :

- L'évaluation du risque psychique: risque très élevé
- L'évaluation de l'axe somatique (Axe 5) : Risque somatique très élevé
- L'évaluation complète des risques psychosomatiques : risque élevé (21pts)

Ainsi, en référence aux données précédentes, notre première hypothèse qui stipule que : *Le fonctionnement psychosomatique chez la personne atteinte par le diabète type1 indiquera un risque psychosomatique, d'après la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de Benjamin Stora.*

Nous avons observé le risque psychosomatique est un peu plus élevé chez Idir (21pts), que chez Houria (19 pts). En effet, Si Houria, a eu des hospitalisations à cause de son diabète, et si elle a développé une seule complication qui est la cataracte et si elle est dans l'observance par rapport à son traitement et à son régime, Idir, lui, a développé des complications cardiovasculaires (bien avant qu'il découvre son diabète) et aussi le syndrome métabolique et la cataracte, HTA, Ainsi et avec ce constat notre deuxième hypothèse qui stipule que

- *Le risque psychosomatique chez la personne atteinte par le diabète type1, sera plus apparent chez les cas qui présenteraient des complications graves, principalement au*

Déductions générales et discussions des hypothèses

niveau du cœur et des vaisseaux sanguins, ne peut être confirmée, car les deux cas présentent des risques, il y a, certes, une légère différence de gravité, mais les deux cas sont dans le risque et dans ce sens, on ne peut confirmer notre deuxième hypothèse. Cependant, le groupe de recherche est limité à deux cas, il serait peut être possible de confirmer notre deuxième hypothèse avec un groupe de recherche plus important, où les nuances de niveaux de fonctionnement seront plus visibles.

L'analyse du TAT :

- Chez Houria, Le protocole TAT était :
 - Pauvre sur le plan quantitatif et qualitatif. Le mouvement pulsionnel est gelé par l'évitement du conflit en recourant au surinvestissement de la réalité externe et à l'inhibition. Les procédés déployés étaient massifs et ont empêché l'investissement du monde interne, avec l'impossibilité à se représenter la perte au niveau mental.
 - Les planches peu structurée (11 et 19), qui font appel à l'imgo maternel primaires, montre un évitement et une fragilité des objets internes chez Houria.
 - L'analyse du TAT, nous a révélé une problématique générale concernant le recours à l'évitement du conflit par l'inhibition de toute expression pulsionnelle, qui est susceptible de pousser à la reconnaissance de la perte.
 - La représentation interne des objets a conduit à l'impossibilité de représenter la perte au niveau mental, ce qui a montré son effet sur la fragilité de l'appareil mental de Houria.
 - Les identifications étaient impossibles en raison de l'échec de l'intégration de l'objet.
 - Les représentations fantasmatiques internes étaient floues et mal distinguées, pour pouvoir réussir l'expression de pulsions agressives, Houria n'a pas trouvé de meilleure issue que de les figer. En effet, l'analyse du TAT De Houria, a 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.
- Chez Idir Le protocole TAT était :
 - Pauvre sur le plan quantitatif et qualitatif. Le mouvement pulsionnel est gelé par l'évitement du conflit en recourant au surinvestissement de la réalité externe et à l'inhibition et aussi aux procédés antidépressifs, notamment les pirouettes virevoltes.

Déductions générales et discussions des hypothèses

- Les procédés déployés étaient massifs et ont empêché l'investissement du monde interne, résultat de l'impossibilité à se représenter la perte au niveau mental.
- Les planches peu structurée (11 et 19), qui font appel à l'imaginaire maternel primaires, montre un évitement et une fragilité des objets internes.
- L'analyse du TAT d'Idir, nous a révélé une pauvreté de la représentation interne des objets qui a conduit à l'impossibilité de représenter la perte au niveau mental qui, à son tour, montre une fragilité de l'appareil mental d'Idir. Les identifications étaient impossibles en raison de l'échec de l'intégration de l'objet.
- Les représentations fantasmatiques internes étaient floues et mal distinguées, pour pouvoir réussir l'expression de pulsions agressives, Idir n'a pas trouvé de meilleure issue pour lui que de les figer.

Toutes les données précédentes montrent que chez Houria et chez Idir, il y a concordance des données de la grille sur le risque psychosomatique et les données du TAT. En effet et dans les entretiens (en référence à la psychosomatique intégrative), et dans le test TAT, Houria et Idir présentent une fragilité psychique qui relève de la fragilité narcissique. Ainsi, notre troisième hypothèse qui stipule que :

- *La production projective au TAT, indiquera une fragilité psychique chez le diabétique de type 1 et qui empêcherait l'élaboration des problématiques latentes aux planches du test, est confirmée.*

Notre étude est constituée d'un nombre limité de cas qui se limite à deux cas seulement et surtout que nous n'avons pas pu faire plusieurs entretiens, pour pouvoir sortir avec les différentes possibilités du fonctionnement psychosomatique. L'étude serait certainement plus intéressante avec plusieurs cas qui montreraient les différentes nuances de gravité entre les différents cas.

Le résultat de notre étude converge avec les résultats de l'étude de Stéphane Flamant, 2012, intitulé: Essai de psychopathologie psychosomatique à partir de deux cas de patients d'une unité de syndrome métabolique. Cette étude porte sur deux cas, visiblement souffrant tous deux du stress professionnel mais répondant à des fonctionnements différents : celui de Carole est une névrose de caractère, et le second, celui de Christian, est une névrose de comportement. S. Flamant nous montre que si ces deux patients présentent une histoire proche de traumatismes professionnels, ils sont marqués par deux organisations somato-

Déductions générales et discussions des hypothèses

psychiques différentes. Ce sont ces différences et leurs implications sur le plan thérapeutique que l'auteur a mis en valeur.

Le processus du murissement du fonctionnement psychique se manifeste 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.

Si le développement d'un Moi est un moyen important pour gérer efficacement le stress de la vie, nous ne pouvons négliger le rôle de l'environnement. Stora a parlé, de l'importance des cinq systèmes (Nerveux central et nerveux périphérique, hormonal, héréditaire et psychique).

Conclusion générale

Conclusion générale

Le résultat de notre étude ont montré que les cas interrogés ont vécu des maladies graves tel que le diabète type1, nos deux cas 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. Au cours du développement des deux cas que nous avons étudiés, les fonctions corporelles étaient désinvesties.

Cependant, il est important de souligner que les cas cités dans notre étude avait le même type de problèmes de santé, à savoir le diabète, mais cela ne signifie pas qu'ils 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. Donc, comprendre le processus par lequel s'est installée la maladie, nous oblige à prendre chaque cas comme un cas et ne pas essayer de faire un «raccourcis» en comparant un cas avec un autre. Ainsi, à travers cette présente étude, nous avons conclu que le fonctionnement psychosomatique des cas atteints de diabète indique un risque selon la méthode d'évaluation de la santé et des risques psychosomatique de Jean Benjamin Stora. Par conséquent, les cas ont besoin de soins et de compréhension de la part de la famille et aussi d'une prise en charge psychosomatique, pour éviter une désorganisation plus grave qui mettrait leur vie en danger.

Liste bibliographique

Liste bibliographie

La liste Bibliographie :

« **Guide de bonnes pratiques en diabétologie à l'usage des praticiens** », (2015).

« **Guide de bonnes pratiques en diabétologie** », (2014).

