

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE ABEDERRAHANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DE L'HORTHOPHONIE



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie Clinique

Thème

La qualité du fonctionnement psychosomatique chez les personnes atteintes du syndrome métabolique associé aux taux de triglycérides élevé et aux taux faible du HDL, étude à la lumière de l'approche psychosomatique intégrative de Jean Benjamin Stora.

Réalisé par :

KACED Tiziri

AMRI Mounia

Encadré par :

Pr. IKARDOUCHENE Zahia

2022/2023

Remerciement

Tout d'abord, on aimerait remercier Dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.

Nous remercions également notre encadreur **Mme la professeur IKARDOUCHENE BALI Zahia**, pour sa disponibilité, son orientation et ses bénéfiques conseils tout au long de la réalisation de ce travail.

Nous remercions tous les membres de jury qui nous feront l'honneur de juger ce modeste travail.

Nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants du département des sciences sociales qui ont contribué à notre formation.

On tient également à exprimer un grand remerciement pour les patients qui nous ont fait part de leurs vécus.

Nous remercions aussi tout le personnel médical de l'Hôpital de Sidi aich pour leur soutien et leur sympathie, ainsi que la psychologue **Mme Debbou**.

Au terme de cette étude, il nous est agréable de remercier vivement tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette recherche.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

A ma chère famille, Maman, Papa, Yacine et Tinhinane

pour leurs encouragements

A ma très chère grand-mère

A dada Ikhlef et Tata Mima pour leur soutien moral

A mes chères cousines

A mon amie Yasmine

A nana N'djima, que je remercie énormément pour son

aide.

A ma binôme Mounia

Que dieu les protège

Tiziri

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

A mes chers parents, les plus chères au monde, ceux qui ont
toujours étaient à mes côtés tout ou long de mon parcours
universitaire

Vous êtes là, à m'encourager à me donner plus de force pour me
continuer jusqu'au bout

Maman, papa dieu vous protège, vous garde en bonne santé et vous
garde l'un pour l'autre tout on long de votre vie

A mon très cher époux Nassim qui m'a soutenu et ma encourager
dès le début ainsi que ma belle-famille (ma belle-mère, mes belles
sœurs, et mes beaux-frères).

A ma chère sœur Mélissa et mon chère frère Massinissa

A ma cher fille Maylin qui vient d'arriver au monde

Sans oublier ma binôme Thiziri pour son soutien moral et sa
patience tout on long de ce projet.

Mounia

Sommaire

Introduction générale	1
------------------------------------	----------

CHAPITRE I : Cadre général de la recherche

1 Problématique et hypothèse :	7
1.1 Question de l'étude :	16
1.2 Hypothèse de l'étude :	16
2 Raisons du choix du thème :	16
3 Les objectifs de l'étude	17
4 L'importance de l'étude :	17
5 Définitions opérationnelle :	18
5.1 Fonctionnement psychosomatique :	18
5.2 Le syndrome métabolique :	18

CHAPITRE II: Psychosomatique intégrative et fonctionnement psychosomatique

1 Définition et histoire de la psychosomatique :	19
1.1 Définition de la psychosomatique :	19
1.2 Histoire de la Psychosomatique :	20
1.2.1 Auguste Heinroth, inventeur de mot psychosomatique :	22
1.2.2 Les travaux de Freud et P. Marty :	22
2 LE non-mentalisation et l'origine des somatisations	27
3 Les trois composantes de la première organisation somatique, comportementale et émotionnelle, selon la psychosomatique intégrative :	28
Conclusion	35

CHAPITRE III: Le syndrome métabolique

1 Historique du Syndrome métabolique :	36
2 Les définitions du SM :	37
2.1 Définition originale de Reaven :	37
2.2 Définition de L'OMS :	37
2.3 Définition du NCEP - ATP III américain :	38
2.4 Définition unifiée :	38

3	Prévalence et épidémiologie en Algérie :	39
4	Les causes du syndrome métabolique :	42
4.1	Obésité abdominale et conséquences inflammatoires :	42
4.2	L'insulinorésistance :	42
4.3	Insulinorésistance et glycémie :	43
4.4	Insulinorésistance, adipocytes et dyslipidémie :	43
4.5	Intolérance au glucose :	44
5	Dyslipidémie	44
5.1	Modification du LDL-cholestérol :	44
5.2	Modification du HDL-cholestérol :	44
6	Les complications associées au syndrome métabolique :	45
6.1	Risque de DT2 :	45
6.2	Risque de cancer :	45
6.3	Risque de dysfonction sexuelle :	46
6.4	Désordre respiratoire et apnée de sommeil :	46
6.5	Risque rénal :	46
Conclusion.....		47

CHAPITRE IV : Procédures méthodologiques de l'étude

1	Méthodologie et sa définition :	48
1.1	Définition de la méthode clinique :	48
2	Le cadre temporel et spatial de la recherche :	49
2.1	Temps de la recherche :	49
2.1.1	Pré-enquête :	49
2.1.2	L'enquête :	49
3	Le cadre spatial de la recherche :	50
4	Méthodes et techniques utilisés dans la recherche :	51
4.1	L'entretien clinique semi-directif par la méthode d'investigation psychosomatique:	51
4.1.1	Guide de l'entretien :	51
4.1.2	Présentation des axes du guide d'entretien :	52
4.2	Thématique apperception test (TAT) :	57
4.2.1	La situation TAT :	58
4.2.2	Le matériel :	58
4.2.3	La consigne :	60
4.2.4	Le temps :	60

5	Présentation du groupe de recherche :	60
5.1	Condition d'inclusion des cas dans le groupe de recherche :	60
5.2	Caractéristiques du groupe d'étude :	61
6	Le déroulement de la pratique :	62
7	Analyse des techniques utilisées :	62
7.1	Analyse des données de l'entretien :	62
7.2	L'analyse du protocole TAT	63
7.2.1	Pourquoi le TAT dans l'évaluation du fonctionnement psychosomatique ?	63
7.2.2	Les différents procédés d'élaboration du discours :	64
7.2.2.1	Les procédés selon les séries et selon V. Shentoub et Coll. :	64
7.2.2.2	Les problématiques globales	66
7.2.2.3	Les problématiques œdipiennes :	66
7.2.2.4	Les problématiques dépressives : -Les planches 3BM, 13BG, 12BG :	67
7.2.2.5	Les problématiques prégénitales :	68
7.3	Présentation de la grille d'évaluation psychosomatique	68
8	Validité et fiabilité des outils utilisés :	69
	Conclusion	71

Chapitre V : Analyse des données et discussion des hypothèses

1	Présentation et analyse du cas Djamila :	72
1.1	L'entretien clinique du cas Djamila :	72
1.1.1	Informations personnelles :	72
1.1.2	Evaluation de la santé et du risque psychosomatique de Djamila	77
1.1.3	Diagnostic selon la nosographie psychosomatique	85
1.1.4	Présentation et analyse du T.A.T : cas Djamila	86
1.1.4.1	Analyse des procédés globaux	97
1.1.4.2	Problématique Générale	98
2	Présentation et analyse du cas Malika :	98
2.1	L'entretien clinique du cas Malika	98
2.1.1	Informations personnelles :	98
2.1.2	Evaluation de la santé et du risque psychosomatique de Malika :	106
2.1.3	Diagnostic selon la nosographie psychosomatique	114
2.1.4	Présentation et analyse du T.A.T : cas Malika	114
2.1.4.1	Analyse des procédés globaux	124

2.1.4.2 Problématique Générale	125
Résumé du chapitre	125
Déductions générales et discussion des hypothèses	127
Conclusion générale.....	133
Bibliographie.....	134
Les annexes	143

Liste des abréviations :**SM** Syndrome métabolique**DT2** Diabète type 2**L'HTA** L'hypertension Artérielle**L'OMS** L'organisation mondiale de la santé**LEPH** Etablissement public hospitalier**SAMEV** Société Algérienne de Médecine Vasculaire**TAT** Test apperception thématique**Liste des tableaux**

N°	Titre	Page
1	l'ordre de présentation des planches en fonction du sexe féminin	59
2	Caractéristiques du groupe d'étude	61
3	Les variables paracliniques de Djamila	61
4	Les variables paracliniques de Malika	61
5	Tableau synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques de Djamila	75
6	Tableau synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques de Malika	102

Introduction :

Le syndrome métabolique associe chez un même individu une obésité abdominale, une insulino-résistance, une hyperglycémie, une dyslipidémie et une hypertension artérielle. Sa définition exacte a été le sujet de nombreux débats ces dernières années mais il est certain que sa prévalence dans le monde augmente d'année en année. Les anomalies constituant le syndrome métabolique sont reliées entre elles par un mécanisme non encore élucidé. Cependant, il semblerait que l'obésité abdominale et l'insulinorésistance soient au cœur de sa physiopathologie.

Les statistiques actuelles concernant ce syndrome métabolique « montrent un réel danger de santé publique à l'échelle mondiale. Selon les pays un adulte sur quatre ou cinq présente un syndrome métabolique, la prévalence étant plus élevée chez les personnes plus âgées : 40% de la population âgée de plus de 50 ans est atteinte aux Etats-Unis, et près de 30 % de cette même classe d'âge en Europe » (Ghislaine Barth - de Rougé, 2009, P.8).

Le syndrome métabolique expose à un risque élevé de développer un diabète de type 2 et des maladies cardiovasculaires. Il n'existe pas aujourd'hui de traitement pharmacologique spécifique au syndrome métabolique. La prise en charge thérapeutique passera donc essentiellement par des modifications de l'hygiène de vie du patient, via l'application de règles hygiéno-diététique (activité physique et alimentation équilibrée).

« Le syndrome métabolique, n'est pas une maladie spécifique, mais se caractérise par un ensemble de perturbations métaboliques qui prédispose fortement au développement et à la progression de l'athérosclérose. Les patients atteints de syndrome métabolique ne présentent souvent aucun facteur de risque individuel nettement augmenté, mais bien un risque cardiovasculaire fortement accru en raison du fait qu'ils ont simultanément divers facteurs de risque » (Ghislaine Barth - de Rougé, 2009, P.6).

Chaque être humain, constitué de psyché et soma, reçoit tout au long de sa vie un nombre illimité d'excitations, qui peuvent être variées et relatives dans leurs durées et leurs forces. Ces excitations sont 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 due 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, 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.

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 le syndrome métabolique, 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.

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.

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 cœur 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.**

Pour Stora, 2020, La barrière épistémologique de la psychanalyse restreignant la psychosomatique à l'analyse des dysfonctionnements de l'appareil psychique doit être franchie. Ainsi apparaît la démarche psychosomatique intégrative, dans l'énoncé d'une hypothèse réintroduisant l'appareil psychique dans la continuité des différents niveaux du vivant en chaque individu. STORA, écrit alors sa conception basée sur son expérience pour préciser que l'homme pense et vit dans son corps et avec son corps. Il n'y a pas de dichotomie pensée-cerveau, il s'agit d'un faux problème comme le prouvent tous les travaux des neurosciences des 20 dernières années du 20^{ème} siècle, plus spécialement ceux d'Edelman et de Damasio (STORA, 2006).

La question que STORA se posait est la suivante : existe-t-il des organisations premières aux origines de la vie psychique et somatique inter-reliant les fonctions viscérales, les comportements, les émotions et les protopensées des êtres humains ? Ces organisations constituent-elles le premier noyau du Moi de l'appareil psychique, puisque selon S. Freud, le premier Moi est un Moi corporel ? Ou bien un « Moi neural » selon Damasio ? à partir de ses questionnements, Stora a développé au cours des 25 dernières années le concept du Soi comme noyau

INTRODUCTION GENERALE

premier de l'instance du Moi pour compléter les hypothèses de la construction du Moi.

Nous savons que dans les premiers mois de la vie du nourrisson l'expression des émotions et des comportements sont d'abord corporels. R. Spitz propose que l'on appelle organisation cénesthésique, cette première structure inter-reliant les sensations corporelles, les réponses viscérales, les manifestations musculaires et motrices, ainsi que les premières expressions des intentions non verbales du nourrisson adressé à la mère ou à son substitut.

Ce grand travail de Spitz révèle toute la dimension somatique sous-jacente à la proposition de Freud du stade oral. Les travaux des biologistes, Pr. Damasio, du Pr. Edelman, complètent l'approche de la psychosomatique intégrative, puisqu'ils nous expliquent comment ces interrelations sont encodées neuralemement grâce à des processus complexes du SNC et du système neurovégétatif.

En bref nous pensons avec tout notre corps et toutes nos expériences et vécus sont profondément intriquées psychiquement, et corporellement. Stora a ainsi abouti à l'hypothèse que l'appareil psychique concourt à l'homéostasie et aux systèmes de défense de l'organisme. Si cette hypothèse se révèle fondée, alors nous devons comprendre, nous dit Stora, 2020, que le système psychique, débordé par les excitations qu'il ne peut élaborer, va les transmettre au système nerveux central pour aboutir à différents processus de somatisations : nous faisons face alors à toutes les pathologies somatiques.

Stora a développé dans son livre « la Neuro-psychanalyse » (2006) de nouvelles propositions concernant les organisations somatopsychiques ; où il a avancé l'hypothèse qu'il existe deux processus de maturation tout au long des 20 premières années de vie : un processus d'intégration neuronale et un processus d'intégration psychosexuelle (modèle développé par Sigmund Freud dans la métapsychologie). Nous aboutissons ainsi à un modèle global bio – psycho – somatique. Il est important ici de rappeler que le modèle métapsychologique ne concerne que le fonctionnement de l'esprit tel qu'il a été développé par la Psychanalyse.

Puisque l'origine des somatisations était imputée, par les auteurs, qui ont précédé Stora, aux défaillances de constitution de l'appareil psychique ou aux dysfonctionnements de celui-ci, Stora nous dit qu'il est plus logique, dans ce cas-là, de s'interroger d'abord sur l'alpha de la psyché, c'est à dire sur la constitution de l'appareil psychique dans les premiers mois de la vie à partir de la « mise en marche » des processus somatiques par l'environnement familial.

L'expérience de « non-mentalisation » des données sensorielles d'origine interne ou externe qui n'ont pas été transformées en pensée symbolique (représentations mentales) ou en signaux d'affects (signal d'anxiété servant d'indicateur d'un danger imminent et déclenchant une action appropriée), conduit à leur perception comme des objets concrets par la psyché ou comme des états corporels somatiques qui s'expriment sous la forme de symptômes somatiques ou sous forme d'actions. De telles expériences sont tout simplement des sommes de stimuli qui ne peuvent être utilisés ni comme éléments de base de la pensée ni enregistrés dans la mémoire ; ces expériences qui n'appartiennent pas au registre de la pensée ne peuvent faire l'objet de refoulement, elles sont « forcloses ». Elles restent au niveau de la « mémoire » du corps, au niveau de l'impensable ; elles sont à l'origine des dépendances et des addictions.

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. Les expériences individuelles de la naissance jusqu'à la mort continuent de déterminer profondément les circuits neuronaux, les répertoires comportementaux et les aptitudes cognitives ; l'ensemble de ces processus surviennent dès le début de la vie au cours de périodes de développement génétiquement programmées appelées « périodes critiques ». Par ailleurs, les connexions synaptiques évoluent même dans l'âge mûr et continuent de se modifier à mesure que s'accumulent de nouveaux souvenirs ; n'oublions pas, nous dit Stora, 2020, que même très tardivement certaines régions du cerveau sont encore le siège d'une neurogenèse.

INTRODUCTION GENERALE

L'hypothèse avancée par le Pr. STORA, est qu'au cours du développement de maturation humaine les principales phases sont de nature psychosexuelle inter reliées avec des phases d'intégration neuronale des fonctions et des organes somatiques. Les « périodes critiques » d'intégration neuronale précéderont, coïncideront ou suivront les phases de maturation psychosexuelle.

Stora a proposé une approche théorique et clinique globale et intégrative qui inclut l'approche présentée par Pierre Marty, et il a proposé un modèle multi-causal des contextes de somatisation. Le système psychologique, selon Stora, accomplit une tâche fondamentale, qui est de réguler la quantité d'excitations quotidiennes, et il ne contredit pas Pierre Marty à ce sujet. Le système psychologique est au sommet du développement, et donc il est le premier à rencontrer des excitations. Cependant, selon Stora, le système psychologique n'est pas le seul impliqué en cas de dysfonctionnement ; Le système nerveux central et le système immunitaire font également ce travail. La psyché n'est pas isolée du corps.

A partir de cette approche théorique de la psychosomatique intégrative, nous allons, donc, essayer de comprendre, le fonctionnement psychosomatique de deux cas analysés cliniquement, à partir de la grille de la santé et du risque psychosomatique, développé e par le Pr. Stora. Notre mémoire actuel est basé sur une rencontre de deux cas, atteints par le syndrome métabolique et où nous avons constaté ce lien étroit entre le corps humain, la psyché et montre bien que l'homme est une unité psychosomatique.

La première partie, de ce présent travail, concerne la partie théorique et qui englobe trois chapitres : le premier est consacré à la problématique et hypothèses puis le deuxième au fonctionnement psychosomatique et à l'approche intégrative de Jean Benjamin Stora qui est une nouvelle manière d'envisager la psychosomatique et enfin le troisième chapitre, de cette partie théorique, concerne le syndrome métabolique.