1. Albero.B, (2010), « **L'étude de cas : une modalité d'enquête difficile à cerner** »
2. ALEXANDER, F., (1977), « **La médecine psychosomatique** », PBP, Paris, 1977.
3. Antonio R. DAMASIO, (1994), « **L'erreur de Descartes, la raison des émotions** », Paris, O. Jacob.
2. Antonio R. DAMASIO, (1999), « **Le sentiment même de soi, corps émotions, conscience** », Paris, O ; Jacob.
3. Antonio R. DAMASIO, « **Spinoza avait raison, joie et tristesse, le cerveau des émotions** », Paris O. Jacob, 2003.
4. Anzieu, D, (1994), « **Le penser. Du moi-peau au moi-pensant** », Paris, Dunod, 1994
5. Anzieu, D, (1986), « **Une peau pour les pensées : entretiens de Didier Anzieu avec Gilbert Tarrab sur la psychologie et la psychanalyse**, Paris, Clancier-Guénaud.
6. Anzieu, D. et Coll, (1961), «**La méthode projectives**», Paris, ED PUF
9. Anzieu. D et Coll. (1961). «**Les méthodes projectives** ». Paris : PUF.
10. Bénony, H et Chahraoui.k (2003), « **Méthode évaluation et recherche en psychologie clinique**», Paris, ED Dunod.
11. Benony. H, Chahraoui. K. (2003), « **Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique** », Paris, France: Dunod.
12. Benony. H, Chahraoui. Kh. (1999), « **L'entretien clinique** », Paris : Dunod.
13. Brelete, F. (1996), « **Fantasme et Situation Projective** », Paris, Ed Dunod.
14. Brelete, F. &Chabert.C (2003), « **Nouveau Manuel du TAT** », Paris, Ed Dunod.
15. Buffet, C. & Varier .C (2010), « **Endocrinologie diabétologie nutrition** », Paris, Ed Masson.
16. Caïn, J., (1990), « **Le champ psychosomatique**», Paris, Ed Dunod.
17. Chabert. C. (1998), « **La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach** ». Paris, France : Dunod.
18. Chabert. C. (2004). « **Psychanalyse et méthode projective** ». Paris : Dunod.
19. Charaoui. Kh, Hervé. B. (1999), « **L'entretien clinique** ». Paris, France : Dunod.
20. Ciccone, A. (1998), « **L'observation clinique** », Paris, Ed Dunod.
21. Doucet. D &Coll, (2000), « **La psychosomatique théorie et clinique** », Paris, Ed Arnand.Colin.
22. EDELMAN, J. M. (1992), « **Biologie de la conscience** », Paris, O. Jacob.
23. Ferenczi, S & Rank O. (1924), « **Perspective de la psychanalyse. Sur l'indépendance de la théorie et de la pratique** ». Paris, Payot, 1994.
24. EDELMAN, J. M. (2004), « **Plus vaste que le ciel, une nouvelle théorie générale du cerveau** », O. Jacob, 2004.
25. Ferenczi, S., (2006), « **L'Enfant dans l'adulte** », Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot.
26. Freud, S. (1904). « **La technique psychanalytique** ». Paris, PUF, 1953.
27. Freud, S. (1938). « **Abrégé de la psychanalyse** ». Paris, PUF, 194

Liste bibliographie

28. Gleick James, (1991) « **La théorie du chaos, vers une nouvelle science** », France, Flammarion.
29. Green, A (1980) « **La mère morte** », in Narcissisme de vie, Narcissisme de mort, Paris, Minuit.
30. Green, A. (2007), Pulsions de destruction et maladies somatiques, in **Revue française de Psychosomatique, Paris, PUF, vol. 37n°2, p.192.**
31. Grunberger Bela, (2003), « **Le narcissisme** », Paris, Payot .
32. Haynal.A & All, (1987), «**Médecine psychosomatique**», Paris, Ed Masson.
33. Hippocrate (1839-1861), *Œuvres complètes*, É. Littré (trad.), Paris, J.-B. Baillière, 10 vol.
34. Ikardouchene Bali Zahia, (2015), « **Approche psycho intégrative dans le cadre d'une grossesse à risque**, mémoire de psychosomatique, faculté de médecine la Pitié-Salpêtrière », université de Paris VI, Pierre et Marie curie.
35. Ikardouchene, Bali, Z. (2017). « Essai de psychopathologie psychosomatique du vécu de la grossesse chez une femme asthmatique » : le cas Amina, (18) *مجلة دراسات نفسية وتربوية*, 11, 1, *مجلة دراسات النفسية والتربوية*, جامعة ورقلة
36. 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*, 32, 1, *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*, جامعة ورقلة
37. Ikardouche,Z, Stora, J-B. (2018). « The experience of pregnancy at risk : the point of view of integrative psychosomatic » 1, (11) *مجلة دراسات النفسية وتربوية*, 11, 1, *مجلة دراسات النفسية والتربوية*, جامعة ورقلة
38. 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. USA.**
39. Keller, Pascal-Henri. (2010).**Nouvelles approches en psychosomatique**. Paris : Dunod.
40. KHELOUFI SIHAM, (2021), **Approche psychosomatique : les diabétiques ont-ils une mauvaise mentalisation ?**, Développement des sciences sociales 14(01). Algérie : université du Djelfa. 22-23.
41. Marty, P, de M'Uzan, M., (1968), « La pensée opératoire », **Revue Française de psychanalyse**, vol. 22n° spécial, p. 345.
42. Marty, P., & Stora, J.B. (1998), « **Psychosomatique**», Beyrouth : ed. Beyrouth, (en langue arabe),
43. Marty, P., (1968), « La dépression essentielle », **Revue française de psychanalyse**, vol. 32, n° 3, p.595.
44. Marty, P., (1980), **L'ordre psychosomatique**, T.2. Paris : Payot.
45. Marty, P., (1990), « **La psychosomatique de l'adulte** », Paris : P.U.F. (Que sais-je ? n° 1850).
46. Marty. P, M'Uzan M, David C. (1963). «**L'investigation psychosomatique**», Paris : PUF.
47. Marty. P. (1976), «**Les mouvements individuels de vie et de mort**», Paris : Payot.
48. Marty. P. (1990), «**La psychosomatique de l'adulte**». Paris, France : P. U. F. Que sais-je ?
49. **Organisation mondiale de la santé, (2016), WWW.WHO.INT/DIABETES/GLOBAL.REPORT**
50. Pedinielli.J.L, (2005), « **Cours de psychothérapie d'inspiration psychanalytique (psychologie des maladie somatique)** », Paris, IED.

Liste bibliographique

51. Rebé Kaes, (1999), « **L'entretien clinique** », Paris, Ed Dunod.
52. Roussillon, R, 2010, « **La naissance de l'objet** », avec Bernard Golse, Paris, Puf.
53. Roussillon, R. (dir.), (2014), « **Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale** », Paris, (2eédition)
54. Shentoub. V. & Coll., (1990), « **Manuel d'utilisation du TAT. Approche psychanalytique** », Paris, Ed Dunod.
55. Spitz, R., A, 1993, « **De la naissance à la parole** », Paris, Puf.
56. Spitz, R., A., 2008, « **Le Non et le Oui** », Paris, Puf.
57. Stora, J.B., (1991), « **Le stress** », Presses Universitaires de France, collection "Que sais-je ?" n° 2575, Paris, 9ème édition, 2015; éditions en espagnol, portugais, turc, arabe, roumain, grec, italien. 1991/2015
58. Stora, J-B., (1999), « **Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques** », Paris, Odile Jacob.
59. Stora, J.B., 2007, **When the body displaces the mind, stress, trauma and somatic disease**, (foreword by Mark Solms), London: Karnac Books Ltd.
60. Stora, J.B., (2011), « **La Neuropsychanalyse, controverses et dialogues** », Paris: MJW Féditions.
61. Stora, J-B., 2012, « **Histoire de la psychosomatique** », cours en ligne sur le site : <https://www.spi-int.com/histoire-psychosomatique-stora>, consulté le 5 mai 2023.
62. Stora Jean Benjamin, (2013), « **Le rôle du masochisme dans le processus de somatisations** », cours de psychosomatique, théorie et clinique, Pr, Jean-Benjamin Stora, DU de psychosomatique intégrative université de Paris 6 Pierre et Marie curie, cours non publié.
63. Stora, J.B., 2013, « **La Nouvelle Approche Psychosomatique, 9 cas cliniques** », MJW- Féditions, Paris.
64. STORA, J-B, 2013, **Les stades de la libido et la neurobiologie de la maturation neuronale, nouvelles propositions théoriques**, théorie et clinique, DU de psychosomatique Intégrative, Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie, cours non publié.
65. STORA, J-B. (2013) « **La relation d'objet** », Cours de psychosomatique, théorie et clinique, Stora, Jean Benjamin. DU de psychosomatique Intégrative. Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie, 2013, cours non publié.
66. Stora, J-B.2018. « **Études épidémiologiques en psychosomatique intégrative** », **psychosomatique intégrative, - No_Epidemiologie_JBS_20180408v0_4_SPI**.pd2020.
67. Stora, J-B. (2019). « **Le Stress** », Paris, Presses Universitaires de France (10^{ème} édition).
68. Stora, J-B., (2019), « **15 cas de thérapies psychosomatiques. Comment soigner les malades, non simplement leurs maladies** », Paris, Hermann, 244P.
69. STORA, J-B. (2020), « **Le rôle de l'appareil psychique, des mécanismes neuronaux et neuro-hormonaux dans les somatisations : une nouvelle approche psychosomatique des processus de somatisation** », Cours de psychosomatique, théorie et clinique, DU de psychosomatique Intégrative, Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie, cours non publié.
70. Stora, J-B., (2021), « **L'être humain est une unité psychosomatique** », Formats : PDF - EPub – MobiPocket, ISBN : 9791026276555.
71. Stora, J-B., (2022), « **La psychosomatique** », Paris, que sais je ?
72. Stora, J-B., (2023), « **Psychosomatique intégrative : une nouvelle approche des relations entre le corps et l'esprit** » - 10 fiches pour comprendre, France, In Press Eds.
73. Winnicott, D, W., (1988), « **Processus de maturation chez l'enfant** » (1965), Payot, 1988
74. Winnicott, D, W., (2006), « **La Mère suffisamment bonne** », Payot, coll. «Petite Bibliothèque Payot », 2006

Liste bibliographique

75. Winnicott, D, W., (2010), « **Les Objets transitionnels** », Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot ».
76. Winnicott, D, W., (2011), « **La Relation parent-nourrisson** », Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot »
77. اكارو بالكويت ج -ويتمان بابراوي، (2007)، « **معجم مصطلحات إعاقات النمو** » ، ترجمة نبيل حافظ، ط1، القاهرة، عالم الكتب.
78. الزراد-فصل محمد خير (2000) « **الأمراض النفسية** » ، مراجعة عادل صادق، سلسلة المعالج
79. الطبية المختصة الكويت، مركز تعريب العلوم الصحية ومؤسسة الكويت للتقدم العلمي للنشر.
80. عبد القوي-سامي، (2002)، « **الاتجاهات الحديثة في العلاقة بين العقل والبدن وتطبيقها** » ، بحث مرجعي مقدم كجزء من متطلبات الحصول على درجة أستاذ في علم النفس مصر، كلية الآداب جامعة عين شمس.
81. عدوان يوسف-إيمان لبني، (2012)، « **إثر النفسية في الكف المناعي العصبي المكتسب** » ، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية العدد 9، ديسمبر، الجزائر، جامعة باتنة.
82. لجلط أسماء، المقاربة السيكوسوماتية التكاملية للحمل في خطر"، 2021، أطروحة الدكتوراه، بإشراف الأستاذة بعلي إكردوشن زاهية، نوقشت بجامعة ورقلة.

Sites :

- 1- <https://www.cairn.info/revue-1-anne-psycho-somatique-internationale-2012-1-page-167.htm>
- 2- <https://www.spp.asso.fr/textes/la-psycho-analyse/presentation-de-la-psycho-somatique/>
- 3- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
- 4- <http://www.santemaghreb.com/actus.asp?id=13936>.
- 5- <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- 6- thèse Marie Housiaux dec 2011.pdf.
- 7- WWW.WHO.INT/DIABETES/GLOBAL.REPORT

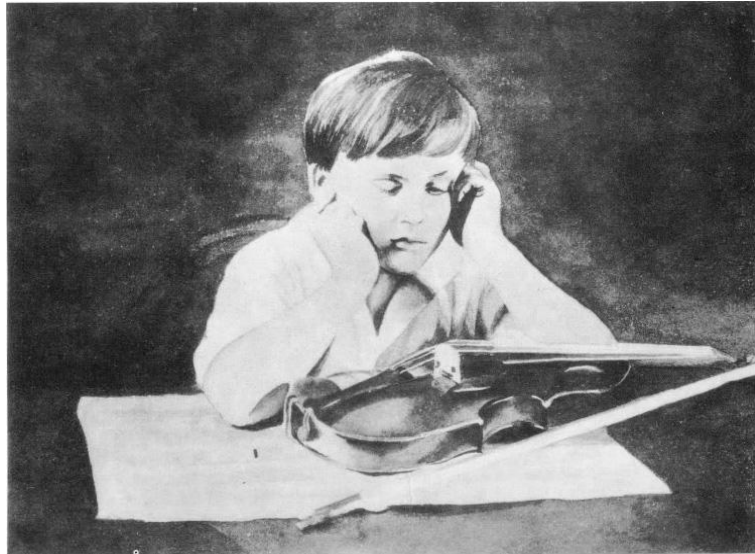
Liste bibliographique

Les annexes

Annexes

L'annexe 1 : Les planches de TAT

* Planche 1



* Planche 2



Annexes

* Planche 3BM



* Planche 4



Annexes

* Planche 5



Planches 6



Planche 6BM : présentée qu'aux hommes



Planche 6GF : présentée qu'aux femmes

Annexes

* Planches 7

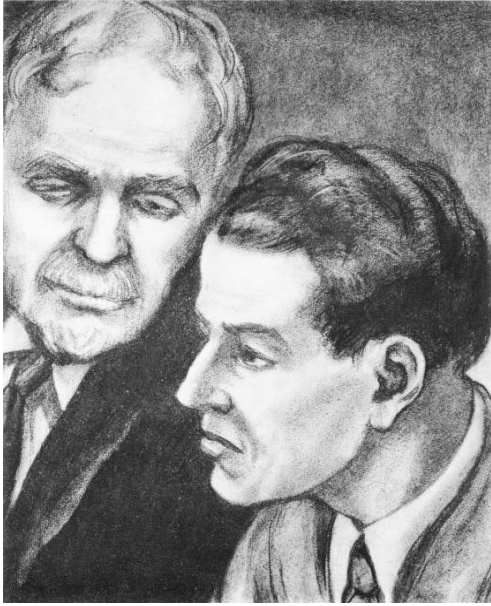


Planche 7BM : présentée qu'aux hommes



Planche 7GF : présentée qu'aux femmes

Annexes

Planche 8BM : autrefois présentée uniquement aux hommes. Ce n'est plus le cas



* **Planche 9GF** : présentée qu'aux femmes



* **Planche 10**

Annexes



Planche 11



* **Planche 12BG** : n'est pas toujours donnée au patient et peut être présentée aux deux sexes

Annexes

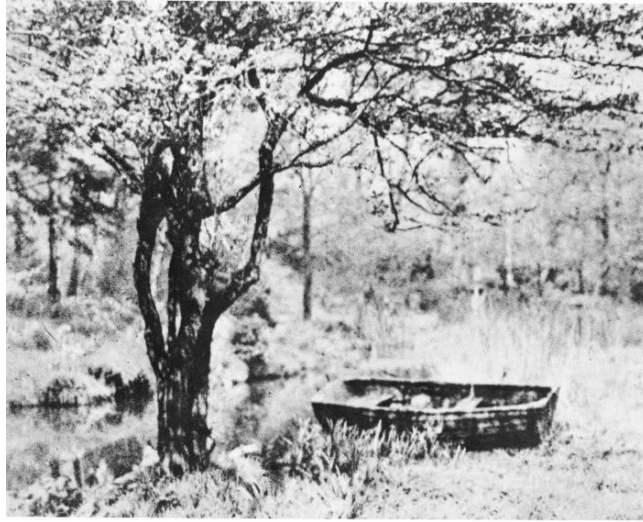


Planche 13B : maintenant présentée à tous, à l'origine, présentée qu'aux garçons



*** Planche 13MF**

Annexes

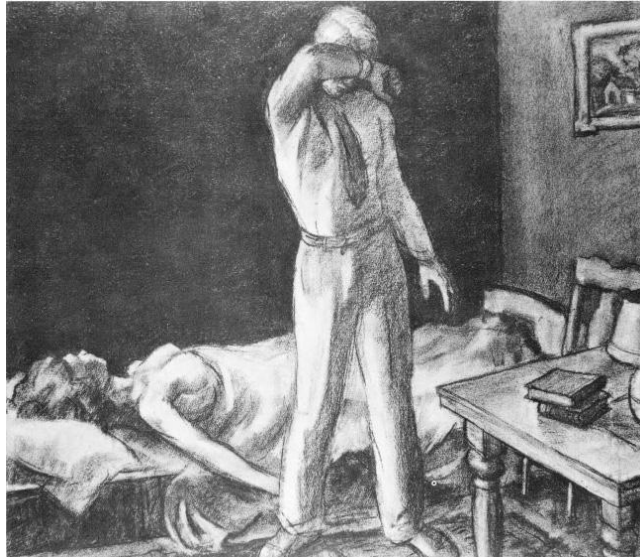


Planche 19



* **Planche 16:** c'est une planche blanche

Annexes

Annexes

L'annexe 2 : grille d'analyse du TAT

Feuille de dépouillement du TAT (F. Brelet-Foulard, C. Chabert et Al. 2001)