La deuxième partie est celle de la pratique où le premier chapitre est réservé à la méthodologie de la recherche et le dernier chapitre englobe la présentation et l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses.

Pour terminer avec une conclusion qui résume toute notre étude.

1 Problématique et hypothèse :

Le syndrome métabolique associe chez un même individu une obésité abdominale, une insulino-résistance, une hyperglycémie, une dyslipidémie et une hypertension artérielle. Sa définition exacte a été le sujet de nombreux débats ces dernières années mais il est certain que sa prévalence dans le monde augmente d'année en année. Les anomalies constituant le syndrome métabolique sont reliées entre elles par un mécanisme non encore élucidé.

Cependant, il semblerait que l'obésité abdominale et l'insulinorésistance soient au cœur de sa physiopathologie. Les statistiques actuelles concernant ce syndrome métabolique « montrent un réel danger de santé publique à l'échelle mondiale. Selon les pays un adulte sur quatre ou cinq présente un syndrome métabolique, la prévalence étant plus élevée chez les personnes plus âgées : 40% de la population âgée de plus de 50 ans est atteinte aux Etats-Unis, et près de 30 % de cette même classe d'âge en Europe » (Ghislaine Barth - de Rougé, 2009, P.8).

Le syndrome métabolique, « n'est pas une maladie spécifique, mais se caractérise par un ensemble de perturbations métaboliques qui prédispose fortement au développement et à la progression de l'athérosclérose. Les patients atteints de syndrome métabolique ne présentent, souvent, aucun facteur de risque individuel nettement augmenté, mais bien un risque cardiovasculaire fortement accru en raison du fait qu'ils ont simultanément divers facteurs de risque» (Ghislaine Barth - de Rougé, 2009, P.6).

Les statistiques actuelles concernant ce syndrome métabolique montrent un réel danger de santé publique à l'échelle mondiale. Selon les pays un adulte sur quatre ou cinq présente un syndrome métabolique, la prévalence étant plus élevée chez les personnes plus âgées : 40% de la population âgée de plus de 50 ans est atteinte aux Etats-Unis, et près de 30 % de cette même classe d'âge en Europe (Ghislaine Barth - de Rougé, 2009, P.8).

Le syndrome métabolique est également un problème de santé préoccupant en Algérie, tout comme dans de nombreux autres pays. Les facteurs de risque tels que la sédentarité, une alimentation déséquilibrée et des taux croissants d'obésité

CHAPITRE I : CADRE GENERALE DE LA RECHERCHE

avaient contribué à la prévalence croissante du syndrome métabolique dans la population algérienne.

Ce syndrome peut 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. Cependant, pour aider ce patient et anticiper ce qui peut le perturber, il est important de le considérer comme une unité globale constituée de soma et de psyché.

Pour comprendre le syndrome métabolique, il est important de le considérer comme un ensemble de facteurs de risque liés à la santé et qui augmenteraient la probabilité de développer des problèmes, tels que les maladies cardiaques, le diabète de type 2 et les accidents vasculaires cérébraux. Dans ce sens, il est plus que justifié de considérer l'être humain comme une unité psychosomatique. En effet, même si les différents spécialistes s'y mettent chacun de son côté pour comprendre la maladie, il est important qu'ils se convergent par la suite, pour avoir une vision globale du processus de somatisation. Ceci nous oriente vers une discipline qui s'appelle la psychosomatique qui s'intéresse plus au fonctionnement psychosomatique d'un malade qu'à sa maladie en question.

Le fonctionnement psychosomatique est un concept qui décrit l'interaction entre les processus psychologiques et les fonctions corporelles. Selon cette perspective, les pensées, les émotions et les expériences vécues peuvent influencer le corps et causer des symptômes physiques. De même, les symptômes physiques peuvent avoir un impact sur la santé mentale, l'humeur et les comportements des individus. Justement, c'est là que se situe l'intérêt de la psychosomatique intégrative qui considère l'être humain dans sa globalité et cherche à comprendre les interactions complexes entre les différents aspects de son unité.

En effet, nous savons 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,

CHAPITRE I : CADRE GENERALE DE LA RECHERCHE

vers les organes et les fonctions corporelles. Cette interprétation de la somatisation sera résumée et contredite par STORA, 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. 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, 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, 2011).

Nous ne pouvons citer toute l'histoire de l'évolution de la psychosomatique ici, mais il est important de préciser que les praticiens d'inspiration psychanalytique restaient prisonniers de leur approche épistémologique (à commencer par Franz Alexander) et que, de ce fait, des progrès ne pouvaient être accomplis, puisqu'ils continuaient à rester dans le domaine du modèle de la métapsychologie. En construisant le modèle de la métapsychologie, Sigmund Freud, nous dit STORA, 2006, n'a jamais eu comme objectif d'expliquer les maladies et les somatisations ; il a toujours déclaré qu'il souhaitait rester dans le domaine de la psychologie des profondeurs.

A la suite du Pr. Marty (1918-1993), le Professeur J.B. Stora, reprend fidèlement la théorie de ce premier mais, tout en ouvrant celle-ci au champ de la Neurosciences, ce qui oriente la psychosomatique vers une conception beaucoup plus large et complexe. « Si P. Marty a exploré essentiellement la dimension psychanalytique de patients somatiques, J.B. Stora, lui, intègre à ses travaux les

CHAPITRE I : CADRE GENERALE DE LA RECHERCHE

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. « Cette nouvelle approche de psychosomatique intégrative est multi causale et par là même, ouverte à un long avenir de recherches et de découvertes prometteuses, à travers cette nouvelle discipline qu'est la neuro-psychanalyse » (Ghislaïne Barth - de Rougé, 2009, P.6).

Revenons maintenant au syndrome métabolique, qui nous préoccupe dans cette présente étude, pour nous rendre compte que ce syndrome n'est pas considéré comme une maladie spécifique, mais comme un ensemble de perturbations métaboliques qui prédispose fortement au développement et à la progression de l'athérosclérose. On peut comprendre par-là que les patients atteints de syndrome métabolique, ne présentent (souvent) aucun facteur de risque nettement significatif, mais bien un risque cardiovasculaire élevé car, justement, divers facteurs de risque, s'associent chez eux.

Ce qui précède, va dans le sens que le risque est plus élevé si, par exemple, un sujet âgé de 50 ans (ou plus) avec obésité viscérale, qui a une pression artérielle légèrement augmentée combinée à une résistance à l'insuline débutante et une hypertriglycéridémie avec un cholestérol HDL bas. En effet, l'association de ces facteurs de risque, chez ce sujet en question, aboutissent au risque cardiovasculaire très élevé et comme aucun symptôme ne tire à lui seul l'alarme du risque, il faut plusieurs années avant que le syndrome métabolique ne soit détecté. Ce dernier constat, cause malheureusement, des dommages souvent irréversibles.

Si nous voulons comprendre le processus par lequel s'est installé le syndrome métabolique chez un individu, nous devons nous rendre compte du stress qui est très lié à l'apparition du syndrome métabolique (et des maladies en général). La manière par laquelle chaque approche appréhende ce phénomène, diffère d'une approche à une autre et selon la neuro-psychanalyse, adoptée par Pr. J.B. Stora, il

CHAPITRE I : CADRE GENERALE DE LA RECHERCHE

important de préciser que les mécanismes prioritaires de réaction au stress dépendent de l'unité psychosomatique. En effet, selon cette approche, l'être humain, est un être par définition psychosomatique, c'est-à-dire, constitué de psyché et du soma.

Tenant compte de ce postulat, la psychosomatique intégrative, considère qu'en recevant des excitations, inévitables, de tous genres et de différentes intensités et durée, 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 décrit dans son livre « le stress », cité par Ghislaine Barth - de Rougé (2009, P.6), trois systèmes 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. Le cortex 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.

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 le syndrome métabolique, puisque les catécholamines facilitent

CHAPITRE I : CADRE GENERALE DE LA RECHERCHE

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, 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-hypophysé-surrénalien, ont un effet immunodépresseur. Nous sommes ici au cœur 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, 2015).

Comme annoncé précédemment, nous nous intéresserons dans la présente étude, plus spécifiquement, aux cas de patients hospitalisés est diagnostiqués par

CHAPITRE I : CADRE GENERALE DE LA RECHERCHE

le médecin comme état de syndrome métabolique, 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 une fragilité des identifications objectales et donc confirmeront nos hypothèses sur la fragilité narcissique des cas souffrant de diabète type 1. 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. Nous sommes loin, donc, de chercher à classer nos cas dans un registre définitif. Cette vision du cas, est susceptible d'aider à élaborer une aide selon chaque cas.

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

CHAPITRE I : CADRE GENERALE DE LA RECHERCHE

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 maladies 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 (CP-3), indicateur de la sévérité des troubles

CHAPITRE I : CADRE GENERALE DE LA RECHERCHE

narcissiques, souvent associé à une présence fréquente de procédés primaires qui témoignent d'une confusion de l'identité (E-11) ou d'une instabilité des objets (E-12), 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'affect 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 :

1.1 Question de l'étude :

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

1.1.2 Le fonctionnement psychosomatique chez la personne atteinte par le syndrome métabolique indiquera-t-il un risque d'après la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de Benjamin Stora ?

1.1.3 Le risque psychosomatique chez la personne atteinte par le syndrome métabolique, sera-t-il plus apparent chez les cas qui présenteraient des complications plus graves au niveau cardio-vasculaire ?

1.1.4 La production projective au TAT, indiquera-t-elle une fragilité psychique chez le diabétique de type 1 et qui empêcherait l'élaboration des problématiques latentes aux planches du test ?

1.2 Hypothèse de l'étude :

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

1.2.2 Le risque psychosomatique chez la personne atteinte par le syndrome métabolique, sera plus apparent chez les cas qui présenteraient des complications plus graves au niveau cardio-vasculaire.

1.2.3 La production projective au TAT, indiquera une fragilité psychique chez la personne atteinte par le syndrome métabolique et qui empêcherait l'élaboration des problématiques latentes aux planches du test.

2 Raisons du choix du thème :

Nous avons choisi ce thème car le sujet du fonctionnement psychosomatique chez les patients souffrants du syndrome métabolique selon la grille de J-B Stora est important et il y a peu de recherches sur ce sujet, il est de plus en plus reconnu que les aspects psychologiques et émotionnels jouent un rôle crucial dans le développement du SM et son évolution. Cependant, il est important

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

3 Les objectifs de l'étude

- L'objectif global de ce modeste travail, vise à mieux comprendre le fonctionnement psychosomatique chez les patients souffrants du syndrome métabolique.

- Élargir nos connaissances dans le domaine psychologique et de mieux comprendre le fonctionnement psychosomatique.

- Evaluation du degré du risque psychosomatique chez la personne atteinte du syndrome métabolique en nous basant sur l'application de la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de J - B. Stora.

-Fournir des informations utiles pour orienter la recherche future sur les interactions entre le psychologique et le physiologique dans le contexte du syndrome métabolique.

- Une meilleure compréhension du processus d'apparition du Syndrome métabolique d'un point de vue psychosomatique intégratif.

4 L'importance de l'étude :

- Cette étude représente un complément à la recherche psychologique dans le domaine de la psychologie clinique. Nous n'avons pas trouvé d'études qui ont traité le fonctionnement psychosomatique à partir de l'approche intégrative chez les patients souffrant du syndrome métabolique.

- C'est une étude qui cherche dans le cadre d'une nouvelle approche scientifique et qui aspire à comprendre le syndrome métabolique dans le contexte psychosomatique.

- Faire la lumière sur la souffrance psychologique d'un patient souffrant du syndrome métabolique.

- Comprendre les interactions entre les facteurs psychologiques et physiologiques dans le contexte du syndrome métabolique permet d'adopter une approche plus

holistique de la santé, plutôt que de traiter uniquement les symptômes physiologiques, cette approche prend en compte la personne dans sa globalité, en tenant compte de son bien-être mental et émotionnel.

- L'étude actuelle permet d'ouvrir de nouveaux horizons pour la recherche dans le domaine de la psychosomatique.

5 Définitions opérationnelle :

5.1 Fonctionnement psychosomatique :

Le fonctionnement psychosomatique est déterminé par la réponse des cas aux entretiens et au protocole du T.A.T 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 et aussi détecter si un risque d'aggravation est présent.

5.2 Le syndrome métabolique :

Dans la présente étude, le syndrome métabolique est diagnostiqué par un médecin, qui nous oriente le cas une fois diagnostiqué.

Préambule :

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). Donc nous nous trouvons devant 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.

1 Définition et histoire de la psychosomatique :

1.1 Définition de la psychosomatique :

Le mot psychosomatique « est composé de deux syllabes : la première vient de l'âme (psycho) et le second vient du corps (soma) (...) c'est-à-dire la science dont le sujet est l'homme en tant qu'être vivant qui désire, sent, perçoit et réagit; elle examine les émotions et les événements de l'âme. Le Corps qui signifie l'être humain et sa structure » (Larousse VEUF 2002)

Le terme « intégration est utilisé pour désigner un état dans lequel les divers éléments de la personnalité d'un individu se rejoignent pour atteindre l'harmonie psychologique de sorte que les attitudes et les réponses mentales et émotionnelles soient en harmonie les uns avec les autres ». Ainsi, l'approche « intégrative est une démarche qui comprend l'analyse des fondements psychologiques et des

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

principes associés au ressenti et à l'inconscient sur lesquelles les chercheurs se sont arrêtés ».

Les troubles psychosomatiques sont définis dans l'Encyclopédie Britannica comme « la réponse physique au stress émotionnel qui prend la forme de trouble somatique telle que l'asthme, les ulcères d'estomac, la tension artérielle, les ulcères du colon et autres ».

Le dictionnaire APA publié par l'association American de psychologie définit la psychosomatique comme un groupe de troubles dont les facteurs « psychologiques jouent un rôle important dans leur apparition (...) (Gary vendebos, 2015, p 863) .

Selon le manuel de diagnostic et statistique DSM4, les maladies psychosomatiques sont « désignées comme des troubles qui affectent les organes, tels que les maux de tête les douleurs abdominales les douleurs thoraciques les douleurs menstruelles et les rapport sexuels. Il a également traité des troubles menstruels chez les femmes et la dysfonction érectile chez les hommes. Et tous les troubles liés au système nerveux tels que (...) l'incapacité à ressentir le toucher, la vision double, la surdité ou la perte de conscience. Egalement, les troubles respiratoires tel que l'allergie et aussi des troubles du système circulatoire tels que l'hypertension artérielle.

1.2 Histoire de la Psychosomatique :

La psychosomatique a connu son intégration dans l'univers et certainement la plus ancienne conception qui a passé avec succès l'épreuve du temps. Ce concept a traversé les millénaires en se perpétuant d'abord en tant que tradition orale, principalement en Asie avant d'être immortalisée dans des écrits, dans les plus anciens datent du 5^{ème} siècle. Dans les pays orientaux, la psychosomatique était une évidence, tant médecine et philosophie était profondément mêlés.

En occident, la psychosomatique est née avec Hippocrate quatre siècles avant Jésus Christ, puis a disparu pendant quelques millénaires avant de resurgir

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

de nos jours comme une vérité trop longtemps oubliée. Hippocrate a réellement révolutionné intellectuellement la médecine et fondé l'école de médecine hippocratique. Cette dernière ignore pratiquement tout de l'anatomie et de la physiologie humaine en raison de tabou religieux grec qui interdit la dissection de Corp.

Pour Hippocrate la maladie et non seulement un signe de déséquilibre, mais plus précisément une réaction globale de l'individu, à la suite d'une rupture d'harmonie avec son environnement, son alimentation ou ses habitudes de vie.

Au XXII^e siècle, à Cordoue en Espagne, Moïse Maimonide, médecin, philosophe et talmudiste de culture arabe, a écrit de nombreux traités présentant la maladie comme la rupture d'un équilibre à la fois physique et psychique. Pour lui le corps et l'esprit ne sont plus la même chose comme dans les traditions anciennes. Toute affection de l'un se répercute automatiquement sur l'autre, compromettant ainsi l'harmonie de l'être et causant les maladies.

Maimonide pose les bases de fonctionnement psychosomatique de l'homme. L'asthme permis de démontrer les relations entre émotions et maladies, représente le premier modèle psychosomatique ; il recommande aux médecins de tenir compte du tempérament des idées et de l'aptitude intellectuelle de leurs malades et de leur apporter un soutien moral suffisant, si besoin avec l'aide de philosophes.