Série A Rigidité	Série B Labilité	Série C Évitement du conflit	Série E Émergences des processus primaires
<p>A1 Référence à la réalité externe A1-1 : Description avec attachement aux détails avec ou sans justification de l'interprétation A1-2 : Précisions : temporelle – spatiale – chiffrée A1-3 : Références sociales, au sens commun et à la morale A1-4 : Références littéraires, culturelles</p> <p>A2 Investissement de la réalité interne A2-1 : Recours au fictif, au rêve A2-2 : Intellectualisation A2-3 : Dénégation A2-4 : Accent porté sur les conflits intra-personnels – Aller/retour entre l'expression pulsionnelle et la défense</p> <p>A3 Procédés de type obsessionnel A3-1 : Doute : précautions verbales, hésitation entre interprétations différentes, remâchage A3-2 : Annulation A3-3 : Formation réactionnelle A3-4 : Isolation entre représentations ou entre représentation et affect – Affect minimisé</p>	<p>B1 Investissement de la relation B1-1 : Accent porté sur les relations inter-personnelles, mise en dialogue B1-2 : Introduction de personnages non figurant sur l'image B1-3 : Expressions d'affects</p> <p>B2 Dramatisation B2-1 : – Entrée directe dans l'expression ; Exclamations ; Commentaires personnels. – Théâtralisme ; Histoire à rebondissements. B2-2 : Affects forts ou exagérés B2-3 : Représentations et/ou affects contrastés – Aller/retour entre désirs contradictoires B2-4 : Représentations d'actions associées ou non à des états émotionnels de peur, de catastrophe, de vertige...</p> <p>B3 Procédés de type hystérique B3-1 : Mise en avant des affects au service du refoulement des représentations B3-2 : Erotisation des relations, symbolisme transparent, détails narcissiques à valeur de séduction B3-3 : Labilité dans les identifications</p>	<p>CF Surinvestissement de la réalité externe CF-1 : Accent porté sur le quotidien, le factuel, le faire – Référence plaquée à la réalité externe CF-2 : Affects de circonstance, références à des normes extérieures</p> <p>CI Inhibition CI-1 : Tendence générale à la restriction (temps de latence long et/ou silences importants intra-récits, nécessité de poser des questions, tendance refus, refus) CI-2 : Motifs des conflits non précisés, banalisation, anonymat des personnages CI-3 : Éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêt dans les discours</p> <p>CN Investissement narcissique CN-1 : Accent porté sur l'éprouvé subjectif – Références personnelles CN-2 : Détails narcissiques – Idéalisation de la représentation de soi et/ou de la représentation de l'objet (valence + ou -) CN-3 : Mise en tableau – Affect-titre – Posture signifiante d'affects CN-4 : Insistance sur les limites et les contours et sur les qualités sensorielles CN-5 : Relations spéculaires</p> <p>CL Instabilité des limites CL-1 : Porosité des limites (entre narrateur / sujet de l'histoire ; entre dedans / dehors...) CL-2 : Appui sur le percept et/ou le sensoriel CL-3 : Hétérogénéité des modes de fonctionnement (interne/externe ; perceptif/symbolique ; concret/abstrait...) CL-4 : Clivage</p> <p>CM Procédés anti-dépressifs CM-1 : Accent porté sur la fonction d'étayage de l'objet (valence + ou -) – Appel au clinicien CM-2 : Hyper-instabilité des identifications CM-3 : Pirouettes, virevoltes, clin d'œil, ironie, humour</p>	<p>E1 Altération de la perception E1-1 : Scotome d'objet manifeste E1-2 : Perception de détails rares ou bizarres avec ou sans justification arbitraire E1-3 : Perceptions sensorielles – Fausses perceptions E1-4 : Perception d'objets détériorés ou de personnages malades, mal formés</p> <p>E2 Massivité de la projection E2-1 : Inadéquation du thème au stimulus – Persévérance – Fabulation hors image – Symbolisme hermétique E2-2 : Évocation du mauvais objet, thème de persécution, recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiognomies ou attitudes – Idéalisation de type mégalomane E2-3 : Expressions d'affects et/ou de représentations massifs – Expressions crues liées à une thématique sexuelle ou agressive</p> <p>E3 Désorganisation des repères identitaires et objectifs E3-1 : Confusion des identités – Têlescopage des rôles E3-2 : Instabilité des objets E3-3 : Désorganisation temporelle, spatiale ou de la causalité logique</p> <p>E4 Altération du discours E4-1 : Troubles de la syntaxe – Craquées verbales E4-2 : Indétermination, flou du discours E4-3 : Associations courtes E4-4 : Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'âne...</p>

(Brelet-Foulard F, Chabert C. (sous la direction de) *Nouveau Manuel du TAT. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod, 2002).

Annexes

L'annexe 03 :

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 2011²³

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 2011⁷

FICHE PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Date du début de traitement : examen clinique du :

⁷Une 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

Annexes

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.

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

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

Commentaires	Evènements de vie	Dates Ou âges	Troubles somatiques

Annexes

Annexes

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>LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE</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">1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, LES POINTS DE FIXATIONS, LES MANIFESTATIONS CARACTERIELLES ET LES ACTIVITES SUBLIMATOIRES2. LA PREVALENCEDES COMPORTEMENTS3. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS (RUBRIQUES MODIFIEES)4. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT	
---	--

Annexes

1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES,

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 :

Fonctionnement psychique équilibré : Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent- passé, Capacité d'élaboration ;

Fonctionnement psychique momentanément altéré : Irrégularités du fonctionnement mental- débordements momentanés des

Possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitation sous répression des représentations

Fonctionnement psychique profondément altéré : vie et pensée opératoire

Fonctionnement psychique gravement altéré : Désorganisations progressive-dépression essentielle

NOTE

.....

Annexes

		NOTE
2. PREVALENCE DES COMPORTEMENTS	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe2C : 1. comportement contrôlé et intégré. 2. Faible.3.Moyenne.4.Forte.
		NOTE
3. CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS Cf. explications dans le glossaire	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe3. 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.
		NOTE
4. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT : Nature de l'environnement Environnement familial et environnement professionnel. A partir de cette notation apprécier les capacités	A partir des résultats d'observation de l'axe 4. Evaluer les réactions psychosomatiques à partir des informations anamnestiques concernant l'histoire familiale passée et actuelle, de même pour l'environnement professionnel. Plusieurs notations possibles : 1. Niveau très satisfaisant,

Annexes

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

Risque faible à modéré : 5 à 10

Risque intermédiaire : 10 à 15 –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)

Annexes

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).

Evaluation du risque somatique	
5 niveaux : Risque très élevé 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. Notation:....
Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique	
Rapprocher le risque psychique du risque somatique pour parvenir à une évaluation globale.	<p>Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée</p> <p>Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible.</p> <p>Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation</p> <p>Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.</p>
DIAGNOSTIC structure fonctionnelle psychosomatique	
Nosographique psychosomatique dynamique –19/11/2008 Jean Benjamin Stora	
<p>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>	

Annexes

<p>Le diagnostic psychosomatique est établi à partir des 4 dimensions du fonctionnement psychique et des relations du patient à l'environnement ; il est ainsi possible de proposer une évaluation du risque psychosomatique en y intégrant le risque somatique communiqué par les médecins (cf. ci-dessus). Ces descripteurs vont vous permettre de situer le patient ou la patiente dans les trois catégories ci-dessous :</p> <p>névroses de transfert, névroses classiques au sens des indications de psychanalyse</p> <p>névroses actuelles</p> <p>troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle de la préconsciente inorganisation)</p> <p>Psychoses (Pour les psychoses et troubles de l'humeur, nous conseillons de vous référer au manuel DSMIV).</p> <p><u>Les structures fonctionnelles psychosomatiques ci-dessous sont dynamiques et non pas inamovibles.</u></p>		
SF	Classification nosographique	Diagnostic
	<p>1. Névroses de transfert</p> <p>(psychonévroses de défense, S. Freud) (Névrose bien mentalisée : Certitude)</p>	

Annexes

110		Névrose obsessionnelle		
120	Symptômes	Phobie		
130		Hystérie		
135	Névrose mentale symptomatologique ment-organisée, au fonctionnement soutenu.	<p>Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue.</p> <p>Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations</p> <p>Obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale</p> <p>Névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément. (P. Marty, 1987)</p>		
136	Borderline névrose de transfert/nev. actuelle	Hystérie de conversion		
	<p>2. Névroses actuelles</p> <p>(Echec de la constitution de la névrose infantile)</p> <p>Névrose à mentalisation incertaine : Doute</p> <p>Névrose mal mentalisée : Défauts avérés. La mentalisation</p> <p>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.</p>			
140		Hystérie d'angoisse		
141		Névrose d'angoisse		
142		Névrose de caractère		

Annexes

145		Hypocondrie (différents états)	
146		Névrose traumatique	
147		Névrose relation d'objet allergique	
	3. Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient –inorganisation-névroses non mentalisées))		
170		Névrose de comportement	
171		Hypocondrie archaïque	
172		Troubles du narcissisme	
173		Troubles de l'identité	
174		Troubles addictifs	
175		"Psychose froide" ou non délirante A. E. Kestenberg	
	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'adaptation	Avec humeur dépressive, avec anxiété, avec perturbation des conduites, avec perturbation à la foi des émotions et des conduites, non spécifié.	ci s

Annexes

	Troubles de la personnalité	Paranoïaque, schizoïde, antisociale et borderline histrionique, narcissique, évitant, dépendant obsessionnelle- compulsive, non spécifié.	e, e,
Consulter le manuel DSMIV pour plus de détails.			

Annexes

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

Pour évaluer le fonctionnement psychique du patient ou de la patiente après l'examen clinique, nous devons prendre en considération

(ce tableau peut être utilisé comme aide-mémoire) Processus et Mécanismes psychiques

l'Axe 1A : La relation d'Objet

Anobjectale, préobjectale, présence introjectée.

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

La dimension masochique

L'évaluation de l'épaisseur du préconscient : capacité de l'imaginaire ; Tenter d'apprécier les capacités associatives et la capacité de rêver (nouvelle rubrique 170)

Sur l'Axe 1B, Etats psychiques et événements de vie personnels

Angoisses

Deuils

Dépressions

Traumatismes

Influence de la culture sur le fonctionnement psychique

Sur l'Axe 1C : Points de fixation régression

Fixations somatiques

Fixations psychiques

Axe 1D : Mécanismes de défense du MOI

Sur l'Axe 1E : présence de traits de caractère :

Phobique

Hystérique (archaïque et génitale)

Pervers

Annexes

A dominante orale
A dominante anale
A dominante phallique
sado-masochiques
Sur l'Axe 1F : Activités sublimatoires : à lister

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.

Annexes

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

N° Item	LISTE DES ITEMS	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES
<p><i>AXE IA : RELATION D'OBJET</i></p> <p>Organisation du MOI</p> <p>Il s'agit ici des premières étapes du processus de maturation psychosexuel : du noyau du Soi jusqu'à l'introjection de l'Objet.</p> <p>Développement de l'organisation du Préconscient: relation avec la Mère de la grossesse jusqu'à l'âge d'un an, périodes de séparation, mères substitutives, Figure Paternelle, fréquence et âge lors de changements de situation, évènements ayant favorisé ou entravé les organisations de la sensori-motricité, du langage, et en général de toutes les liaisons internes et externes.</p> <p>L'objet est-il introjecté ?</p> <p>Dimension narcissique du Moi</p> <p>Dimension masochique du Moi</p> <p>Organisation du Préconscient (1^{ère} topique de S. Freud)</p>		

Annexes

150	<p>Anobjectal</p> <p>Stade d'indifférenciation</p>	<p>Stade de relation non objectale coïncidant plus ou moins avec celui du narcissisme primaire – <u>stade d'indifférenciation</u> ou <u>stade de non-différenciation</u>, car la perception, l'activité et le fonctionnement sont insuffisamment organisés chez le nourrisson, sauf dans une certaine mesure dans les sphères vitales tels le métabolisme, les fonctions alimentaires ,circulatoires, respiratoires, etc.</p> <p>L'individu-enfants prend lui-même comme Objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs- stade de la toute-puissance des pensées. Première ébauche du Moi et son investissement par la libido.</p> <p>«...le Soi constitue la première configuration organisée de l'appareil psychique qui émane de l'unité mère-enfant et lui succède...avant que ne soit instaurée la distinction Entre le sujet et l'objet ».E. Kestenberg, La psychose froide, p. 96. Cf. aussi. Winnicott.</p> <p>Stade de Prédominance de traits narcissiques. De Prédominance de fusion.</p>
151	Préobjectal	<p>M. Klein: position schizo-paranoïde dans la relation à l'objet (bon et mauvais, aimé et haï).</p> <p>Rapprocher de R. Spitzâge de trois mois</p> <p>Prédominance de traits du pré génitalité.</p>
152	Objectal	<p>Intégrationdelapositiondépressivedu9°mois ;</p> <p>Mise en place de l'objet.</p> <p>Prédominance du comportement œdipien génital</p>
153 A	Narcissisme primaire	
153 B	Narcissisme de mort	

Annexes

154	Narcissisme secondaire	.
154 A	Narcissisme de vie	
155	Soi grandiose	Réf. Kohut «Le Soi» ; pour le Soi consulter manote pédagogique.

Annexes

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

Annexes

AXE 1B : ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS

Observés lors de l'anamnèse : Etats psychiques du Moi et conséquences sur son organisation

Approche psychodynamique : conflits du Moi/ça, surmoi, mon de extérieur

200	Angoisses diffuses	Angoisses automatiques des épisodes de détresse
201	Angoisses objectales	Signaux d'alarme accompagnée de liaisons représentatives
202	Deuils période pré-Pubertaire	Deuils de personne ou pertes d'objets significatifs pré pubertaires non élaborés
203	Deuils récents	Deuils ou pertes d'objets significatifs récents non élaborés
204	Dépressions	Aiguës ou subaiguës fréquentes au sens de la psychanalyse
205	Dépression de l'adolescence	
206	Dépression latente	
207	Post-partum blues	
208	Dépression essentielle	DPE précédant la somatisation, DPE fréquentes se référer à l'histoire du patient et à l'histoire de la maladie. Selon les hypothèses, tenter d'établir les dates.
209	Trauma permanent	Pesé e traumatique permanente
210	Traumatisme	Notion de traumatismes, d'une situation familiale, ou d'une activité Parentale ayant pu gauchir l'évolution classique de la sexualité
211	Traumatisme de la naissance	

Annexes

212	Névrose traumatique	Incapacité pour la psyché de lier un événement traumatique ; sidération de l'appareil mental ; absence de figurabilité ; rupture affect et représentation ; à relier aussi au PTSD, post- traumatique stress disorder (importance du facteur quantitatif économique dans l'occurrence de l'événement).
213	Traumatisme professionnel	Licenciement, harcèlement, violence au travail, etc.
215	Pensée magique	Utilisation importante de la pensée magique ou tradition culturelle Ou religieuse pesant sur le fonctionnement psychosomatique
216	Coexistence de plusieurs modes de pensée dans le MOI, en conséquence des différences culturelles.	Mode de pensée différent de la pensée occidentale ; préconscient composé de représentations culturelles influençant émotions, comportements et pensées ; référence à la première génération d'émigrés ou à la deuxième génération chez qui les deux ou «n» cultures coexistent.
217	Irrégularités du fonctionnement mental	
218	Vie et pensée opératoires	La vie opératoire tient compte de la réduction de la pensée face à l'importance des comportements. Les quelques représentations qui paraissent exister sont comme les rêves pauvres, répétitives, marquées du saut de l'actuel et du factuel. (cf. glossaire en fin de document).
219	Désintrication pulsionnelle	Noter le niveau d'organisation auquel la désintrication a eu lieu selon vos hypothèses.
220	Désorganisation progressive	Noter la ou les dates des évènements ainsi que l'hypothèse du Fonctionnement psychique.

AXE 1C : POINTS DE FIXATIONS REGRESSIONS²⁴

Stades de maturation psychosexuelle du Moi et organisations psychosomatiques (hyp. J. B. S,

Annexes

cf. ouvrage de « Neuros psychanalyse» collQSJ, PUF, 2006)		
300	Fixation somatique prénatale	Fixations à l'économie néo-natale, hypothèse de fixation à envisager dans le cas d'asthme, de syndrome métabolique, de cas d'anorexie, etc.
301	Fixations premières	Symptômes troubles fonction respiratoire, peau, système immunitaire. Cf. relation d'objet allergique de Pierre Marty.
302	Fonction cardiaque	Troubles
303	F. alimentaire	Estomac, foie, pancréas, troubles du comportement alimentaire
304	F. excrétion	Rein, colon, contrôle sphinctérien
305	F. motrice	Musculo-squelettique, articulations,
306	Métabolisme	Troubles du métabolisme / endocrinologie
307	SNC	
308	Axe endogène opioïde	
309	Axe hypothalamique-hormonal	Envisager toutes les dimensions de l'axe hypothalamique

²⁴ Points de fixations-régression et Stades de développement de la sexualité. Forte adhésion de la pulsion à des objets ou à des voies de satisfaction liées à des phases antérieures du développement. L'existence de points de fixation conduit à la voie de la régression. La

Fixation désigne l'immobilisation de motions pulsionnelles à un stade infantile du développement : fixations prégénitales.