Afin de clarifier ce sujet qui est assez complexe où se confond l'histoire de la médecine et de la psychosomatique, nous allons présenter une brève histoire sous l'éclairage de la théorie dualiste et moniste :

A. La théorie dualiste :

Le dualisme est un courant de pensée qui considère que le monde matériel(physique) et le monde psychique (spirituel) sont complètement séparés, cette idée émerge pour la première fois dans la philosophie occidentale avec les écrits de Platon et Aristote qui ont affirmé que « l'intelligence » de l'homme (faculté de l'esprit ou de l'âme) ne peut être assimilée ou appliquée par son corps

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

matériel. La maladie dans ce cadre de référence, est considérée comme une intruse indésirable, un corps étranger dont il faut se débarrasser au plus vite.(Roland Hussler ,2020 PP.34)

B. La théorie moniste :

Ce terme a été créé par Christian Wolff en 1734 dans sa psychologie rationnel a partir de grec «monos», qui signifie «seul» ou «unique», ça pensée est l'inverse du dualisme. Pour cette théorie, le monde matériel (physique) et le monde psychique (spirituel) sont intimement indissociable. La maladie est une conséquence d'un déséquilibre est considéré comme un signe à interpréter dans un contexte biopsychosocial. Donc le rôle du praticien est de trouver la cause de ce déséquilibre et rétablir l'harmonie de l'unité psychosomatique. (R.Hussler , 2020 P.35)

1.2.1 Auguste Heinroth, inventeur de mot psychosomatique :

Heinroth a donné naissance au terme psychosomatique en 1818, au cours d'une discussion avec le philosophe Jacobi pour désigner l'influence du psychisme sur le somatique. Le terme de somatopsychique fut introduit en 1828 pour bien appuyé sur l'idée que le corps (soma) influence sur l'esprit (psychique). Heinroth prépare des questions embarrassantes pour faire face aux chercheurs scientifiques de son époque, qui demandent des justifications scientifiques pour ses observations expérimentales.il faudra attendre deux siècles de recherche scientifiques pour confirmer ses intuitions cliniques. (R. Hussler,2020).

1.2.2 Les travaux de Freud et P. Marty :

Au début de du XX^o siècle, Jean Martin Charcot poursuivait à Paris au Pitié Salpêtrière des travaux de recherche sur les causes de l'hystérie. Charcot a l'idée d'utiliser l'hypnose pour chercher les causes de cette étrange maladie. Il s'est en effet aperçu que, sous hypnose, les malades retrouvaient dans leur mémoire un choc traumatique ancien qui était complètement oublié, et que cette prise de conscience effaçait immédiatement les symptômes de la maladie.

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

Freud écrivait en 1923 qu'il était conscient de l'existence de facteurs psychogènes dans les maladies, mais il déclare qu'il préfère que les psychanalystes se limitent aux connaissances du domaine des névroses. Fasciné par ces découvertes, Sigmund Freud rejoint Charcot à la Pitié Salpêtrière pour assister à ses cours. Il comprend l'impact des traumatismes dans l'étiologie de certaines maladies nerveuses en remplaçant l'hypnose de Charcot par un entretien verbal. Il distingue les psychonévroses des 3 névroses actuelles (1898): (névrose d'angoisse, neurasthénie, et hypocondrie) pour lui l'étiologie de ses névroses actuelles est somatique et non psychique: (la source d'excitation, le facteur déclenchant de trouble se trouve dans le domaine somatique tandis que dans l'hystérie et les névroses obsessionnelles il est dans le domaine psychique). **Cette conception annonce les approches psychosomatiques développées plus tard.**

Selon Freud le père de la psychanalyse, il existe des transformations réciproques entre l'énergie physique et l'énergie psychiques. Ses découvertes sur la psychologie de l'inconscient ont permis à la psychosomatique de se développer de façon empirique, grâce à la libération de la morale religieuse répressive. Freud a été suivi par plusieurs de ses élèves et amis qui ont fait progresser les recherches sur les relations corps/esprit. Et à peine commencé à éveiller les curiosités, elle a fasciné de plus en plus de chercheurs, qui ont autorisé l'entrée de cette approche empirique dans le domaine scientifique et médical.

Félix Deutsch est un psychanalyste viennois émigré aux États-Unis réintroduisit la notion de psychosomatique avec ses collègues Flandres Dunbar, F. Alexander, avec d'autres médecins M. Schur, T. Benedeketc. Ce mouvement reprit en Europe après la fin de la 2ème guerre mondiale. (John Wiley et Sons, p 29.30).

➤ **Dunbar et le questionnaire de profils de personnalité :**

Helen Flandres Dunbar, est un médecin psychanalyste et travaille-t-on collaboration avec son collègue Alexander va établir et développer le principe des

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

correspondances entre type de personnalité et maladies en créant les questionnaires de profils de personnalités standardisés : auteurs d'accidents routiers, angineux, coronariens, liens entre un profil et une maladie psychosomatique. (R. Hussler , 2020).

➤ **Alexander et l'école de Chicago (1952) :**

Alexander détermine des conflits spécifiques au sens psychanalytique et des modifications physiologiques, il a distingué deux types de maladies psychosomatiques : l'une est l'expression de tendances hostiles agressives bloquées (lutte ou fuite), ne se traduisant pas dans le comportement manifeste ; l'autre est l'expression de tendances inhibées à la dépendance et à la recherche d'appui. Il a développé une théorie qui est la théorie de la spécificité, c'est une théorie unique qui ne peut rendre compte de tous les troubles psychosomatiques, certains sont de nature hystérique ; la plupart des syndromes (groupe des maladies psychosomatiques) dites aussi névroses végétatives, sont associées à certains types caractériels ou constellations associées. Alexander et ses disciples, décident de développer avec ses collègues médecins une discipline psychosomatique qui s'implantera dans les écoles de Chicago, New York, Boston, Harvard.

Le modèle théorique unilinéaire d'Alexander paraît aujourd'hui limité et parce qu'il était important de le reconsidérer sous un autre angle, les travaux des successeurs ont essayé de développer la dimension psychosomatique sous d'autres paradigmes.

Pierre Marty est un médecin psychanalyste français né en 1918 qui décide de reprendre les travaux de recherches de ses collègues psychanalystes notamment Freud et Ferenczi, pour les développer. Selon lui il n'existe pas de maladie spécifiquement psychosomatique, car toutes les maladies quelles qu'elles soient, possèdent toujours une part d'étiologie psychique. Il insiste sur le fait que « l'homme est psychosomatique par définition », pour lui tous les troubles psychiques peuvent participer au développement de troubles physiques. Pour bien approfondir ses recherches et les diffuser, il fonde l'école de Paris en

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

1962, avec ses collègues Michel Fain, Christian David et Michel de M'Uzan, puis l'institut de psychosomatique en 1972. (Jean Benjamin Stora, 2012).

À partir des travaux de Pierre MARTY, STORA, propose d'inter-relier le corps et l'esprit en partant d'un nouveau paradigme : « L'homme est une unité psychosomatique » (J.B.Stora, 1999). Pour développer son approche, STORA a repris les travaux de S. Freud sur le quantum d'excitations et le rôle de l'appareil psychique pour aider à la décharge des excitations grâce au travail d'élaboration mentale ; en effet, « nous sommes confrontés quotidiennement aux événements de notre vie qui se traduisent par un quantum d'excitations plus ou moins élevé qui sollicite le système psychique en vue d'une élaboration et d'une diminution de leur intensité. Nous avons aussi fait appel aux travaux de Pierre Marty sur le rôle des mentalisations dans les processus de somatisation, des psychanalystes d'enfants (M. Klein, Winnicott, Spitz, Stern, Lebovici, etc., et à ceux des Neurosciences, ainsi qu'aux contributions récentes de l'immunologie et de la génétique). Toutes ces contributions scientifiques du 20^{ème} siècle ont été reprises pour aboutir à un modèle global synthétique des relations entre le corps et l'esprit (STORA, 2006).

L'approche psychosomatique intégrative selon Stora 1999, est une approche holistique ; sa démarche réside dans l'énoncé d'une hypothèse réintroduisant l'appareil psychique dans la continuité des différents niveaux du vivant en chaque individu: l'homme pense et vit dans son corps et avec son corps. Il n'y a pas de dichotomie pensée-cerveau, il s'agit d'un faux problème comme le prouvent tous les travaux des neurosciences des 20 dernières années du 20^o siècle, plus spécialement ceux de Edelman et de Damasio (STORA, 2020).

Stora s'est interrogé sur les organisations premières aux origines de la vie psychique et somatique inter-reliant les fonctions viscérales, les comportements, les émotions et les protopensées des êtres humains. Il s'est posé la question sur la place qu'occupe ces organisations est ce qu'elles ne seraient pas le premier noyau du Moi de l'appareil psychique, puisque selon S. Freud, le premier Moi est un Moi corporel ; ou encore un « Moi neural » selon Damasio? STORA a développé au

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

cours de ses enseignements des 25 dernières années « le concept du Soi comme noyau premier de l'instance du Moi pour compléter les hypothèses de la construction du Moi » (STORA, 2020).

Nous savons que dans les premiers mois de la vie du nourrisson l'expression des émotions et des comportements sont d'abord corporels. R. Spitz propose que l'on appelle organisation cénesthésique, cette première structure inter-reliant les sensations corporelles, les réponses viscérales, les manifestations musculaires et motrices, ainsi que les premières expressions des intentions non verbales du nourrisson adressés à la mère ou à son substitut, révèle toute la dimension somatique sous-jacente à la proposition de Freud du stade oral. Les travaux du Pr. Damasio, du Pr. Edelman, complètent l'approche de STORA, puisqu'ils nous expliquent comment ces interrelations sont encodées neuralemement grâce à des processus complexes du SNC et du système neurovégétatif. En bref nous pensons avec tout notre corps et toutes nos expériences et vécus sont profondément intriquées psychiquement, et corporellement.

STORA a ainsi abouti à l'hypothèse « que l'appareil psychique concourt à l'homéostasie et aux systèmes de défense de l'organisme. Si cette hypothèse se révèle fondée, alors nous devons comprendre que le système psychique, débordé par les excitations qu'il ne peut élaborer, sont transmises au système nerveux central pour aboutir à différents processus de somatisations : nous faisons face alors à toutes les pathologies somatiques » (STORA, 2020, P. 4).

Dans une publication sur « la Neuro-psychanalyse » (2006), STORA a développé de nouvelles propositions concernant les organisations somatopsychiques ; en avançant l'hypothèse qu'il existe deux processus de maturation tout au long des 20 premières années de vie : un processus d'intégration neuronale et un processus d'intégration psychosexuelle (modèle développé par Sigmund Freud dans la métapsychologie). Nous aboutissons ainsi à un modèle global bio – psycho – somatique. Il est important ici de rappeler que le modèle

métapsychologique ne concerne que le fonctionnement de l'esprit tel qu'il a été développé par la Psychanalyse.

2 LE non-mentalisation et l'origine des somatisations

L'origine des somatisations étant imputée, selon Marty, aux défaillances de constitution de l'appareil psychique ou aux dysfonctionnements de celui-ci. Dans ce cas STORA, nous dit, que nous sommes obligés, dans ce cas-là à nous interroger d'abord sur l'alpha de la psyché, c'est-à-dire, sur la constitution de l'appareil psychique dans les premiers mois de la vie à partir de la « mise en marche » des processus somatiques par l'environnement familial.

Les observations de J-B STORA ont montré que l'expérience de « non-mentalisation » des données sensorielles d'origine interne ou externe qui n'ont pas été transformées en pensée symbolique (représentations mentales) ou en signaux d'affects (signal d'anxiété servant d'indicateur d'un danger imminent et déclenchant une action appropriée), conduit à leur perception comme des objets concrets par la psyché ou comme des états corporels somatiques qui s'expriment sous la forme de symptômes somatiques ou sous forme d'actions. De telles expériences sont tout simplement des sommes de stimuli qui ne peuvent être utilisés ni comme éléments de base de la pensée ni enregistrés dans la mémoire ; ces expériences qui n'appartiennent pas au registre de la pensée ne peuvent faire l'objet de refoulement, elles sont « forcloses ». Elles restent au niveau de la « mémoire » du corps, au niveau de l'impensable ; elles sont à l'origine des dépendances et des addictions (STORA, 2006).

Pour élaborer le modèle Neuro-psychosomatique, STORA a fait appel à tous les prédécesseurs qui, du temps de Freud et après, ont patiemment élaboré des concepts pour compléter le modèle métapsychologique : il s'est référé aux états archaïques de la psyché qui ont été développés par Mélanie Klein, il s'est référé aussi à Winnicott, Bion, Tustin, Spitz, Stern, Kohut, Bick, Mc. Dougall, Anzieu, et al. En reprenant, en partie ou en totalité, leurs études cliniques et théoriques (STORA, 2020).

3 Les trois composantes de la première organisation somatique, comportementale et émotionnelle, selon la psychosomatique intégrative :

➤ Le Stade de développement intra-utérin.

Pour STORA, (2006) quand on est devant un patient, il est important de toujours penser au stress maternel pendant la grossesse et de chercher à repérer les événements de vie qui ont perturbé le développement fœtal. Par exemple, repérer quelles sont les causes du retard de croissance in utero ? Les études montrent qu'elles sont multiples et relèvent de mécanismes divers. Elles sont dues principalement à des facteurs génétiques (anomalies chromosomiques), infectieux (rubéole, cytomégalovirus ou toxoplasmose), toxiques (alcool, tabac, drogues) ou médicamenteux (antiépileptiques). D'autres causes sont le plus souvent la conséquence de lésions placentaires qui entraînent une diminution des échanges nutritionnels et de l'apport en oxygène, indispensables au fœtus. Le bébé étant mal « nourri », il ne grossit plus et maigrit. Cela survient dans les pré-éclampsies, mais également lorsque la maman souffre de certaines maladies chroniques : diabète sévère, lupus ou maladie rénale. Une grossesse multiple ou des anomalies du placenta ou du cordon peuvent aussi entraîner un retard de croissance. Enfin, si la mère est mal nourrie ou souffre d'anémie sévère, cela peut perturber la croissance du bébé. « Cependant, pour 30 % des causes aucune cause n'est identifiée. Je pense que cela est dû principalement au fait que les interviews médicaux ne prennent pas en considération les dimensions psychiques des souffrances causées par le stress pendant la grossesse. Il est important que les psychosomaticiens se posent des questions concernant les événements de vie de la mère pendant la grossesse » (STORA, 2020, P. 08)

Pendant longtemps, on pensait que les enfants n'étaient pas à même de comprendre jusqu'à ce qu'ils commencent à parler ! Jusqu'au XIX^{ème} siècle, les bébés étaient considérés aveugles et sourds. « Le bébé in utero n'était même pas conscient! Aujourd'hui, les parents se rendent compte de l'importance de communiquer avec leur bébé. La voix, les mimiques et gestes sont autant de

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

moyens qui aideront l'enfant à parler mais également lui permettront de se sentir aimé. De plus en plus d'études montrent que le bébé in utero entend, écoute, comprend, répond aux jeux, voire même les imite. Il est sensible au monde des émotions, du ressenti et prend rapidement conscience de l'environnement qui l'entoure au fur et à mesure que ses sens apparaissent. Par le toucher affectif du ventre, il est possible de tisser les premiers liens avec bébé, et même de jouer avec lui. C'est le principe de l'haptonomie. Ses sens se développent aussi avant sa venue au monde » (STORA, 2020, P. 06)

- **Début d'intégration neuronale des cortex sensoriels :**

Vers la 8^{ème} semaine, le toucher apparaît, l'embryon commence à attraper et découvrir ce qui l'entoure : le cordon ombilical, les parois de l'utérus et les différentes parties de son petit corps. Il est sensible aux vibrations de la voix, aux battements de cœur et aux premières caresses sur le ventre. Le goût se met en place dès 3 mois et l'odorat dès 7 mois. L'embryon s'initie à différentes saveurs grâce au liquide amniotique qui prend le goût de ce que la mère mange. Vers 6 mois, le fœtus entend, mais il sait aussi écouter ! Il apprécie la voix et sait faire la différence avec une voix étrangère. Il peut également devenir familier avec la voix de son père. A partir du 8^{ème} mois, il réagit à une grande variété de sons (STORA, 2006).

Le milieu intra-utérin « étant plongé dans la pénombre, la vue est le dernier des sens à se développer. La vie intra-utérine influence même certaines réactions du bébé après sa naissance, il se souvient de ce qu'il a ressenti dans le ventre de sa mère. Un début de conscience commence à apparaître. Les premières manifestations de l'attachement s'expriment ; elles se développeront dans les mois suivant la naissance » (STORA, 2020, P. 04). Stora, d'ailleurs, propose de prendre en considération le temps de la conception et de la grossesse pour calculer les années de vie d'un être humain. On peut donc considérer que neuf mois après la naissance un bébé a en réalité 18 mois de vie.

➤ **Le Stade archaïque des premiers mois, dominé par la sensori-motricité, les périodes critiques**

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

Les études neuroscientifiques montrent que « les expériences individuelles de la naissance jusqu'à la mort continuent de déterminer profondément les circuits neuronaux, les répertoires comportementaux et les aptitudes cognitives ; l'ensemble de ces processus surviennent dès le début de la vie au cours des périodes de développement génétiquement programmées appelées « périodes critiques ». Par ailleurs, les connexions synaptiques évoluent même dans l'âge mûr et continuent de se modifier à mesure que s'accroissent de nouveaux souvenirs ; n'oublions pas que même très tardivement certaines régions du cerveau sont encore le siège d'une neurogenèse » (STORA, 2020, P. 06).