Age d'apparition des symptômes, système de défense et âges critiques du développement, évolution libidinale au cours du développement psychosexuel, détermination des symptômes mentaux classiques, caractériels, insuffisance des défenses mentales à relier aux événements de vie, situations familiales

Annexes

présentes et passées, détermination de l'atmosphère affective passée, et capacité de se remémorer (souvenirs).

Annexes

310	SN Sympathique	
311	SN Parasympathique	
350	1^{er} Organisateurpsy.	Organisation cénesthésique, relation préobjectale, processus Primaire (Cf. René Spitz).
351	2^{ème} Organisateurpsy.	Mise en place au 8 ^o mois ; établissement de l'objet ; organisation diacritique ; processus secondaires ; passage de la passivité à l'activité.
352	3^{ème} organisateurpsy.	Mise en place du mécanisme et de la fonction d'identification ; acquisition du signe de la Négation (Freud, 1925) ; pulsion agressive, motricité et emprise.
353	Position autistique	Syndrome symbiotique
354	Position schizo-paranoïde	(cf. Mélanie Klein)
355	Position dépressive	(cf. Mélanie Klein)
356	Fixation passive orale	
357	Fixation sadique orale	
358	Fixation anale 1^{er} temps	
359	Fixation sadique-anale 2 ^{ème} temps	Donne accès à l'organisation 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. 91 et 92 «Les mouvements individuels de vie et de mort ».
360	Fixation phallique	

Annexes

361	Fixation homosexuelle	
362	Fixation génitale	
	AXE 1D MECANISMES DE DEFENSE DU «MOI»	
380	Déni de la réalité psychique	<p>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.</p>
381	Clivage du Moi	
382	Clivage de l'Objet	<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>

Annexes

		<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 interjectifs 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 mènera le moi à la position dépressive.</p>
--	--	--

Annexes

383	Identification projective	<p>Terme introduit par Mélanie Klein en 1932, il s'agit de décrire les fantasmes d'attaque contre l'intérieur du corps maternel.</p> <p>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	Refoulement	<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	Formation réactionnelle	<p>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</p>

Annexes

		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 la quelles était d'abord livré le sujet pendant une première période dite «d'immoralité infantile ». Le processus de formation réactionnelle joue un rôle important dans l'édification des caractères ; la constitution du surmoi est en partie attribuée aux mécanismes de formation réactionnelle.
386	Isolation	Mécanismes de défense qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions sont rompues avec le reste de l'existence du sujet. Par exemple : une pause dans le cours de la pensée, utilisation de formules, de rituels et d'une façon générale toutes les mesures permettant d'interrompre le cours des Pensées et des actes.
387	Annulation rétroactive	Il s'agit d'un mécanisme à l'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	Introjection	Le terme d'introjection a été forgé par Sandor Ferenczi en 1909 ; le sujet fait passer sur un mode fantasmatique, du dehors au-dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel sans pour autant impliquer nécessairement une référence à la limite corporelle

Annexes

		<p>puisque'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.</p>
389	Retournement sur soi	<p>Le retournement sur soi et le renversement dans le contraire font partie de ce que Freud appelle les destins des pulsions à côté du refoulement et de la sublimation. Alors que dans le renversement dans le contraire le processus concerne le but de la pulsion, avec le retournement sur la personne propre ou sur soi le processus concerne l'objet de la pulsion. Freud illustre par deux exemples ces deux processus : celui du sado- masochisme et celui du voyeurisme-exhibitionnisme. Le renversement du sadisme dans le masochisme implique à la fois le passage de l'activité à la passivité et une inversion des rôles entre celui qui inflige et celui qui subit les souffrances. Les deux processus peuvent évidemment fonctionner dans le sens opposé : transformation de la passivité en activité, Retournement à partir de la personne propre sur autrui.</p>
390	Renversement dans le contraire	Cf. retournement sur soi.
391	Sublimation	
392	Négation par le fantasme	<p>Die Verneinung, Freud 1925 donne une explication métapsychologique précise :</p> <p>La dénégation est un moyen de prendre connaissance du refoulé ;</p> <p>Ce qui est supprimé, c'est seulement une des conséquences du processus du refoulement, à savoir que le contenu représentatif ne</p>

Annexes

		<p>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.</p>
393	Idéalisation	<p>« ... L'idéalisation est un processus qui concerne l'objet et par lequel celui-ci est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changée. L'idéalisation est possible aussi bien dans le domaine de la libido du moi que dans celui de la libido d'objet ». (Freud, pour introduire le narcissisme). L'idéalisation notamment celle des parents fait nécessairement partie de la constitution au sein du sujet des instances idéales : moi idéal, idéal du moi. Il peut s'agir de l'idéalisation d'un objet aimé : « nous voyons que l'objet est traité comme le moi propre et que donc dans la passion amoureuse une quantité importante de libido narcissique déborde sur l'objet » (Freud, psychologie des foules et analyse du moi).</p>
394	Identification à l'agresseur	<p>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</p>

Annexes

		gestuel, vers le 15 ^e mois.
395	Intellectualisation défensive	Ce mécanisme permet de maîtriser les émotions ou les conflits psychiques par une mise à distance en adoptant une formulation rationnelle, abstraite et détachée de la manifestation pulsionnelle. Il s'agit de la neutralisation des affects. (cf. Anna Freud (1946), Le Moi et les mécanismes de défense, Paris, PUF 1967).
<i>AXE 1E : Traits de caractère</i>		
400	Phobique	D'ambiance ou d'invasion
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	Hystérie génitale	De nature œdipienne (séduction)
404	Traits pervers	
405	Oral	Traits de caractère égoïste à type captatif ; recherche de l'affection d'un être élu selon le mode de la relation objectale orale ; que le sujet

Annexes

		soit homme ou femme, son objet d'amour devra jouer le rôle de mère
--	--	--

		nourricière. Dans le cas de régression, apparition possible de crises de boulimie pour remplacer l'acte sexuel génital et d'anorexie mentale symbolisant le refus de la sexualité génitale.
406	Anal et Obsessionnel	Rétention et contrôle-maîtrise : ne pas oublier que l'organisation anale fait défaut aux névrosés mal mentalisés selon la définition nosographique de Pierre Marty. Les représentations sont absentes ou rares, superficielles, peu associatives, caractéristiques à rapprocher des névroses de comportement.
407	Phallique-narcissique	
408	Psychotiques	Tableau symptomatique
409	Sado-masochiques	Relations érotisées physiques comme morales

AXE 1F : ACTIVITES SUBLIMATOIRES

Nature des investissements sur investissements, activités diverses : activités sociales, etc.
sublimations, etc.

490	Activités artistiques	
491	Activités sociales	
492	Activités spirituelles	
493	Activités sportives	
494	Activités culturelles	

AXE 2 : COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION

450	Hypertonie musculaire	Débordement de l'appareil mental par les émotions
-----	------------------------------	---

Annexes

451	Posture	Tonicité de la posture, elle rend compte d'emblée de la tension Interne du sujet
452	Hypertonie musculaire et agressivité	(Pierre Marty) à la mesure des conflits habituels réactivés lors de la consultation et non encore exprimés (agressivité directement musculaire de type primaire court-circuitant l'élaboration mentale, l'hypertonie musculaire va souvent de pair avec une anxiété diffuse qui reconnaîtra plus tard son objet. Elle s'accompagne de tremblements de mains surtout, et s'oppose à une aisance relationnelle.
453	Manifestations vago-sympathiques	Ces manifestations témoignent du surplus d'excitations ; Rires, pleurs, ou mimique de fantasme révélant la tentative d'une élaboration mentale.
454	Comportements de déni de réalité	Mode de 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	Hypocondrie1 (archaïque)	Etat hypocondriaque où la relation transférentielle est impossible ; court-circuit du travail psychique avec engagement dans une somatisation. Evolution possible vers un délire paranoïaque, une Mélancolie ou une affection somatique grave.
456	Hypocondrie2	Transformation en un processus névrotique où sexualité infantile, culpabilité œdipienne, angoisse de castration reprennent leur place.
457	Sado-masochique	Décharge dans les comportements
458	Acting out	Passages fréquents aux comportements
459	Sommeil	Cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme, etc.
460	Epuisement libidinal	Conduites d'épuisement
461	Dépersonnalisation	Manifestations de dépersonnalisation
462	Homosexualité latente	

Annexes

463	Homosexualité	Pratique sexuelle
464	Sexualité génitale	Ejaculation précoce, impuissance, troubles de l'érection, frigidité, etc.
465	Addictions	Alcool, cigarettes, autres substances, web-addicts, video-addicts, etc.

Annexes

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

Annexes

AXE 3 : EXPRESSION DES AFFECTS

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

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	Expression émotionnelle (large gamme des...)	Expression des émotions sans répression, manifestation spontanée et authentique-large gamme d'expression richesse émotionnelle
501	Conversion somatique Des affects	Hystérie de conversion l'affectes transformé en innervation somatique, et la représentation est refoulée ;
502	Déplacement	Déplacement de l'affect sur une autre représentation dans la névrose obsessionnelle.
503	Transformation	Transformation de l'affect : névrose d'angoisse, mélancolie,
504	Alexithymie	Sifnéos fait une nette différence entre émotion et sentiment ; l'émotion est exprimée par des moyens comportementaux et Médiatisée par le système limbique, dimension biologique de l'affect. Les sentiments sont l'aspect psychologique de l'affect, ce sont les pensées et les fantaisies subjectives qui sont associées à l'affect.

Annexes

		<p>L'activité néocorticale est nécessaire pour qu'il existe des sentiments. Quatre éléments définissent l'alexithymie :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Affect de vitalité ou affects en miroir dans la relation mère-enfant.</p> <p>Ces affects indiquent que les affects ne sont pas encore reliés à des représentations mentales.</p>	<p>Selon l'approche de D. Stern, plaisir et déplaisir ne sont plus rattachables à la tension et à la décharge, mais plutôt aux conditions rythmiques de celle-ci et aux variations d'intensité de chacun de ces processus. « J'appelle affect de vitalité, dit Stern, la qualité de ce qui est ressenti lors de toutes ces sortes de changements »... « la danse moderne et la musique sont des exemples par excellence de l'expressivité des affects de vitalité ». Pour Stern, l'affect fait partie de la représentation, et il a par lui-même une fonction de représentation, ce qui rejoint les travaux d'André Green sur la <i>représentante</i> de l'affect.</p>
511	Fatigue	
512	Douleur	
<p>AXE 4 : ENVIRONNEMENT PERSONNEL, FAMILIAL, ET SOCIO-PROFESSIONNEL.</p> <p>Le Moi et le Monde extérieur</p> <p>Données de l'environnement familial et socioprofessionnel ; données symptomatiques immédiates, données anamnestiques récentes, données concernant le fonctionnement mental d'adaptation (coping) ; état de la famille ancien et actuel, scolarité, évolution professionnelle, évolution de la sexualité, intérêts divers, etc.</p>		
600	Env. familial stable	Durée des périodes de stabilité
601	Env. familial perturbé	Au cours de l'enfance, de l'adolescence, à l'âge adulte ; rupture d'équilibre au sein de la famille.

Annexes

602	Env. socioprofessionnel stable	Durée des périodes de stabilité
603	Env. Socioprofessionnel instable	Conflits, harcèlement professionnel, etc.
603 A	Nature de l'environnement Perturbation temporaire	Identifier ici la source de la perturbation : familial, socioprofessionnelle, environnemental, sociétal, etc.
603 B	Perturbation durable ou permanente	
604	Rupture avec famille	Séparation, divorce, déménagement,
605	Rupture avec travail	Licenciement, recherche d'emploi, etc.
607	Autre	Adaptation à un nouvel environnement professionnel Déroulement de la carrière : différentes étapes, début, milieu, et fin de carrière ; départ à la retraite
608	Conversion récente	Hystérique ou non
609	Désintrication et intrication des pulsions	Reprise intrication pulsionnelle à apprécier
610	Affects	Changements significatifs de l'expression des affects
611	Médico-légal	Problème récent pesant sur le fonctionnement psychosomatique
612	Psychothérapie	Parent d'un enfant traité en psychothérapie concomitante
613	Sexuelles	Difficultés sexuelles récentes : impuissance et frigidité
615	Toxicomanie récente	Iatrogéniques incluses

Annexes

616	Atteints aux activités corporelles	Limitations récentes accidentelles ou non des activités corporelles
617	Economie relationnelle I	Changement notable
618	Economie relationnelle II	Changement de moins d'un an
619	Plaisir sexuel	Frustration de plaisir sexuel (type névrose actuelle)
620	Hypocondrie	Réorganisation relative au moins provisoire –sur un mode Hypocondriaque
621	Bénéfices secondaires	A la maladie actuelle
622	Autre	Déplacement et remplacement par un symptôme somatique

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, dénégation, déni, acceptation apparente, etc.

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

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

Annexes

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 hématopoïétiques
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)

Annexes

L'annexe 04 : La passation de TAT (en kabyle)

Cas Houria :

Planche 1 : tewaligh aqchich amezyan ittekhamim mlih ghef ighevlanis, ittevan lhal l3evd ittekhamimn yal asse ça va pas, is3av win is3an ighevlan g la3mer aki.

Planche 2 : tamtoth amk itte3ich, attekhedm iwaken attekfk lhayatis iwarawis macha hawla ithes3a, ilaq atekafah, ttewaligh aka, lavod d l'image n ttemtoth deg okhamis, nettath d wergazis ilaq adkafhen iwaken ad3ichen g thalwith pour toujours.

Planche 3BM : dayi madyili yiwen is3a un handicap, yo3ar lhal g la société negh, ofahmnara yiwn aka, ihi ilaq attes3ot le courage aken at3ichedh wahi l3ivad aka, yo3er lhal ma ttes3ot kmi... yiwn lweqeth emmi handicap mais tora hamdullah.

Planche 4 : Manho ur ittehibin ara adi3ich romansya, lamhiba desah thela omnegh seys yiwn lwaqeth, mais tura ur ttumingh ara khelas. Mara atte3ichet s romansya yela lhob yla difea deg ukham, attehost yla l3avd ikmihamlen. Desh ise3ab... aaah Qerih lhal. Ttewaligh lhob attili mo3awana yar wargaz ak d ttemtothis aken ad3ichen lhayatensen lwahi temsfhamen deg kolch ama ayen iyo3rn ama ayen isheln.

Planche5 : ttewaligh thamtoth thetalay ar thekozinttis, khati tayi d la chambre tes3a la bibliothèque, way d l3evd iglan d lmotheqef, ilaq l3avd ghas oyghrara ilaq adeyli d lmotheqf akhatr l3ved iyghran machi am win oyghrin ara.

Planche 6GF : ttewaligh argaz itteslet f thematthis, yak asse d netta iyeqwan aka ittewaligh, akhatr aregaz ittalayn tamtothis s yar itili is3av. ttewaligh c'est rare anda attafedh sin ttemsefhamen bien, bah dayi toujours argaz igqewan f thmatthis.

Planche 7GF : dayi thamtoth d yelis, tamtothayi ur the3ach ara lhayatis aken theittemnatt ihi thettemni ate3ichitt yelis, thaymatt mtilaq atteweth mejhodis bach attekfk lhayat iylhan iyelis.

Planche 8BM : nki karhegh l3onf, win ikathen, win ifeq3n yal lweqth, karhegh ak lhwayj ayi ttehibigh romansya karhegh l3onf, adegaha ayn ye3nan les opération, mais mayla obligé atte3ichegh.

Planche 9GF : Tamtoth tekath amk adebyen imanis amk atte3ich aken iqwem deg la photo ayi, ttewaligh lhayatt n zik d tora machi kifkif, mais thora ishel ithmtoth amk atte3ich attekafeh akn atte3ich g lhayatt ayini.

Annexes

Planche 10 : dayi ttewaligh amk igttehoso lhnana n yemas, is3ev lhal bach attehosdh immim, ghas meqer ilaq attefahmeteth .

Planche 11 : Dayi ttewaligh lqa3a, tes3ev lkhedma wakal mais win isyesnen atti3ich aken iqewm, lqa3a mayla tekhdemtett amdefk.