Dans le cadre du nouveau modèle de la psychosomatique intégrative, STORA avance l'hypothèse qu'au cours du développement de maturation humaine les principales phases sont de nature psychosexuelle inter reliées avec des phases d'intégration neuronale des fonctions et des organes somatiques. Les « périodes critiques » d'intégration neuronale précéderont, coïncideront ou suivront les phases de maturation psychosexuelle. Il a, à partir d'études pédiatriques, psychanalytiques, endocriniennes et neurologiques, proposé d'établir les phases possibles de développement d'organisations auxquelles il a donné le nom d'organisations somato-psychiques (cf. l'ensemble de ses travaux).

➤ LE SYSTEME CENESTHESIQUE

Le remarquable travail de recherche de René Spitz (1965), *De la naissance à la parole, la première année de vie*, nous introduit à l'hypothèse d'organisateur somatopsychique, issu de l'obstétrique et de la biologie du développement. L'angoisse du huitième mois est considérée par Spitz (1965) comme organisateur de la psyché. Ce moment correspond à une étape plus évoluée du développement de l'organisation psychique. L'angoisse du 8^{ème} mois révèle en effet "que l'enfant a établi une véritable relation objectale et que la mère est devenue son objet libidinal, son objet d'amour". Or les recherches de Stora, se situe à un niveau de développement plus précoce, dans les premières semaines de la vie, c'est-à-dire

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

dans la période préobjectale période de prédominance du processus primaire, de non-intrication pulsionnelle, d'investissement de l'énergie libidinale.

Ce modèle d'organisateur psychique est utilisé par Spitz pour permettre l'appréhension des phénomènes d'intégration et de constitution du psychisme ; le psychisme se constituant grâce à sa relation avec un objet libidinal. Spitz (1965), suppose que, dès la naissance, il existe chez les êtres humains un système de «sentir» différent du système de perception adulte qui n'entre en action que plus tard et qui nous est familier. Cette organisation spécifique dans sa dimension somatique est principalement viscérale, sous le contrôle du système nerveux autonome et se manifeste sous forme de manifestations émotionnelles (STORA, 2006). Il s'agit d'un processus de « réception » ; la sensibilité viscérale est liée à certaines zones sensorielles telle la surface de la peau (fonction respiratoire, et les différentes fonctions de la peau comme organe). Il existe de plus certaines zones et certains organes sensoriels que l'on peut considérer comme transitionnels, et qui jouent un rôle d'intermédiaire entre les organes sensoriels périphériques et viscéraux, entre l'extérieur et l'intérieur. Parmi ces organes transitionnels Spitz (1965) retient : le larynx, le pharynx, la langue, l'intérieur des joues, les lèvres, le menton, le nez et les joues ainsi que l'oreille interne. Ces organes sont intermédiaires entre la réception interne et la perception externe, et ils ont tous pour la survie une fonction importante dans le processus alimentaire. Ils ont une fonction anaclitique et permettent d'assurer la transition entre la réception cénesthésique et la perception diacritique, qui est la quatrième organisation somatopsychique, selon notre point de vue. Les organisations cénesthésique et diacritique cohabitent dans le même organisme, mais sont radicalement différentes, elles sont des organisations à l'interface du soma et du futur appareil psychique.

Spitz insiste sur le fait que « même si l'organisation cénesthésique a été réduite au silence dans la conscience de l'homme occidental, elle n'en continue pas moins à fonctionner sous couvert ». Cette organisation joue un rôle fondamental

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

dans nos sentiments, nos pensées, nos actions ; nous avons, dit Spitz, l'habitude de penser en termes d'inconscient lorsqu'il s'agit des attributs de l'organisation cénesthésique. L'organisation diacritique émane de l'organisation cénesthésique, et les deux organisations ne cessent jamais de communiquer entre elles.

« L'organisation cénesthésique, nous dit Stora, 2006, continue de fonctionner jusqu'à la mort ; elle reste la puissante source de toute vie même si la civilisation occidentale a mis une sourdine à ses manifestations. En cas d'urgence, sous tension, ces forces archaïques se libèrent avec une violence terrifiante car elles ne sont pas rationnellement contrôlées par la conscience. **Nous devons alors faire face à des explosions plus ou moins anarchiques d'émotions primaires, à des maladies psychosomatiques malignes, à certaines manifestations psychotiques** ».

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 ». Avec l'apparition du sourire (3ème mois) les traces mnémoniques sont établies, ce qui implique que les parties constituantes de l'appareil psychique sont en place : conscient, préconscient, inconscient. Un moi rudimentaire se développe au sein du continuum somatopsychique dont l'activité musculaire est de plus en plus coordonné et dirigé ; Freud (1923) a appelé ce premier noyau du moi, le moi corporel.

Spitz situe l'âge de formation du moi corporel à trois mois, et que les prototypes des noyaux du moi psychique doivent être cherchés dans les fonctions physiologiques et le comportement somatique. La barrière somatique de protection des stimuli en fonctionnement dès la naissance va être progressivement remplacée par une organisation plus efficace, plus intégrée qui opérera de façon sélective ; les charges énergétiques apportées par les stimuli sont réparties parmi les divers

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

systèmes de traces mnémoniques, et sont soit gardées en réserve soit déchargées sous forme d'actions dirigées. Ainsi l'action dirigée devient une issue pour la décharge d'énergie libidinale et agressive, étayant le développement de l'appareil psychique (cf, ensemble des travaux de STORA, 2006, 2011, 2020).

DEUXIEME ORGANISATION SOMATIQUE :

➤ **L'ORGANISATION DIACRITIQUE**

Cette organisation permet l'établissement des changements somatiques suivants: "la myélinisation des faisceaux nerveux qui permettraient de rendre le fonctionnement diacritique de l'appareil sensoriel possible; réaliser la coordination des effecteurs; placer des faisceaux de muscles striés au service des séquences actives dirigées; et permettre des ajustements de la posture et de l'équilibre qui servent de point de départ à l'action musculaire... « un nombre croissant de traces mnémoniques ont été emmagasinées de telle sorte que des opérations mentales de plus en plus complexes peuvent être menées à bien...dans l'*organisation psychique*, la maturation et le développement de l'héritage congénital ont rendu possible la mise en place des effecteurs au service d'actions dirigées. Ces dernières permettent à l'enfant de décharger une tension affective de manière intentionnelle et dirigée, c'est-à-dire volitive" » (STORA, 2020, P. 04).

Le quatrième organisateur constitue un chaînon indispensable dans le continuum somatopsychique, il établit les relations entre les fonctions viscérales et motrices. On passe ainsi à ce stade du processus de développement psychosexuel, d'un mode somatique à un mode psychique de décharge de l'énergie excitatrice. L'organisation diacritique est à l'articulation première des fonctions somatiques et de l'appareil psychique ; et lors des dysfonctionnements ou des désorganisations de l'appareil psychique, elle prend le relais en utilisant au mieux les processus de métabolisation de l'énergie vitale.

Après l'abord de la formation de cette organisation, STORA, introduit les autres composantes du fonctionnement psycho-émotionnel. En effet, l'être humain est confronté au cours de son développement et plus tard dans sa vie, à des

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

épreuves psychologiques difficiles : stress aigu ou permanent, traumatismes divers : deuils, séparations, perte d'amour, etc. La forte destructivité naissant de la charge émotionnelle, de la douleur constante d'origine traumatique et le stress permanent d'origine socio-professionnel et familial sidèrent l'appareil mental paralysant son fonctionnement ; la charge émotionnelle fait retour alors par régression à l'organisation cénesthésique activant l'encodage neuronal des programmations établies durant les premiers mois de la vie. Ainsi, apparaissent des troubles somatiques. Pour mieux comprendre la façon dont l'organisation cénesthésique est programmée sur le plan neuronal, STORA a fait appel au concept de « marqueurs somatiques » du Pr. A. Damasio, qu'il a dénommé « marqueurs somatopsychiques ».

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.

4 EME 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.

CHAPITRE II : PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

Conclusion :

La psychosomatique intégrative est un résultat d'une longue histoire du développement des pensées sur le rapport corps/psyché, notamment dans l'apparition des maladies. Puisque l'être humain est psychosomatique par définition, nous ne pouvons comprendre les problèmes somatiques dont il souffre en les isolants des autres éléments qui le constituent. Ainsi, dans ce chapitre, nous avons essayé de comprendre le processus de somatisation avec toute la complexité que cela implique.

Préambule :

Le syndrome métabolique, comme son nom l'indique n'est pas une maladie spécifique mais un syndrome. Un syndrome est un ensemble reconnu de symptômes sans cause évidente. Les composantes de ce dernier coexistent assez régulièrement pour que leur apparition ne soit pas attribuée au hasard. Lorsque la cause est clairement définie, le syndrome devient maladie. Le SM est l'un des problèmes de santé publique les plus préoccupants du 21e siècle, et les conséquences cliniques sont majeures, avec une augmentation des comorbidités associées, en particulier les maladies cardio-vasculaires et le DT2. Les maladies cardio-vasculaires dues à une suralimentation et à une inactivité physique représentent 30% des causes de mortalité toutes causes confondues dans le monde(Alberti et al., 2005).

1 Historique du Syndrome métabolique :

Les premières références au SM sont rapportées par le médecin et anatomiste Italien Morgagni, celui-ci constate chez ses patients plusieurs anomalies métaboliques associées telles que l'obésité viscérale, HTA, athérosclérose, taux élevé d'acide urique dans le sang, et les troubles respiratoires pendant le sommeil .En 1923 Eskil Kylin médecin Suédois met en évidence que l'hyperglycémie s'accompagne fréquemment d'une HTA, une hausse de l'uricémie et appelle ce phénomène « le syndrome hypertension, hyperglycémie, hyper uricémie »(Kylin, 1923).

En 1927 Gregorio Maranonle fondateur de l'endocrinologie moderne en Espagne définit l'HTA et l'obésité comme un état de pré-diabète et émet l'hypothèse d'une prédisposition constitutionnelle à l'origine de l'association entre : diabète, HTA, obésité. Il souligne également le rôle essentiel de l'alimentation pour prévenir et traiter ces altérations (Crepaldi & Maggi, 2006).

En 1947, le médecin français Jean Vague redécouvre l'importance de l'obésité qu'il qualifie d'androïde distinguée de l'obésité (gynoïdes) et la définit comme la condition la plus communément associée au diabète et aussi aux maladies cardiovasculaires.(Vague, 1947)

Depuis lors, d'innombrables études épidémiologiques et physiopathologiques ont documenté l'importance de l'obésité abdominale comme facteur déterminant de résistance à l'insuline, diabète, HTA, dyslipidémie morbimortalité cardiovasculaire. L'ensemble de ces études ont abouti à la notion actuelle du critère sélectif du SM.

Le terme syndrome métabolique fut reconnu en 1981 par Hanefeld et Leonhardt et c'est Gerald Reaven en 1988 qui introduit la notion du Syndrome X.

Gerald Reaven incrimine alors la résistance à l'insuline comme facteur étiologique commun des troubles du métabolisme. En plus de l'HTA, la définition du Syndrome X, il inclue l'altération de la tolérance au glucose, hyper insulinémie, des niveaux élevés des triglycérides et lipoprotéines de très basse densité (VLDL) et faible taux de lipoprotéines de haute densité (HDL).

Cependant le syndrome X ne retenait pas l'obésité abdominale comme critère de définition et l'excès d'adipocytes centrale a été ajouté par la suite comme une caractéristique clinique du SM par Norman Keplan (Kaplan,1989).

2 Les définitions du SM :

Il existe plusieurs définitions, on va aborder les quatre suivantes :

2.1 Définition originale de Reaven :

La description originale de Reaven en 1988 comprenait une constellation d'anomalies liées à l'insulinorésistance et à l'hyper insulinémie qui en résulte en tant que mécanisme de compensation face à la résistance cellulaire vis à-vis de l'action de l'insuline : un excès pondéral, une diminution de la tolérance au glucose, une hyper triglycéridémie, un abaissement du taux de cholestérol HDL et une HTA. Il est à noter que, dans sa version originale du syndrome X, Reaven, n'avait pas insisté sur le caractère androïde ou tronculaire de l'obésité (Reaven, 1993).

2.2 Définition de L'OMS :

Dans la définition retenue par l'OMS, un sujet est porteur d'un SM lorsqu'il présente une diminution de tolérance au glucose (pouvant aller jusqu'au diabète)

ou un hyperinsulinisme (évalué à jeun, marqueur d'une insulino-résistance) et au moins deux des anomalies suivantes :

- Une obésité centrale, définie par un indice de masse corporelle augmenté (IMC > 30 kg/m²) ou un rapport tour de taille sur tour de hanches élevé (> 0,90 chez l'homme, > 0,85 chez la femme).
- Une hypertension artérielle, définie par l'existence d'un traitement antihypertenseur et d'une pression artérielle élevée, c'est-à-dire > 160 mm Hg pour la pression systolique dans la proposition initiale (Reaven, 1993).
- Valeur ramenée à > 140 mm Hg dans la version officielle, ou > 90 mm Hg pour la pression diastolique.
- Une dyslipidémie : définie comme un taux accru de triglycérides (> 150 mg/dl à jeun) et/ou un taux abaissé de cholestérol HDL (< 35 mg/dl chez l'homme, < 40 mg/dl chez la femme).
- Une micro albuminurie : définie par une excrétion urinaire d'albumine > 20 µg/minute ou > 20 mg/g de créatinine (valeur augmentée à 30 mg/g de créatinine dans la version finale) (Geneva, 1999).

2.3 Définition du NCEP - ATP III américain :

L'expert du "National Cholestérol Education Program" américain a reconnu le syndrome métabolique comme un facteur de risque cardiovasculaire à part entière chez le sujet adulte (Scheen & Luyckx, 2003). Selon la définition retenue, on parle de SM lorsque trois des cinq facteurs de risque suivants sont présents :

- Une obésité abdominale estimée par une circonférence de la taille > 102 cm chez l'homme, et > 88 cm chez la femme.
- Une élévation des triglycérides à jeun > 150 mg/dl.
- Une diminution du cholestérol HDL < 40 mg/dl chez l'homme et < 50 mg/dl chez la femme.
- Une augmentation de la pression artérielle > 130 / > 85 mm Hg.
- Une élévation de la glycémie à jeun > 110 mg/dl.

2.4 Définition unifiée :

3 ou plus des facteurs suivants :

- Obésité abdominale, dépendante des populations et des pays.
- Hypertriglycéridémie, Triglycéride ≥ 1.70 m mol / l ou traitement. HDL : Homme < 1 m mol/l Femme < 1.3 m mol /l
- Tension artérielle, Systolique >13 mm Hg Diastolique > 85 mm Hg ou traitement antihypertenseur.
- Glycémie à jeun > 5.5 m mol ou traitement (Eckel et al,2010).

3 Prévalence et épidémiologie en Algérie :

En Algérie le taux de prévalence est de 26,33 %, indique une enquête médicale nationale dont les résultats ont été annoncés, à Alger, en 2008 lors du 2e congrès de la Société Algérienne de Médecine Vasculaire (SAMEV). Les conclusions de cette enquête réalisée dans 16 wilayas, sur la base d'un échantillon de 4818 personnes âgées entre 35 et 70 ans, ont été présentées par le docteur Atek Madjid, épidémiologiste auprès de l'Institut national de la santé publique (INSP), lors de la deuxième journée du congrès de la SAMEV. Parmi les questions prises en charge par cette enquête, le docteur Atek a cité celles relatives à l'origine sociale des familles et leurs niveaux de vie, les facteurs de prédispositions à ces maladies et l'examen clinique et biologique de la personne ainsi que les considérations liées à la nutrition, la pratique du sport et l'hygiène de vie des personnes ciblées. Selon cette enquête, le taux moyen d'atteinte par le SM est de 26,33 %, équivalant au taux moyen arrêté par la FID et qui se rapproche du taux de prévalence de cette maladie aux Etats-Unis, de 24,37 %, selon la Fédération américaine du diabète. Le docteur Atek précise que pour les hommes dont la tranche d'âge est située entre 35 et 70 ans, la prévalence est de 17,37 %, tandis que pour les femmes de la même tranche d'âge, elle est de l'ordre de 32,7 %. Pour la réalisation de cette enquête, il a souligné que l'indice du tour de taille a été pris en compte, soit 102 cm pour l'homme et 88 cm pour la femme, en plus de l'indice du taux de présence de cholestérol dans le sang, arrêtée à 40 ml/dl chez les hommes et 50 mg/dl chez les femmes et la hausse de la tension artérielle chez les deux catégories. Par ailleurs, cette étude a pris en charge le paramètre du tour de taille, selon les spécificités des régions, ce qui a donné, poursuit le docteur Atek, des tours de taille d'une moyenne de 88,31 pour les deux sexes, soit 88,01 pour les hommes et 88,52 pour les femmes.

Il s'avère, en outre, selon l'enquête, que le taux d'augmentation du poids est de 55,90 % pour les deux catégories, avec un taux de 66,52 % pour les femmes et 41,29 % pour les hommes. Cependant, cette enquête a arrêté le taux d'obésité au niveau national à 21,24 %, avec une incidence de 31,08 % pour les femmes et 9,07 % pour les hommes. A propos de l'hypertension, cette étude avance un taux national de 16,59 %, avec une prévalence de 18,60 % chez les femmes et de 13,77 % chez les hommes. Concernant le cholestérol, il s'avère selon la même source, que le taux national est de l'ordre de 4,57 %, soit un taux de 5,18 pour les femmes et 3,66 % pour les hommes.