Planche 12BG : nki ttehibigh la nature akhatr ttehibigh akal, asif chejor dwyak aya idittakn l'oxygène ilaq anhvivr flas molach oghthettehadar ara atteql othslihara.

Planche 13B : wayi daqechich ittekhemim ttewaligh akham n zik aaah dacho amdinigh aqechich is3a lbaraa, aqechich amzeyan am teqwarqett tamlalett.

Planche 13MF : lmoth d lhaja ise3ven mais thela, ttewaligh thamtoth thesofri aregazis isofri yides, ihi d lmoth akhir la souffrance ayi akhatr dounith to3er.

Planche 19 : ttewaligh lfen, machi win i3dan athifehm, angar widak iglan g lfen, nkini ttesyigh adefahmgh ma3na yow3er aken ad fahmgh kolch, la photo ayini averkan domlal, amlal ayini d ttemzi weqchich yettewali kolch ichevh, averkan d la souffrance d les problèmes ara tteksvdh lawan athimghordh, ayn idithdon arezath.

Planche 16 : dacho aminigh bach adehkodh tahkayth imi ligh ttamzyantt, vava ikhedm ljehdis aken ad3ich lhayat l3ali, nki wahdi kan i ttaqechichth g kham, donc ittehibiyi mlih, lhayattiw tevda s lhena, lferh, nwich ade3ichegh lhayattiw ak akayi, mais thora lferhiw ma dzergh arawiw ttinghorn zath walniw ohnittekhassa kra, lh ayatt ayi l3ali win yes3an sevr.

Cas Idir :

Planche 1: ...ttewaligh un petit garçon entrain d'étudier ou bien itekhamim à quelque chose .

Planche 2: zargh une famille g udrar, le père, la mère lwhi yalisen entrain de faire l'agriculture, ces deux femmes discutent entre elles, qu'est-ce qu'elles veulent faire ou bien qu'est-ce qu'on va semer.

Planche 3BM: dayi dargaziteka f canapé, certainement il est fatigué durant toute la journée, en train de se reposer.

Planche 4 : un couple ... un couple normalement, le mari se prête à partir et sa femme le suivit.

Planche 5: dayi, je vois une femme qui se prépare à entrer à la cuisine... thetalay qu'est ce qui manque dans la cuisine.

Annexes

Planche 6BM: dayi, je vois une femme et son fils qui se sont un petit peu fâché, je ne sais pas mala lan contre l'autre nagh faq3en daya , ils n'ont pas l'air en forme, le fils waqila il va partir en voyage et yemas qui le suit et le conseille .

Planche 7BM : dayi , le fils et le père, le père qui est en train de donner des conseils à son fils.

Planche 8BM: tewaligh un petit garçon qui souhaite être un chirurgien asma adimghor.

Planche 10: tewaligh un couple qui s'embrasse et argazeni ihader awmazogh tamthothis sur quelque chose d'important.

Planche 11: wayi Ofhimghra bien c'est un mystère cette image... tewaligh amken tala ou une cascade.

Planche 12BG: tewaligh g l'image ayi, cheghra à côté wasif lwahi tafloketh ... waqila had ivgha adiroh haraga (rit).

Planche 13B: tewaligh un jeune garçon itekhamim f l'étude is d l'avenir... il espère réussir sa vie akenadiservah sa famille.

Planche 13MF: tewaligh (clin d'œil et rire) un couple, tamtothis thamothis athan itrou iserhas selwa3ed imati , itekhamim adi3awed yiweth (rit) iqaras hamdullah ya rebi troh tewakes (rit) .

Planche 19: tewaligh amaken une vieille maison, tla la neige che3lan thimaseth dekhan itefghed g toit d cheminée.

Planche 16: ... bon, rohghed gher svitar lwahi garde malade tamtothiw ,ombe3ad nanough ,trwal troh akham tedjayi dayi wahdi (rit)

Résumé

Dans ce présent travail, nous nous intéressons au fonctionnement psychosomatique chez les diabétiques de Type1 qui est une maladie grave qui perturbe le métabolisme du sucre. Il nécessite une gestion stricte de la glycémie, des injections d'insuline et une attention constante pour éviter des complications telles que des problèmes cardiaques et rénaux. Une collaboration étroite avec l'équipe médicale est essentielle pour maintenir un équilibre glycémique sain.

C'est une étude qui se donne comme référence la théorie psychosomatique de Jean Benjamin Stora. Cette théorie est une nouvelle discipline que Stora 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. 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 de son soma.

Toute explication de problèmes liés à la santé, ne peut advenir en dehors d'une vision intégrative. Ainsi, pour comprendre un cas diabétique, il faut prendre en considération l'histoire de la maturité biologique et psychologique de ce cas ; prendre en considération ce qui a marqué le développement du sujet diabétique et donc, s'intéresser au cas et non pas à sa maladie uniquement.

Pour comprendre le processus par lequel s'est engendré le diabète, nous avons évalué le risque psychosomatique, en nous référant aux outils développés par la psychosomatique intégrative de Jean Benjamin Stora, version 2011. Nous, nous sommes appuyés sur l'approche clinique basée sur l'étude de cas, au cours de laquelle l'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, version 2011. Nous avons aussi utilisé le test projectif TAT. Nous avons, donc, essayé de vérifier les hypothèses suivantes :

1. Le fonctionnement psychosomatique chez la personne atteinte par le diabète Type1 indiquera un risque psychosomatique, d'après la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de Benjamin Stora.
2. Le risque psychosomatique chez la personne atteinte par le diabète type1, sera plus apparent chez les cas qui présenteraient des complications plus graves d'après le diagnostic de leur médecin.
3. La production projective au TAT, indiquera une fragilité psychique chez la personne atteinte par diabète type1 et qui empêcherait l'élaboration des problématiques latentes aux planches du test.

Nous avons confirmé, à travers les résultats de cette étude, la première et la troisième hypothèse. Pour la deuxième hypothèse, bien que nous avons effectivement trouvé une différence dans le degré de fragilité qui allait avec le degré de complication mais nous n'avons pas pu confirmer cette hypothèse car elle suppose plus de cas pour pouvoir observer les nuances de la fragilité psychosomatique en fonction de la gravité des complications.

Mots clés : Fonctionnement psychosomatique, psychosomatique intégrative, diabète type1, étude de cas, TAT.

Abstract:

In this present study, we are interested in psychosomatic functioning in Type 1 diabetics, which is a serious illness that disrupts sugar metabolism. It requires strict blood sugar management, insulin injections and constant attention to avoid complications such as heart and kidney problems. Close collaboration with the medical team is essential to maintain a healthy glycemic balance.

It is a study which uses the psychosomatic theory of Jean Benjamin Stora as a reference. This theory is a new discipline that Stora named: the five systems theory: which includes the psychic system, the central nervous system, the autonomic nervous system, the immune system and the genetic system. There is no such thing as a psychosomatic illness, but a psychosomatic person. Therefore, under no circumstances can we treat a person by separating their psyche from their soma.

Any explanation of health-related problems cannot occur outside of an integrative vision. Thus, to understand a diabetic case, one must take into consideration the history of the biological and psychological maturity of this case; take into consideration what marked the development of the diabetic subject and therefore, be interested in the case and not only in their illness.

To understand the process by which diabetes was caused, we assessed the psychosomatic risk, referring to the tools developed by the integrative psychosomatics of Jean Benjamin Stora, version 2011. We relied on the clinical approach based on the case study, during which the semi-structured clinical interview was used so as to be able to complete the grid for the assessment of J-B's health and psychosomatic risk. Stora, version 2011. We also used the TAT projective test. We therefore tried to verify the following hypotheses:

1. Psychosomatic functioning in a person with Type 1 diabetes will indicate a psychosomatic risk, according to Benjamin Stora's health and psychosomatic risk assessment grid.
2. The psychosomatic risk in people affected by type 1 diabetes will be more apparent in cases who present more serious complications according to their doctor's diagnosis.
3. Projective production on the TAT will indicate psychological fragility in the person affected by type 1 diabetes and which would prevent the development of latent problems on the test boards.

We confirmed, through the results of this study, the first and third hypotheses. For the second hypothesis, although we actually found a difference in the degree of fragility that went with the degree of complication but we could not confirm this hypothesis because it assumes more cases to be able to observe the nuances of psychosomatic fragility depending on the severity of the complications.

Key words: Psychosomatic functioning, integrative psychosomatics, type 1 diabetes, case study, TAT.