Le constat pour le diabète établit le taux national à 9,29 %, soit un taux de 9,64% chez les femmes et 8,80% chez les hommes. Parmi les recommandations contenues dans cette enquête et citées par le docteur Atek, l'accent est mis sur le rôle à jouer par le médecin généraliste dans le diagnostic précoce de cette maladie et sa prise en charge, en plus de l'étroite collaboration entre l'équipe médicale pluridisciplinaire dans l'identification de la maladie. La définition du syndrome métabolique retenue par cette enquête est celle arrêtée par l'OMS, un groupe spécialisé européen, la Fondation internationale du diabète et l'Association américaine d'endocrinologie. Ainsi, cette définition explique le SM par l'ensemble d'anomalies métaboliques et de facteurs de risque vasculaire et les anomalies interconnectées, c'est-à-dire la présence d'une anomalie est, plus au moins, prédictive de la présence d'autres, d'où, selon le docteur Atek, l'hypothèse d'un syndrome commun à ces anomalies et facteurs de risque.

L'étude épidémiologique de 600 patients montre que la prévalence du SM selon les critères de NCEP/ ATP est de 42,66 % (plus élevé chez les femmes que chez les hommes : 27% femmes, 15,66% hommes). Cette prévalence est plus élevée que celle constatée dans la population algérienne par l'Institut national de santé publique (NIPH) présenté par le Dr Majid Atek, dont la prévalence était de 26,33%. Une enquête, réalisée en 2008, à la ville de Tlemcen sur un échantillon de 1088 sujets, montre que la prévalence du SM selon les critères du NCEP ATP III était de 17,4%. Les résultats obtenus indiquent que les femmes sont prédisposées au SM par rapport aux hommes, avec une prévalence 1,7 fois plus élevée chez les

femmes que chez les hommes. Une prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes a été rapportée par de nombreux chercheurs dans différents pays. Cela a également été confirmé par l'étude menée par l'épidémiologiste Atek (NIHP) précise que la prévalence de SM chez les femmes est 1,8 fois plus élevée (≈ 2) que celle observée chez les hommes. De plus, la distribution des différents composants du SM montre que la prévalence la plus élevée est celle du DT2 (76,83%) suivie de l'obésité abdominale (49,16%), de l'hypertension (49%) et de la dyslipidémie (29,5 %). Il y avait une différence remarquable dans la prévalence de l'obésité abdominale chez les deux sexes qui (36% d'hommes contre 60,30% de femmes. Année (12/2007 à 11/2008) : Pour cette année, l'enquête montre que l'incidence de SM est 1,9 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Année (12/2008 au 11/2009) : Cette année, l'incidence de syndrome métabolique est 1,5 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes

Un travail par Benmohammed et al. Publié dans *Diabète and Metabolism*, avait évalué les marqueurs anthropométriques pour la détection du SM chez les adolescents algériens. Le but étant d'établir une prévalence du SM en utilisant quatre définitions. Un total de 110 adolescents a été inclus, résidant à Constantine. 989 avaient accepté de subir des prélèvements sanguins. La prévalence du SM était de 2,6% chez les garçons et de 0,6% chez les filles. Elle avait monté à 13% chez les adolescents obèses. Les valeurs seuil d'un tour de taille > 80 cm, d'un rapport taille/taille et d'un IMC > 25 Kg/m² avaient des sensibilités de 72, 67 et 72%, respectivement, et des spécificités respectives de 74, 86 et 78%. Les auteurs concluent que le SM était fréquent chez les adolescents algériens, particulièrement les obèses (Slimani, 2014).

Enfin, Bekkouche et al. Avaient entrepris un travail de recherche explorant les effets du régime méditerranéen sur les patients algériens atteints d'un SM. 84 patients atteints d'un SM, parmi lesquels 36 avaient complété un régime nutritionnel durant 3 mois, ont été inclus et comparés à 18 témoins. Le régime suivait le style alimentaire méditerranéen. Les paramètres cliniques et biochimiques ont été recueillis par la suite. Les patients suivant le régime méditerranéen avaient significativement baissé leurs poids IMC, tour de taille,

rapport tour de taille, leurs pressions artérielles systolique et diastolique, glycémie, insulïnémie, cholestérolémie, triglycéridémie, créatininémie, ainsi que les enzymes anti oxydantes plasmatiques et plaquettaires. Les auteurs concluent que le seul contrôle alimentaire pouvait améliorer les paramètres cliniques et biologiques relatifs au syndrome métabolique (Slimani, 2014).

4 Les causes du syndrome métabolique :

Les causes du SM sont généralement mal connues mais font intervenir des facteurs génétiques et ceux liés à l'environnement.

Parmi les facteurs génétiques, on peut citer ceux déterminant la corpulence, la répartition de la masse grasse, l'hyperinsulinisme, les différents métabolismes (lipoprotéines). Les facteurs liés à l'environnement sont mieux connus et on décrit la sédentarité, le tabagisme, l'excès de calories apportées sous formes de lipides et de sucres ajoutés en particulier. De nombreux autres facteurs de découverte récente comme la présence des cellules inflammatoires au sein du tissu adipeux, des altérations de la sécrétion d'adipocytokines dont le rôle est à déterminer dans la physiopathologie du syndrome métabolique (Andreelli & Ziegler, 2005).

4.1 Obésité abdominale et conséquences inflammatoires :

Des données indiquent que le SM est précédé par un excès de tissu adipeux viscéral. C'est un paramètre clinique très intimement lié au SM, lui-même associé à un état pro inflammatoire. Une balance énergétique positive conduit au stockage de l'excès d'énergie dans les adipocytes qui montrent alors une hypertrophie et une hyperplasie. Le tissu adipeux étant un organe endocrine, son expansion induit une sécrétion accrue de médiateurs pro-inflammatoires et proathérogéniques comme la leptine, la résistine, le « Tumor Necrosis Factor α » (TNF α), l'interleukine (IL) -6, la « C-Reactive Protein » (CRP) et le « Plasminogen Activator Inhibitor-I » (PAI-I) ainsi qu'une sécrétion diminuée d'adiponectine (Wassink et al, 2007).

4.2 L'insulinorésistance :

L'équipe de DESPRES, explique ce syndrome par le mode de vie actuel basé sur une réduction excessive de l'activité physique et des apports caloriques en

augmentation, d'où une augmentation de la graisse péri-viscérale formée d'adipocytes de grande taille. Ceux-ci sont en 8partie résistants à l'insuline ce qui va induire des nombreux désordres métaboliques (Berdi, 2012).

4.3 Insulinorésistance et glycémie :

La résistance à l'insuline se définit comme un état de diminution de la réponse cellulaire et tissulaire en présence d'une concentration normale d'insuline ou comme une réponse normale au prix d'une insuliniémie élevée.

En effet, tant que la sécrétion de l'insuline par les cellules pancréatiques est suffisante pour contrer la résistance à l'insuline, la glycémie reste normale ou modérément altérée. Ainsi, le SM se traduit biologiquement par une hyperinsulinémie et une altération de la tolérance au glucose. Cette altération peut aller d'une intolérance jusqu'à diabète de type 2 avéré, ceci lorsque les capacités sécrétoires du pancréas sont dépassées. Cet état de résistance à l'insuline est proposé comme étant l'altération centrale responsable, non seulement des troubles de la tolérance au glucose, mais également des autres anomalies métaboliques (Lebovitz, 2002).

4.4 Insulinorésistance, adipocytes et dyslipidémie :

Les adipocytes péri-viscéraux chez les sujets ayant un SM possèdent une forte activité métabolique et sont plus résistants à l'insuline, ce qui favorise la lipolyse et la libération des acides gras non estérifiés. Ceux-ci gagnant le foie par la veine porte, vont favoriser la synthèse des VLDL qui aboutirait à une hypertriglycéridémie. Au niveau du tissu musculaire, cet excès d'acides gras libres va entraîner une résistance à l'insuline du fait de leur utilisation préférentielle par rapport au glucose. Les acides gras libres seront aussi responsables d'une stéatose qui pourrait altérer les fonctions hépatiques. Ainsi, l'excès du tissu adipeux péri-viscéral pourrait être responsable de l'insulinorésistance hépatique et musculaire. Aussi, l'augmentation du tissu adipeux péri-viscéral chez les insulinorésistants pourrait résulter d'une résistance à l'insuline au niveau musculaire. Ceci pourrait s'expliquer par la redistribution des substrats énergétiques du tissu musculaire vers le tissu adipeux (Brunt, 2001).

4.5 Intolérance au glucose :

Les défauts d'action de l'insuline dans le métabolisme du glucose entraînent des déficiences de la capacité de l'hormone d'une part à supprimer la production hépatique et rénale de glucose, et d'autre part à induire la capture et l'utilisation du glucose dans les tissus insulino-sensibles. La relation entre insulino-résistance et intolérance au glucose est bien connue : afin de compenser ses défauts d'action, l'organisme est capable de modifier la sécrétion et la clairance de l'insuline (Byrne et al, 1995).

5 Dyslipidémie

5.1 Modification du LDL-cholestérol :

Bien que le taux plasmatique du LDL apparaisse normal chez les patients ayant un SM, Les particules LDL de ces patients présentent des anomalies qualitatives susceptibles de jouer un rôle important dans le développement de l'athérosclérose et présentant un risque accru de la survenue d'accidents coronaires.

En effet, il y a une prédominance des particules LDL de petite taille, enrichies en triglycérides, ces particules s'accumulent préférentiellement dans les macrophages favorisant la promotion des cellules spumeuses, présentant une oxydabilité accrue et une plus grande affinité pour les protéoglycanes de l'intima facilitant ainsi leur rétention de la paroi artérielle. En outre ils réduisent la vasodilatation endothéliale induite par l'acétylcholine(Vergès, 2007).

5.2 Modification du HDL- cholestérol :

La diminution du taux plasmatique de HDL- cholestérol au cours du SM, apparait étroitement corrélée d'une part à l'hypertriglycéridémie et d'autre part à l'obésité.

En effet, la réduction du HDL-cholestérol est liée à l'accroissement de son catabolisme, en partie favorisé par une augmentation de l'activité de la lipase hépatique, enzyme en cause du catabolisme des HDL. L'augmentation des lipoprotéines riches en triglycérides, observée au cours du SM favorise via la CETP (Cholesteryl Ester Transfer Protein) le transfert des triglycérides vers les

HDL, ainsi, ces particules deviennent riches en triglycérides et seront d'excellents substrats pour la lipase hépatique, avec pour conséquence un accroissement de leur catabolisme. A côté de l'enrichissement en triglycérides, la diminution du taux plasmatique d'adiponectine pourrait intervenir directement dans l'accélération du catabolisme des HDL.

Il a été rapporté une corrélation très forte entre le catabolisme de l'Apo A - 1 des HDL et le taux plasmatique d'adiponectine, indépendamment de l'obésité abdominale, de la sensibilité à l'insuline, de l'âge, du sexe et du taux de lipides plasmatiques. D'après cette étude, la diminution du taux de HDL- cholestérol serait expliquée par la diminution du taux plasmatique d'adiponectine pour 43%, et par l'enrichissement des HDL cholestérol en triglycérides pour 19%.

Plusieurs mécanismes ont été proposés reliant insulino-résistance et HTA, mais leur pertinence clinique reste discutable. L'insuline a un effet vasodilatateur et affecte la réabsorption rénale de sodium. Il a été proposé qu'en situation d'insulino-résistance, l'effet vasodilatateur est perdu mais l'effet rénal est préservé. Cependant, la contribution de la résistance à l'insuline dans l'hypertension artérielle du syndrome métabolique reste modeste (Wannamethee et al, 2005).

6 Les complications associées au syndrome métabolique :

6.1 Risque de DT2 :

Le SM est fortement associé au développement du DT2 lui-même facteur de risque important de maladies cardiovasculaires, la présence d'une obésité androïde témoigne d'une insulino-résistance et augmente le risque du DT2 indépendamment de l'indice de masse corporelle (Lorenzo et al, 2003).

6.2 Risque de cancer :

Des méta analyses (2012) ont démontré que les personnes atteintes du SM étaient plus susceptibles de développer un cancer, en effet, il prédispose majoritairement, chez l'homme au cancer du foie, de la vessie, et chez la femme au cancer de l'endomètre, pancréas, du sein et colorectal (Esposito et al, 2005).

6.3 Risque de dysfonction sexuelle :

Une étude en 2005 conclut qu'en comparaison avec un groupe témoin, les patients atteints du SM avaient une prévalence accrue de dysfonctionnement sexuelle érectile (26,7% contre 13%) (Liévin, 2015).

6.4 Désordre respiratoire et apnée de sommeil :

Le syndrome d'apnée de sommeil se définit par la présence d'anomalie respiratoire nocturnes associées à une somnolence diurne. Sa forme obstructive ou syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) est liée à la survenue répétée d'obstruction partielle ou complète des voies aérienne supérieures à l'origine d'arrêt de respiration d'au moins 10 secondes. La présence conjointe d'un syndrome métabolique et des apnées obstructives de sommeil a été appelé (SYNDROME Z). Des données actuelles suggèrent que le SAOS ne peut pas juste être une comorbidité du syndrome métabolique, mais qu'un lien plus profond les unit. La corrélation entre le syndrome d'apnée obstructive de sommeil, hypertension artérielle et intolérance au glucose, et dyslipidémie a été démontrée dans la littérature : il existe bien une association indépendante du SAO aux différentes composantes du syndrome métabolique (ChenJ, 2004).

6.5 Risque rénal :

Le SM s'accompagne d'un risque accru du DT2 or, le DT2 et l'HTA sont deux facteurs de risques majeurs pour l'apparition et la progression de la maladie rénale chronique, il serait donc intéressant de démontrer que le SM est une cause indépendante de maladies rénales chronique. Chen et autres, en analysant les résultats de la base de données de la NHANE III sur plus de 6000 adultes ont constaté que le risque d'une micro albuminurie et de maladie rénale chronique (défini par un débit de filtration glomérulaire < 60 ml/ mol) est significativement plus élevé chez les patients présentant un syndrome métabolique et que le risque augmente progressivement avec le nombre de composantes du SM. Cette même étude révèle que des taux réduits de HDL-cholestérol ou des niveaux élevés de Triglycérides ont été indépendamment associés à un risque significativement accru de la maladie rénale chronique. L'obésité est également désignée comme un

facteur indépendant de dysfonctionnement rénal : le risque d'être affecté par une maladie rénale chronique est plus de 2 fois plus élevé chez les patients avec un tour de taille élevé ce qui suggère que l'obésité peut être un facteur de risque indépendant de maladie rénale chronique (ChenJ, 2004).

Conclusion :

En conclusion, le syndrome métabolique représente un défi majeur pour la santé publique en raison de son lien étroit avec des maladies psychosomatiques. La sensibilisation, la prévention et la prise en charge précoce sont des aspects clés pour réduire l'impact de ce syndrome sur la santé individuelle, psychique et la société dans son ensemble.

Préambule :

Toute recherche exige une méthode bien précise et déterminée c'est pourquoi ce chapitre comprend la méthode et les étapes adoptées, les techniques de recueil d'informations pour la réalisation de notre recherche sur le fonctionnement psychosomatique chez les personnes atteintes du syndrome métabolique.

1 Méthodologie et sa définition :

Il s'agit dans cette présente étude, de chercher à comprendre le fonctionnement psychosomatique des personnes atteintes du syndrome métabolique ; ce qui fait de l'approche clinique l'outil privilégié. Cette approche a comme objectif 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 :

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. Cette étude de cas est la méthode la plus utilisée en pratique clinique et vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes. Il s'agit de comprendre une personne dans sa propre langue dans son propre univers et en référence à son histoire, indépendamment des aspects de diagnostic ce qui favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relations entre les faits les événements passés et présents, etc (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003, p.11-12).

Le choix de la méthode dépend de la nature de la recherche et de la réalité à étudier. Donc nous avons choisi la méthode clinique qui nous semble la plus adéquate pour notre thème de recherche. 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. Ainsi selon D. Lagache « l'étude de cas est comme une observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme orientée vers la

totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation. Il ajoute que l'étude de cas permet d'établir un diagnostic et un pronostic et fournit une base rationnelle pour conseiller, traiter et éduquer le sujet » (J-L. Pedinielle & Fernandez, 2005, pp.59-61).

2 Le cadre temporel et spatial de la recherche :

2.1 Temps de la recherche :

2.1.1 Pré-enquête :

Nous n'avons pas fait une pré-enquête au sens propre du terme c'est-à-dire en tant qu'enquête portant sur un petit nombre d'enquêtes ou de documents pour tester les hypothèses et le questionnaire, avant d'entreprendre l'enquête elle-même (Grawitz M., 2004, p 333). Nous avons, par contre pris contact avec le terrain pour avoir une idée sur la disponibilité des cas et la possibilité de travailler avec eux.

Ce contact nous a permis d'avoir une idée sur le terrain d'enquête et de récolté plus de données concernant notre sujet de recherche, ce qui nous a aidés à revoir nos hypothèses et cela a plusieurs entretiens effectués avec la psychologue de service médecine interne aux siens de L'EPH Rachid Belhocine de Sidi Aich et aussi avec les médecins du service.

Tout d'abord on s'est présenté au niveau de l'administration et du psychologue en tant qu'étudiantes stagiaires en deuxième année master en psychologie clinique, après avoir eu l'accord du directeur, nous avons pris contact avec la psychologue, à qui nous avons présenté notre thème de recherche. Nous avons confirmé surtout la disponibilité des cas, avec l'accord des médecins traitants. Après toutes cette démarche, nous sommes arrivés à sélectionner deux cas avec qui nous avons terminé l'investigation psychosomatique, dans l'enquête.

2.1.2 L'enquête :

Notre enquête s'est déroulée au niveau de L'EPH de Sidi Aich. Du 30/04/2023 au 29/05/2023. A une fréquence de deux fois par semaine les deux premières séances ont été consacrées à l'entretien.

A la rencontre de nos sujets de recherche, nous leur avons expliqué l'objectif de notre recherche et nous avons demandé à chaque cas, s'il était d'accord de

coopérer avec nous en les rassurant sur le secret professionnel que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel, suite à quoi nous avons sélectionné ceux qui ont accepté.

Nous avons entamé les entretiens avec les patients dès qu'ils étaient disponibles nous avons préalablement, consulté leurs dossiers pour voir le taux de HDL et des Triglycérides.

Notre investigation est composée de deux techniques importantes: l'entretien clinique semi-directif et le test projectif TAT.

3 Le cadre spatial de la recherche :

Comme nous avons annoncé plus haut, notre recherche s'est effectuée au niveau de l'Établissement Public Hospitalier (EPH) de Sidi-Aich particulièrement à L'hôpital Rachid Belhocine au niveau du service de médecine interne pour une période d'un mois (Du 30 Avril au 29 Mai 2023) en raison de deux fois par semaine.

L'Établissement public hospitalier de Sidi aich (L'EPH), « Rachid Belhocine» est situé à 45kms du chef-lieu de la wilaya de Bejaia, au niveau de la zone haute de la ville de sidi Aich. Cet établissement public hospitalier, assure la couverture sanitaire d'une population d'environ 181264 habitants.

L'hôpital est constitué de dix services, il a été inauguré le 01 mars 1986 avec le déplacement humain et matériel de l'ancien hôpital de sidi Aich construit en 1965 actuellement reconverti en établissement de proximité de santé public (EPSP). L'EPH est le pôle stratégique dans la commune de Sidi Aich, vu qu'il emploie environ 400 personnes et constitue le support économique à ne pas négliger.

Cet établissement est doté d'un budget de fonctionnement et d'équipement dont les dépenses sont réservées pour le paiement des salaires, rappels, produits pharmaceutiques, etc... Quant aux recettes, elles proviennent de la participation de la population pour le paiement des radiographies et des analyses biologiques et les frais d'hospitalisation. Cet EPH couvre environ huit daïra pour 504 lits déversés en dix service.

4 Méthodes et techniques utilisés dans la recherche :

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

Nous avons adopté les outils de recherche incluant l'entretien clinique semi-directif et le test T.A.T, qui ont été effectués dans le bureau de la psychologue. La passation était dans la langue maternelle des patientes (le kabyle) vu que c'est ce qui est indiquée en clinique et aussi vu que les patientes ne comprenaient pas bien la langue française.

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

Notre étude, est basé sur un entretien « semi-directif, qui favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examinateur souhaite une réponse » (Chahraoui K. et Bénony H., 2003, p 32).

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

4.1.1 Guide de l'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions,

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

4.1.2 Présentation des axes du guide d'entretien :

Notre guide d'entretien se compose de dix (10) axes, chaque axe est constitué de questions en relation avec notre thème de recherche :

❖ Les renseignements personnels sur le sujet :

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

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

Les axes du guide de l'entretien :

AXE 1 : Axe du vécu de l'enfance

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

- Pourriez-vous me parler de votre vie ?
- C'est-à-dire de votre enfance, de vos parents, vos frères et sœurs ?
- Savez-vous si votre naissance était au 9^{ème} mois?

- Vous a-t-on dit comment était votre naissance ? était-elle naturelle ou par césarienne?
- Et votre allaitement, il était naturel ou artificiel ?
- Vous a-t-on raconté comment se sont passés les premiers mois après votre naissance ? Y a-t-il eu un événement important à cette période ? (Si oui : lequel)
- Pourriez-vous me parler de vous à la période de votre enfance, c'est-à-dire avec votre mère, votre père, vos frères et sœurs, les pairs en général ?
- Y a-t-il eu des séparations ?
- Pourriez-vous me parler des événements qui vous ont marqué ?

AXE 2 : Les relations

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

- Pourriez-vous vos relations à la maison ?
- Et de vos relations au travail ?
- Et de vos relations dans la vie en générale ?

AXE 3 : A propos des maladies

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

- Parlez-moi de votre état, comment vous sentez vous ? Avez-vous des problèmes de santé ?
- Avez-vous déjà consulté pour un ou des problèmes de santé ?
- (Si oui), qu'est-ce que le médecin vous a-t-il dit ?
- Quand est-ce que vous avez eu ce problème de santé ? C'est-à-dire comment est-il apparu ?
- A votre avis ce problème de santé est dû à quoi ?
- Y a-t-il des événements qui expliqueraient votre état de santé ?
- Comment vivez-vous votre problème de santé ?
- Avez-vous un ou des médicaments à prendre ?

- Faites-vous un suivi régulier ?
- Quelles sont les maladies que vous avez eues depuis votre enfance ?
- Est-ce que vous avez eu une ou des hospitalisations ?
- Si, oui, à quel âge et pour quel motif ? Ça a duré combien votre hospitalisation ?
- Comment ça s'est passé ? Et la guérison, elle était comment ?
- Avez-vous d'autres maladies ?
- Dans votre famille y a-t-ils ceux qui souffrent de maladie quelconques ?
- (Si oui), lesquelles ?
- A part ces maladies y a-t-ils d'autres ?
- La mère, le père, les frères, les sœurs, la grande mère, grand père, tantes, oncles, ont-ils eu des maladies ?
- Avez-vous eu des interventions chirurgicales ?
- Avez-vous eu des traumatismes ou des brûlures ? Accidents etc. ?

AXE 4 : vie onirique

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

- Dormez-vous bien ? Si c'est non : pourquoi ?
- Prenez-vous des médicaments pour dormir ? Si c'est oui lesquels ?
- Vous rêvez ? Si c'est oui : beaucoup ?
- Quels sont les rêves dont vous vous souvenez ?
- Quand avez-vous fait le dernier rêve ?
- Pourriez-vous me raconter ce rêve ?
- Pourriez-vous me dire qu'est-ce que vous pensez de ce rêve ?

AXE 5 : L'observance thérapeutique

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

- Quand vous ne vous sentez pas bien, consultez-vous un médecin ? Si la réponse est non : pourquoi ? Si la réponse est oui : régulièrement ?
- Quand vous tomber malade, en général, vous suivez bien votre traitement ?
- Avez-vous un traitement à suivre actuellement ?
- Comment ça se passe, c'est facile de le suivre ?
- Avez-vous un régime à suivre ?
- C'est facile de suivre ce régime ? Si la réponse est non: pourquoi ?
- Le médecin vous a-t-il 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? Comment ? (si la réponse est non : pourquoi ?)

AXE 6 : Qualité du vécu actuel du/ ou de la patiente

L'objectif de cet axe est de savoir la qualité de vie du/ ou de la patiente selon son vécu et de chercher d'éventuels traumatismes à l'origine de ses problèmes de santé.

- Parlez-moi de votre quotidien.
- Avez-vous des choses importantes ces jours-ci ? si la réponse est oui : pourriez-vous en parler ?
- Avez-vous des pressions en ce moment ? Si la réponse est oui : lesquelles ?
- Ces pressions sont-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, c'est-à-dire comment c'est arrivé ?

AXE 7 : Vie conjugale et sentimentale

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

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

AXE 8 : Les activités

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

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

AXE 9 : Les habitudes alimentaires

Le but de cet axe est de connaître les habitudes alimentaires du/ ou de la patiente et est ce qu'il ou elle a de mauvaises habitudes qui sont susceptibles de nuire à sa santé. C'est-à-dire connaître s'il y aurait des indices allant dans le sens de fragilités et fixations orales.

- Pourriez-vous me parler des choses que vous aimez manger ?
- Quelles sont les choses que vous mangez souvent ? Et les boissons ?
- Avez-vous des boissons préférées ? Si la réponse est oui : lesquelles ?
- Avez-vous fumé dans le passé ? Et maintenant ?
- Avez-vous des choses à me dire sur vos habitudes alimentaires dans le passé ? Et maintenant ?

- Prenez-vous du café noir ? (Si oui) beaucoup ? combien de tasses par jour ? pouvez-vous, vous en passer ou avez-vous des signes de gêne en l'absence de la prise du café ?
- Et le thé ? prenez-vous beaucoup de thé ?
- Êtes-vous plutôt friande du sucré ou du salé ? pourriez-vous nous donner des détails ?
- Avez-vous des choses à ajouter par rapport à vos habitudes alimentaires ?

AXE 10 : Projection dans l'avenir

Le but de cet axe est de savoir si le /ou la patiente, arrive à se projeter dans l'avenir ; car pouvoir imaginer son avenir et s'y projeter est un indice important de la qualité du fonctionnement psychosomatique.

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

Remarque

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

4.2 Thématique apperception test (TAT) :

Le T.A.T a été élaboré par l'américain **Henry Murray**, médecin-biologiste et psychologue, en 1935. Pour Murray, les histoires inventées par le sujet, s'identifiant forcément au personnage principal de la planche, traduisaient son mode de relations réel avec son environnement familial et social. Par la suite, différentes écoles psychanalytiques françaises (dont celle de Vica Shentoub), ont fait une relecture pour distinguer le contenu manifeste des planches de leur contenu latent, repérer les processus de défense et de dégagement à l'œuvre dans la construction du récit. Pour les psychologues se référant à la psychanalyse, la

situation projective permet le déploiement de processus psychiques complexes. Le sujet, confronté à un matériel flou et ambigu chargé de contenus latents, connote ses réponses, par un mécanisme de projection, d'éléments relevant de sa vie fantasmatique et inconsciente.

4.2.1 La situation TAT :

Morgan et Murray publient une première ébauche du TAT en 1935, et Murray, trois ans plus tard, se sert des résultats obtenus pour écrire son livre « Explorations de la personnalité ». Mais ce n'est qu'en 1943 que sera publiée la forme définitive de l'épreuve, un jeu de 31 planches et un manuel d'application. Médecin et biochimiste de formation, analysé par Jung, puis par Alexander, Murray se donne pour projet de proposer une base « scientifique » à son « test », en validant un inventaire qu'il souhaite exhaustif des « variables de la personnalité » (Chabert, et Brelet-Foulard, 2003, p.3).

Ce test peut être proposé dans toute situation impliquant ou nécessitant un examen psychologique se donnant pour objectif l'investigation approfondie du fonctionnement psychique d'un individu. V. Shentoub (1990), définit le procédé TAT comme « l'ensemble de mécanismes mentaux engagés dans cette situation singulière où il est demandé au sujet d'imaginer une histoire à partir de la planche, autrement dit de forger une fantaisie à partir d'une certaine réalité », ce test est véhiculé d'une consigne au départ : « Imaginer une histoire à partir de la planche » (Shentoub et coll, 1990, p.26-35).

A l'exception de la planche 16 où on reformule la consigne qui est complètement différente de la première : « Jusqu'à présent, je vous ai montré des images qui représentaient des personnages ou des paysages, je vous propose maintenant cette planche qui est la dernière : vous pourrez me raconter l'histoire que vous voudrez » (Shentoub et coll, 1990, p.62).

4.2.2 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. Les images sont plus structurées que celles du test du

CHAPITRE IV : PROCEDURES METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE

Rorschach, l'édition originale comprenant 31 planches. Par la suite, V. Shentoub, 1990, a procédé à une sélection de 18 planches à partir de ces 31 planches. Ces planches sélectionnées sont considérées comme les plus pertinentes et les plus significatives (Shentoub, 1990).

L'ordre de présentation des planches doit être respecté, la planche 16 devant être proposée à la fin de la passation. Le déroulement de l'épreuve du TAT confronte le sujet à une modification du stimulus, les planches allant des situations les plus structurées aux moins structurées : les dix premières planches, plus figuratives, représentent des personnages sexués, alors que les planches 11, 19, et 16 ne renvoient pas à des objets concrets bien définis.

Le tableau suivant illustre l'ordre de présentation des planches en fonction du sexe du sujet que nous avons emprunté à V. Shentoub (Shentoub, coll,1990, p. 39).

Tableau N°1 : l'ordre de présentation des planches en fonction de l'âge (adulte/enfant) et du sexe (féminin/masculin) :

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

4.2.3 La consigne :

La consigne de TAT est la suivante : « Imaginez une histoire à partir de la planche », est donnée au départ et n'est pas répétée. A l'inverse de la méthode de H. Murray, il n'y a pas d'enquête sur chaque planche à la fin de la passation mais, au cours de la passation, face à un sujet très inhibé et/ou chez qui le malaise est grand, des questions peuvent être posées » (Chabert, et coll. 2003, p.35).

Cette consigne elle pose au sujet une contradiction plus au moins difficile à accepter et à surmonter, il s'agit en effet « d'imaginer », ce qui suppose une baisse du contrôle, et en même temps de prendre en compte les éléments de réalité (le matériel), ce qui suppose le maintien d'une certaine vigilance (Anzieu et Chabert, 1987, p.137).

4.2.4 Le temps :

Classiquement, on tient compte des caractéristiques temporelles de la passation. On mesure en effet le temps de latence, c'est-à-dire le temps écoulé entre la présentation de la planche et le moment où le sujet commence à parler ; on mesure également le temps total par planche, c'est-à-dire le temps écoulé depuis la présentation de la planche jusqu'à la fin du récit raconté par le sujet.

5 Présentation du groupe de recherche :

Nous avons effectué notre recherche auprès de deux cas, dont une femme âgée de 54 ans et une autre de 45 ans. 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 syndrome métabolique.
- 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.

- Il n'est pas important que les cas aient les mêmes symptômes.

5.2 Caractéristiques du groupe d'étude :

Comme nous l'avons indiqué précédemment, notre groupe de recherche est constitué de 2 cas dont deux femmes la première a 54 ans et la deuxième 45 ans.

Tableau N° 2 représentatif de notre population d'étude :

Prénom	Age	Niveau scolaire	Fonction	Nombre d'années de mariage	Nombre d'enfants	L'année de l'apparition de la maladie
Djamila	54 ans	3 ^{ème} AS	Femme au foyer	35 ans	5 filles	2020
Malika	45 ans	5 ^{ème} primaire	Femme au foyer	22 ans	2 filles	2010

Tableau N° 3 variables paracliniques du cas Djamila

Paramètres	Résultat	Valeurs normales
Glycémie	0,94	0,60 - 1,10 g/l
Triglycérides	2,70	0,40 - 1,60 g/l
H.D.L	0,20	0,35 – 0,65 g/l

Tableau N°4 variables paracliniques du cas Malika

Paramètres	Résultat	Valeurs normales
Glycémie	0,96	0,60 - 1,10 g/l
Triglycérides	2,82	0,40 - 1,60 g/l
H.D.L	0,25	0,35 – 0,65 g/l

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 et aussi nous avons pu appliquer le TAT avec deux cas que nous avons nommé Djamila et Malika.

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 son vécu passé et présent.

À la fin de la pratique et avant de dire au revoir au cas, nous lui demandons ce qu'elles ressentent et est ce qu'il y a des choses importantes dont elles veulent parler et dont nous n'avons pas parlé ? À la fin, nous remercions chaque femme pour sa participation à la recherche et leurs disons au revoir.

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 de l'entretien, 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 méthode de Vica Shentoub pour l'analyse du TAT (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 problématiques.

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 Behavioral Medicine 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.¹
- La deuxième raison est une conséquence de la première : c'est-à-dire en l'absence d'un outil pour vérifier la fragilité de nos cas par rapport à la construction du moi des premières années de vie, nous avons pensé utiliser un test projectif abordant ces fragilités, à savoir le 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

• ¹ En effet, les frais exigés par les droits d'auteurs, allaient au-delà des moyens des étudiantes.

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.

7.2.2.1 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 fantasmatisée, 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)

7.2.2.2 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 Les problématiques œdipiennes :

- **La planche 1 :** Renvoie préférentiellement « à l'identification à un individu jeune en situation d'immatunité 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'immatunité actuelle de l'enfant et la possibilité de s'en dégager dans un projet d'indentification. 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 apparait dans l'évocation primitive, ou par le désir de séparer le couple parentale » (Anzieu D., et Coll., 2004, P. 153-154).

7.2.2.4 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).

7.2.2.5 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 risques 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 beaucoup d'entretiens clinique 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.

Conclusion :

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.

Introduction

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 passeront à l'analyse du TAT. Nous présenterons le cas Djamila (54ans) puis le cas Malika (45ans).

1 Présentation et analyse du cas Djamila :

1.1 L'entretien clinique du cas Djamila :

1.1.1 Informations personnelles :

Prénom : Djamila

Age : 54 ans

Sexe : Femme

Niveau scolaire : 3^{ème} AS

Fonction : Femme au foyer

Situation familial : Mariée

Nombre de frères : 7

Nombre de sœurs : 4

Rang dans la fratrie : Cadette

Nombre d'enfants : 5 filles

Djamila est une dame âgée de 54ans, femme au foyer, d'un niveau d'instruction secondaire rencontrée à l'EPH de Sidi Aich (Rachid Belhocine), elle paraît en surpoids très fort (obèse), dès que nous lui avons demandé de nous parler d'elle et de son histoire elle parle directement et spontanément.

Djamila est mariée depuis 35ans, d'un mariage traditionnel et qu'elle a accepté, elle dit qu'elle a une bonne relation avec lui, ils s'entendent bien et elle dit : « on a confiance l'un pour l'autre, on se respecte, c'est l'essentiel, sauf qu'avec la différence d'âge chacun comment il pense ».

Elle a 5 filles, un garçon né prématuré et mort après 3 mois, Aussi, elle a subi l'avortement spontané.

Djamila nous dit qu'elle a vécu dans une famille simple une vie normale, avec des frères et sœurs et demis frères, elle nous a raconté qu'elle a vécu un

mauvais évènement durant son enfance : « Je me rappelle quand j'étais petite, je suis tombée gravement malade pendant 6 mois et les médecins disaient à mes parents qu'il n'y avait rien d'anormal, et je suis guéri grâce à ma tante qui m'a récité le coran, ça m'a beaucoup aidé ».

Sa naissance était au 9^{ème} mois, d'un accouchement naturel, l'allaitement aussi était naturel.

Elle a des problèmes de santé, la tension, le diabète, l'obésité, le cholestérol, les triglycérides tjrs élevées. Elle consulte le médecin, des fois il lui dit les résultats sont biens et des fois non. La tension est apparue quand sa mère est décédée, elle était choquée, aussi quand son mari a fait un accident, il était hospitalisé pendant plus de 3 mois, le diabète s'installe juste après ces événements. Elle dit que c'est héréditaire aussi par ce que ses parents avaient la tension. Elle dit qu'elle pense que ce problème de santé est dû à l'alimentation, l'hygiène de vie et le stress.

Dans sa famille, sa mère avait le cancer, la tension aussi, son père avait le diabète et la tension.

Elle dit que la maladie de sa mère était un choc pour elle, elle était très attachée à sa mère, elle dit « ma mère était une brave et courageuse femme » avec les larmes aux yeux. Un 2^{ème} choqe quand son mari a fait un accident.

A l'âge de 20 ans Djamila a eu un enfant prématuré et décédé après 3 mois parce qu'il n'y avait pas de couveuses (manque de matériel) elle dit que c'était très difficile pour elle de perdre cet enfant.

Hospitalisée pendant 15 jours quand elle était enceinte y avait des risques d'avortement et elle dit que c'est a cause de l'excès d'activités physiques. Une hospitalisation pendant 3 jours aussi quand elle a fait une Hystérectomie. La guérison lui a pris un mois. Elle n'a jamais eu d'accidents, sinon des blessures et brulures légères.

Pour le sommeil, Djamila dit avoir du mal pour s'endormir, elle a des insomnies à cause du stress, des fois quand elle a quelque chose en tête qui la préoccupe, ça l'empêche de dormir.

Elle ne prend pas des médicaments pour dormir, elle boit des tisanes seulement.

Elle fait beaucoup de rêves, les cauchemars rarement. Elle voit des fois des rêves ordinaires de la vie quotidienne, et des fois des choses qui ne peuvent pas se produire, son dernier rêve c'était hier, elle dit : « j'ai rêvé de mon frère, comme s'il est venu chez moi, il n'était pas bien, il me faisait pitié, comme si je cherchais quoi lui donner j'ai pas trouver ». Elle pense que c'est par ce que ça faisait longtemps qu'elle ne l'a pas vu alors elle a rêvé de lui.

Djamila dit qu'elle consulte le médecin quand elle souffre, quand c'est léger elle prend des calmants. Elle suit bien son traitement, c'est devenu une habitude pour elle. Et elle suit un régime alimentaire, elle ne mange pas de sucreries, les pâtes... etc. elle dit que c'est très dur à suivre donc des fois elle néglige son régime.

Pour son quotidien, Djamila dit qu'elle vit une routine et qu'il n'y a rien de spécial dans son quotidien, Elle dit : « Je me réveille tôt, je prends mon café, je fais la prière, je fais le ménage et je prépare à manger, quand je termine je regarde la télévision ou je prends mon téléphone regardant les vidéos sur Facebook ».

Djamila pense trop à ses filles, elle dit : « Inch'allah ma petite fille aura son Bem» elle ajoute : « J'étais très heureuse quand ma fille était partie en France pour continuer ses études, par ce que là-bas elle aura un bel avenir, aussi quand ma fille l'ainée s'est mariée, je me souviens aussi j'ai pleuré de joie quand on a acheté une voiture ».

La mort du père de Djamila l'avait vraiment choqué, il a fait un arrêt cardiaque. Elle dit : « après tous ce que j'ai vécu c'est parmi les causes de mes maladies, ils ont déclenché les maladies, mais aussi y a le coté héréditaire parce que mes parents avaient ces maladies ».

Djamila dit qu'elle ne fait pas du sport, malgré que le médecin le lui conseille souvent.

Elle dit qu'elle a de bonnes relations avec son entourage, sauf que des fois elle n'aime pas parler du tout disant qu'elle s'énerve facilement quand le sujet ne lui plait pas elle présente des pic d'hypertension.

Elle dit qu'elle aime trop manger, surtout quand elle regarde des séries, elle préfère les plats traditionnels. Et mange souvent les légumes et n'aime pas les boissons, à part l'eau. Elle dit avec tristesse : « Dans le passé je mangeais tous ce

CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

que je voulais sans condition, pas comme maintenant, je me prive de pleins de choses à cause de ma santé ».

Djamila n'a jamais essayé de fumer ni dans le passé ni dans le présent. Elle souhaite vivre en bonne santé avec sa famille, et que ses filles aient un bel avenir.

A la fin de l'entretien, Djamila nous a avoué qu'en évoquant le passé, ça lui a fait rappeler les blessures et les sentiments ressentis, mais ça lui a fait plaisir d'en parler, elle dit : « je n'ai jamais raconté tous ces détails de ma vie à quelqu'un » et elle termine en nous souhaitant « bon courage ».

➤ **Tableau synthétique des évènements de vie et des troubles psychosomatiques du cas Djamila**

Commentaires	Evènement de vie	Dates ou âge	Troubles somatiques
	Naissance de Djamila	1969	
Selon elle (à cause du mauvais œil), « Guéri » par la lecture du Coran (Rukia)	elle parle du mauvais œil	A l'âge de 14ans	Hospitalisation Les douleurs au niveau du ventre Manque d'appétit Perte du poids Les maux de tête
Un mariage traditionnel, auquel, elle a consenti	Mariage	19 ans	
Dit que c'est à cause d'absence de matériels (couveuse)	Accouchement d'un garçon né prématuré qui meurt après 3 mois	20 ans	Parle d'un grand choc.

CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

Excès d'activités ménagères pendant la grossesse	Grossesse très mal vécue, beaucoup de fatigue.	21 ans	Grossesse a risque, douleurs, perte de sang
	Mort de son père	1995 26ans	
	sa dernière grossesse	38 ans	Hypertension artérielle
Elle dit que tous les problèmes de santé qu'elle a eu ont commencé suite à la perte de sa mère et à l'accident de son mari. Mais aussi aux problèmes héréditaires.	Hospitalisation du mari	2008	HTA
	Accident de circulation	A 39ans	Diabète
	Le décès de sa mère		
Elle ne savait pas qu'elle était enceinte, l'interruption spontanée lorsqu'elle était aux toilettes.		2016	Fausse couche (3mois de grossesse) Des douleurs dans le bas du dos, des crampes ressemblant aux douleurs des règles
	Hospitalisation	2018	Hystérectomie. Les kystes dans l'utérus, Douleurs et infections à répétition
Consommation de sucreries	N'a pas un bon régime alimentaire	2020	la tension, le diabète, l'obésité, le

Excès de consommation nourriture			cholestérol, les triglycérides tjrs élevées
--	--	--	---

1.1.2 Evaluation de la santé et du risque psychosomatique de Djamila

Pour évaluer le risque psychosomatique de Djamila, nous suivons le cadre proposé par le Pr. Stora, mis au point de 1993 à 2011 (cf annexe N° 1). Le protocole du TAT pourra nous aider dans notre évaluation, notamment à la vérification des assises identitaire et narcissique de Djamila. En effet le TAT révélera ce que vérifie aussi la grille citée plus haut (c'est-à-dire la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique, version 2011), à savoir la notion de Relation d'Objet, primordiale en psychosomatique. C'est-à-dire selon que l'objet ait été ou non introjecté par le bébé, et la manière dont il l'a été, vont être déterminants dans la structure psychique du patient.

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

Dans les premiers temps de sa vie, Djamila est accueillie par une Mère qui avait des problèmes de santé, à savoir l'hypertension. Il y a donc tout lieu de penser qu'il y a eu carence maternelle dès le départ. Djamila, ne se souvient pas beaucoup de son enfance et on ne lui a pas beaucoup parlé de cette période de sa vie, mais nous pouvons imaginer qu'avec ses problèmes de santé, elle devait être parfois indisponible et pour une durée insupportable, ce qui n'a pas permis à Djamila d'installer un objet total, de l'intérioriser puis de s'en différencier.

Djamila est donc restée au stade pré objectal (151), ou position schizo-paranoïde selon Mélanie Klein. Djamila, n'a sans doute pas pu atteindre la position dépressive, selon toujours Mélanie Klein. En effet, c'est à cette phase que le sujet va être en mesure de se séparer de l'objet une fois bien introjecté, et pouvoir ainsi devenir autonome, condition nécessaire pour pouvoir établir des relations interpersonnelles sur de bonnes bases.

Djamila ne paraît pas dans la fusion du tout premier temps de la vie, cependant, elle est en dépendance totale de son environnement (de sa famille, puis de son mari). On va dire, qu'il y a eu séparation avec l'objet, mais en même temps dépendante de lui. C'est-à-dire que probablement, l'objet interne n'a pas été mis en place. Cette situation, fait que construire sa vie est possible pour Djamila mais cela a une condition : avoir des objets auxquels s'accrocher. Cette recherche de dépendance, d'ailleurs, trouve aussi sa satisfaction dans la dépendance de la nourriture et des sucreries (presque addiction) (615).

Une importante dimension masochique (160) caractérise Djamila qui n'exprime pas du tout ses pulsions agressives.

Quant à l'épaisseur du préconscient, Djamila est capable de passer du présent au passé, mais elle a des souvenirs incomplets liés à l'enfance. Malgré notre relance du discours sur certaines thématiques relatives à son passé, elle est restée peu précise sur ses souvenirs. Seuls quelques "flashes" apparaissent, indiquant qu'à ce moment de leur vie c'était très difficile et elle résume cette période à un traumatisme qui l'a marquée à savoir son hospitalisation à l'âge de 14 ans.

Nous n'avons donc pas remarqué de liens entre les perceptions et les affects, il y avait des lacunes dans la régulation préconsciente (161) sont "des déficiences quantitatives et qualitatives dans les perceptions psychiques ainsi que des déficiences dans les connotations affectives des perceptions. Ces déficiences sont attribuées soit à un soutien émotionnel excessif et/ou insuffisant de la mère". On peut supposer que la maladie de sa mère (HTA) et les enfants nombreux à sa charge, rendait « le holding » de la mère de Djamila, insuffisant et, donc, faisant d'elle une mère plus ou moins indisponible.

A l'enfance elle dit qu'elle était élevée dans une famille simple (à la limite de la pauvreté). Djamila, n'aborde pas du tout sa relation avec ses frères et sœurs, elle se contente de les compter et n'aborde pas du tout sa relation avec sa mère ni avec son père. Ne parle pas de la relation qu'il y avait entre sa mère et son père.

Suite à sa maladie, non diagnostiquée par les médecins, et suite à son hospitalisation, elle dit être très angoissée et elle avait très peur pour sa vie, elle avait 14ans. En fait, c'est sa tante, qui lui a récité le Coran (Rukia), qui l'a « guérie ». Il semble que cet épisode immensément traumatique, l'ait marquée à vie.

On voit des compensations orales, par l'ingestion, quasi quotidiens, de grandes quantités de nourriture traditionnelle, et aussi des gâteaux et sucreries.

Il y aurait probablement une perte progressive de l'intégration narcissique, c'est pourquoi la peur de la maladie est si élevée chez elles "Les symptômes physiques ressemblent à une attaque narcissique, dit Stora.

Djamila 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 dangereuses.

En effet, Selon l'approche de Stora, si le corps n'est pas assez fort, la maladie commence à apparaître. 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. Djamila, passera des maladies touchant la sphère digestive (Boulimie), qui va peut-être dans le sens d'un déplacement de la culpabilité vers la sphère orale, et aussi vers l'appareil génital (fausse couche, hystérectomie, saignements pendant sa grossesse), qui touchent directement son identité de femme (Axe 1C de la grille de J-B. Stora), puis cardiovasculaire (syndrome métabolique). Il s'agit donc d'un masochisme fatal qui conduira à la désintégration des pulsions, si Djamila n'est pas prise en charge et si le milieu reste le même (159).

Axe 1 B : États psychiques et événements de vie personnelle

Djamila est sous l'emprise d'une charge liée aux chocs continus (209). Son hospitalisation à l'âge de 14ans et surtout l'explication surnaturelle de son état, la perte de son premier bébé de 3mois à 20ans, la mort de son père à 26ans, le grave accident de son mari à 39ans et la mort de sa mère au même âge (39ans). Néanmoins, Djamila, vit dans un milieu stable actuellement, son mari est décrit comme quelqu'un de confiant et respectueux. Elle dit qu'elle s'investie pour l'avenir de ses filles.

Elle dit que son mari est bien mais vu la différence d'âge chacun a ses idées. On se pose la question sur ce point que voulait-elle dire ? Cette expression ne cacherait pas en ayant recours à l'intellectualisation, une mésentente qu'elle essaie d'éviter ?

Djamila, n'exprime pas son agressivité, elle raconte comme un fait banal, par exemple le fait que son bébé soit victime de manque de moyens à l'hôpital. Elle exprime très peu ses appréhensions et on se trouve devant une légitimité de nous poser la question sur la pulsion agressive et son destin chez Djamila (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 Djamila, ne pratique aucune activité sportive et n'a aucune activité sublimatoire et elle est noyée dans des tâches quotidiennes.

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

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

Une importante dimension masochique (160) caractérise Djamila qui met une limitation importante à ses pulsions agressives.

Axe 1 C : points de fixations-régression

Djamila a une dominance orale, parlant beaucoup. Elle dit qu'elle aime beaucoup manger, surtout les plats traditionnels, et mange beaucoup de sucreries et qu'elle craque parfois et ne suis pas son régime. Alors elle dit qu'elle mange beaucoup, surtout quand elle suit les feuilletons. On peut donc parler ici de fixations orales (303).

Néanmoins, on peut parler d'un noyau masochique, qui permet à Djamila de vivre sa vie (la subir ?), et qui se voit dans sa capacité à supporter un certain niveau de stress quotidien. Pour l'instant, on peut parler de **masochisme de vie (160)** et non d'un masochisme de mort, ceci est valable tant que sa vie est calme, mais les éventuels traumatismes que la vie réserve, ne peuvent être sans danger pour elle.

Ses deuils difficiles, son incapacité à élaborer les événements, le manque d'expression des affects dans son discours, la pauvreté des représentations psychiques et des souvenirs d'enfance, les imprécisions et erreurs importantes quant aux dates marquantes de sa vie (en effet nous avons eu du mal à reconstruire la chronicité des événements de sa vie, tant les souvenirs n'étaient pas précis en date ni en fait), la difficulté à s'exprimer, son malaise devant des certaines situations qui l'oblige à préférer rester seule, etc., marquent chez Djamila une **importante pauvreté du Préconscient (161)**.

En effet, selon la psychosomatique intégrative, ce fonctionnement préconscient de l'adulte repose sur le système de représentations établi dans la petite enfance, «les insuffisances sont liées le plus souvent à une indisponibilité affective de la Mère vis-à-vis du jeune enfant, soit si celle-ci a traversé des phases de dépression, soit si ses occupations l'ont éloignée de l'enfant », ce que l'on retrouve dans la petite enfance de Djamila est surtout la maladie de sa mère par l'hypertension, mais nous n'avons pas beaucoup de détails sur la qualité du Holding de cette mère.

Le « tout était bien » ou « tout était normal » qui revient souvent chez Djamila, la protège d'un objet mal intégré, lui permettant de supporter vivre sa vie et ne rien remettre en cause, car justement aborder ce manque, est susceptible de la déstabiliser. On a l'impression qu'elle est dans l'exécution et l'opérateur. Djamila, n'a jamais raconté sa vie avant l'entretien avec nous, elle dit que c'est la première fois qu'elle aborde tous ces sujets, mais que ça lui a fait du bien. Elle dit qu'elle a ressenti du bonheur quand sa fille est partie en France, pour un meilleur avenir et aussi quand sa fille aînée était mariée mais elle dit qu'elle était très heureuse quand ils ont acheté une voiture.

La notion de faiblesse du Préconscient est particulièrement importante en psychosomatique ; en effet, comme nous le recommande P. Marty, cité par Ghislaine Barth - de Rougé, 2009, « le psychosomaticien doit toujours porter une grande attention au fonctionnement de la première topique freudienne dans la mesure où celle-ci est considérée comme « le rouage central de la machine mentale ».

Dans « Métapsychologie » de S. Freud, la première topique décrit un fonctionnement mental organisé autour de la nécessité de maintenir une tension d'excitation constante, homéostatique, au sein de la psyché. (La seconde topique, elle, définissant les instances de la personnalité : Moi, Ça et Surmoi.) La première topique est donc considérée comme un aspect du fonctionnement de la seconde, laquelle s'établit selon les caractéristiques propres à chaque individu » (P. 18).

La seconde phase du stade anal signe la maturation de la première organisation topique. Nous avons constaté une fragilité de cette organisation chez Djamila.

Le trait de caractère le plus saillant est sans doute le **trait de caractère oral (405)**

Axe 1 D : mécanismes de défense

Djamila utilise en priorité un mode de défense par **clivage de l'objet (382)** et **identification projective (383)²**.

² En référence aux phases : schizo paranoïdes et position dépressive, décrite par Mélanie Klein.

Djamila investit la pulsion orale et la pulsion scopique en mangeant et en pratiquant à outrance télévision et son tel portable. Ces deux nourrissages, nous interpellent sur la place qu'ils occupent dans le fonctionnement de Djamila, sont-ils une manière de remplir un vide ? une manière de chercher à exister ? Surtout qu'en ce qui concerne l'alimentation, elle semble addictive et entraîne les troubles métaboliques. Cette fixation représente une immobilisation aux fonctions pulsionnelles orales correspondant à ce stade infantile de développement. Il y a là une fixation passive orale (356).

On remarque une collaboration dans l'apparence avec la psychologue et déni de la maladie. Comportement d'ignorer tout sur ses maladies. C'est un mécanisme de défense primitif (J.B.Stora, 2015) qui est lié à la relation au corps et au problème de la formation d'une image psychologique et neurologique du corps. Il ajoute qu'on peut parler de "recherche inconsciente de dépendance" à l'aidant, c'est-à-dire à la mère, car le ou la psychologue joue le rôle de la mère dans la protection de l'excitation du patient : dans notre relation avec Djamila, elle paraît souriante et coopérant dans l'apparence seulement.

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".

La 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

Djamila, est de type oral (405). Dans sa relation avec les autres, on remarque que son rôle d'une bonne mère (avec son mari et ses enfants), est le plus apparent. Avec toutes ses maladies, Djamila est préoccupée par la réussite de sa fille au BEM et aussi de l'avenir de ses enfants. On se pose la question s'il ne s'agit pas d'un besoin primitif du moi auquel on n'a jamais répondu, qui répondrai à un faux self,

comme le souligne Winnicott, ce Moi qui cède toujours aux demandes et aux besoins des autres au détriment de ses propres besoins.

Axe 1 F : activités sublimatoires

En termes d'activités sublimatoires les éléments, fournis, par Djamila, sont très pauvres. Djamila passe son temps à faire des tâches ménagères et à regarder les vidéos sur Youtube. Elle aborde sa spiritualité comme un rituel (elle se lève tôt pour faire la prière), cette dimension ne semble pas la soutenir suffisamment et sa croyance relève plus d'un rituelle et croyance commune que d'un appel à une puissance divine prévenante. Dans l'ensemble du discours de Djamila, il n'y a rien qui relève d'une vie spirituelle. Par ailleurs, elle ne pratique pas de sport, n'aime pas rendre visite aux autres, et ne sort de la maison que pour un motif urgent.

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

Axe 2 : comportements et manifestations corporelles dans la relation

Nous avons déjà relevé que Djamila manifeste dans son comportement un déni de réalité (454) manifesté par exemple dans le fait qu'elle ignore ses douleurs ce qui la met souvent en danger. Djamila, souffre de récurrences de troubles physiques (470), puis, enfin, de l'identité (467) (dans sa fonction première dans la dimension identitaire féminine : des maladies touchant la sphère de l'appareil reproductif féminin). L'accouchement prématuré de son premier enfant, va la priver d'avoir un garçon (tel qu'elle le souhaitait et pour lequel elle dit qu'elle a beaucoup souffert de cette perte).

Axe 3 : expression des affects

Le discours de Djamila est pauvre en affects elle est soumise à une vie opératoire, Néanmoins, on remarque qu'elle pleure en évoquant la mort de sa mère. Son fonctionnement est soumis à la désorganisation progressive. Ses représentations mentales ne sont pas liées (510) la réalité externe domine l'intériorité chez elle. Il est clair que Djamila a souffert tout au long de ses maladies de fatigue (511), mais ne se plaint pas extérieurement.

Axe 4 : Environnement personnel, familial et socio professionnel

Djamila a évolué dans un environnement familial troublé depuis l'enfance (601), sa mère qui était malade était certainement incapable de répondre adéquatement aux besoins de ses enfants, malgré que Djamila, dise que tout allait bien. Cette expression permanente que tout allait bien est une manière d'éviter d'aborder un sujet trop angoissant pour elle : Par exemple, elle aborde le départ de sa fille en France, en évitant complètement de parler de cette séparation, l'intellectualisation par référence aux valeurs sociales a rendu le discours court et plaqué et n'aborder que les bienfaits pour son avenir, la même chose pour sa fille mariée. Elle tombe de plus en plus malade et elle est actuellement obèse (306) et est incapable de prendre soin d'elle-même.

1.1.3 Diagnostic selon la nosographie psychosomatique

Djamila 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 : 4
2. La prévalence des comportements : 4
3. La capacité à exprimer ses sentiments : 4
4. 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 : 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 Djamilia de bénéficier de soins psychothérapeutiques avec un accent sur la psychosomatique intégrative.

1.1.4 Présentation et analyse du T.A.T : cas Djamilia

Planche 1 :

Je vois un garçon triste, il veut jouer au violon mais je pense qu'il est obligé d'apprendre, c'est tout ce que je vois (rend la planche).

Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans le discours (B2-1), l'histoire commence par une posture signifiante d'affect (CN-3) (Je vois un garçon triste), suit l'accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-4), suit l'inhibition sous forme de motif de conflit non précisé (CI-2) et la tendance à la restriction (CI-1).

Problématique

La reconnaissance de la problématique de l'immaturation fonctionnelle était claire pour Djamilia. À la lumière de la clarté de la distinction entre le sujet et l'objet, et où elle a traité l'angoisse de castration en abordant l'immaturation fonctionnelle, qui provoque l'ennui ainsi la problématique n'était pas bien réglée. La difficulté à bien élaborer cette problématique est évidente lorsque le cas cherche à se débarrasser de la situation en ayant recours au placage et en rendant la planche.

Planche 2 :

.. Cette fille, elle a ses parents paysans, Ils font l'agriculture, après, elle va étudier, c'est tout ce que je vois, hhhh (elle fixe la planche un bon moment) ... c'est-à-dire comme si elle veut aider ses parents parce que l'agriculture est difficile mais obligée qu'elle parte étudier, ses parents lui font pitié, elle veut les aider.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence par une description des détails avec justification de l'interprétation (A1-1) (Cette fille, elle a ses parents paysans, Ils font l'agriculture, après, elle va étudier), suit une tendance refus (CI-1) (c'est tout ce que je vois), puis suit un long silence intra-récit (CI-1),

suit les précautions verbales (C'est-à-dire, comme si) (A3-1) et le recours à la formation réactionnelle (A3-3) (elle veut aider ses parents parce que l'agriculture est difficile) avec une tendance à la référence sociale (A1-3) (mais obligée qu'elle parte étudier) elle revient encore à la formation réactionnelle (A3-3) (ses parents lui font pitié, elle veut les aider). L'inhibition intervient par le recours à la restriction (CI-1).

Problématique :

La problématique œdipienne est exprimée par le recours à l'éloignement spatial. Il semble clair que Djamila a du mal à se positionner dans la triade Œdipienne. La solution au problème semble possible en retirant l'enfant de la scène. Renvoyer la fille pour étudier peut-être considéré comme un moyen de s'éloigner du conflit, évitant ainsi un conflit potentiel, évitant l'intérêt implicite pour l'homme et la concurrence possible avec la femme. Malgré le recours à diverses modalités défensives, elle n'a pas pu s'en sortir de la situation et elle a même fourni plusieurs efforts pour justifier sa position devant le spécialiste (fixe bien la planche comme une façon de prendre au sérieux) le quotidien et la formation réactionnelle ont intervenu pour éviter le conflit.

Plache 3BM :

Ici je vois, EUUH je ne sais pas si c'est un homme ou une femme, il est triste ou il pleure, je ne sais pas, c'est comme ça que je vois moi, comme si c'était quelqu'un qui pleure ou quelqu'un à côté de lui est malade il le pleure, ou il est fatigué, je ne sais pas.

Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans l'expression (B2-1), l'histoire commence par le doute et l'hésitation entre interprétations différentes (A2-3) (je ne sais pas si c'est un homme ou une femme, il est triste ou il pleure), suit une tendance refus (CI-1) (je ne sais pas), le control revient sous forme de précautions verbales (A2-3) (comme si c'était) suit l'anonymat des personnages (CI-2) (quelqu'un ... ou quelqu'un à côté de lui), revient à l'hésitation entre interprétations différentes (A3-1) (quelqu'un qui pleure ou quelqu'un à côté de lui est malade) avec l'introduction de personnages non figurants sur l'image (B1-2) (quelqu'un à côté de lui).

Problématique

À travers l'histoire, il apparaît clairement que le cas a des difficultés à exprimer ses affects en raison de son incapacité à les relier à des représentations, car la tristesse n'est pas clairement définie. Le cas a eu du mal à faire face à la problématique de la planche et elle n'a pas pu trouver un moyen de s'en sortir de la situation dépressive, ce qui indique la puissance des pulsions destructrices qui rendent impossible la possibilité d'une réparation. C'est possible que cette inhibition est en rapport avec la planche précédente.

Planche 4 :

Cette histoire, celle-là veut que celui-là reste avec elle. Lui, il veut s'enfuir, hhhhh il veut la laisser et elle le supplie pour qu'il reste, comme s'il veut se séparer d'elle.

Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans l'expression (B2-1), l'histoire commence par l'anonymat des personnages (CI-2) (celle-là ... celui-là... avec elle. Lui.), suit représentations contrastées et aller retours entre désirs contradictoires (B2-3) (celle-là veut que celui-là reste avec elle. Lui, il veut s'enfuir hhhhh il veut la laisser et elle le supplie pour qu'il reste), suit une précaution verbale (A3-1) (comme s'il veut se ...), revient à l'accent porté sur les relations interpersonnelles (B1-1) (s'il veut se séparer d'elle). L'inhibition intervient sous forme de motifs de conflits non précisés, banalisation (C1-2) et aussi sous forme de restriction (CI-1)

Problématique

La problématique de la planche a été perçue, mais le cas évite de décrire clairement les relations (car elles sont chargées sur le plan libidinal) cet évitement apparaît en recourant à l'anonymat des personnages et à ignorer la présence d'une tierce personne; l'ambivalence s'est clairement manifestée quant au désir de l'objet et la sortie du conflit ne semble pas possible - les raisons du conflit ne sont pas claires - face à la difficulté d'aborder le conflit, elle a eu recours aux processus d'inhibition.

Planche 5 :

... Celle-là, peut être que ses enfants sont là, elle jette un œil sur ce qu'ils font... elle ouvre la porte pour voir ce que font ses enfants, ou peut être quelqu'un d'autre, il n'y a personne mais elle paraît comme une chambre parce qu'il y a les tables et les livres ici, peut-être elle jette un œil sur ses enfants.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence important (CI-1), l'histoire commence par une précaution verbale (A3-1) (peut être que), suit un recours au factuel (CF-1) (ses enfants sont là, elle jette un œil sur ce qu'ils font) après un temps de latence intra-récit (CI-1), suit le recours au remâchage (A3-1) (elle ouvre la porte pour voir ce que font ses enfants) elle revient à l'hésitation (A3-1) et les précautions verbales (A3-1) (ou peut-être), suit un accrochage à la réalité externe (CF1) (quelqu'un d'autre, il n'y a personne mais ...) revient aux précautions verbales (A3-1) (elle paraît comme), suit une description avec attachement aux détails avec justification de l'interprétation (A1-1) (elle paraît comme une chambre parce qu'il y a les tables et les livres ici), revient à la précaution verbale (A3-1) (peut-être elle jette..) et enfin un accent porté sur le factuel et le faire (CF-1) (elle jette un œil sur ses enfants).

Le cas a évité de traiter la problématique du positionnement par rapport à une instance surmoïque, de sorte que les fantasmes de la scène primitive et la curiosité sexuelle ne sont pas exprimés ; Le cas s'interroge même sur la qualité de la pièce et essaie de trouver des détails justifiant que c'est une chambre - ce qu'on pourrait indiquer est que le cas a perçu la chambre mais évite de s'exprimer sur la chambre parentale - donc, elle a recourt directement à des éléments de la formation réactionnelle, comme un moyen d'éviter ce que la chambre parentale pourrait suggérer (elle vient juste jeter un coup d'œil sur les enfants). On peut dire ici que le cas malgré l'inhibition a abordé les représentations de la mère interdicière mais n'a pas pu les développer.

Planche 6GF :

Celle-là, me paraît comme s'il l'a menacé ou il lui parle seulement... puis elle l'écoute ou elle est terrifiée... c'est comme ça que je vois moi (remet la planche).

Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans l'expression (B2-1) l'histoire commence par une précaution verbale (A3-1) (me paraît comme s'il...), suit un recours au thème de persécution (E2-2) (s'il l'a menacé) et une hésitation entre interprétations différentes (A3-1) (s'il l'a menacé ou il lui parle seulement, puis elle l'écoute ou elle est terrifiée), l'inhibition intervient sous forme de silence intra récit et de la restriction (CI-1).

Problématique

Il est clair que le cas a trouvé des difficultés devant la problématique des relations hétérosexuelles, dans un contexte du désir libidinal et de la défense contre ce désir. Cette difficulté est apparue dans les silences intra récit et dans l'incapacité à élaborer les conflits, qu'elle a, pourtant, perçus dès le départ. La perception de la problématique interne de la planche a poussé le cas à se débarrasser de la planche en la remettant à la psychologue.

Planche 7GF :

Cette femme est en train de lire une histoire à sa fille, elle est dans le lit, sa fille est assise à côté d'elle. Elle (la mère) est en train de lui lire une histoire, après sa fille comme si elle ne s'intéresse pas, elle a tourné sa tête n'écoute pas sa mère.

Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans l'expression (B2-1) l'histoire commence par un recours au contenu manifeste par une référence plaquée à la réalité extérieure (CF1) (Cette femme est en train de lire une histoire à sa fille), suit une fausse perception (E1-3) (elle est dans le lit), sa fille est assise à côté d'elle). Puis intervient le remâchage (A3-1) (elle est en train de lui lire une histoire), vient après une précaution verbale (A3-1) (comme si elle ne...) avec une description et un attachement aux détails avec justification de l'interprétation (A1-1) (elle ne s'intéresse pas, elle a tourné sa tête n'écoute pas sa mère) l'inhibition domine et donne une histoire courte (CI-1).

Problématique

L'histoire est caractérisée par l'évitement de conflits qui rappellerait la compétition et l'ambivalence affective avec la mère, et il y avait un éloignement - quelque peu - entre l'enfant et la mère. Il y a beaucoup de banalisation. On peut

dire que Djamila a perçu la problématique de la planche mais l'histoire ne porte aucune élaboration du conflit implicite de la planche.

Planche 9GF :

.. Hhhh celle-là je sais pas quoi dire sur elle, comme si elle l'espionne, elle veut voir ce qu'elle va faire, en cachette, puis je ne sais pas qu'est-ce qu'elle porte dans sa main, un livre ou quelque chose, c'est tout ce que je vois.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence par une tendance refus (CI-1) (Hhhh celle-là je ne sais pas quoi dire sur elle), suit une précaution verbale (A3-1) (comme si) et ensuite évocation du mauvais objet et un thème de persécution (E2-2) (si elle l'espionne, elle veut voir ce qu'elle va faire, en cachette), puis revient à la dénégarion (A2-3) (je ne sais pas qu'est ce qu'elle porte dans sa main) et revient à l'hésitation entre interprétations différentes (A3-1) (un livre ou quelque chose), l'inhibition intervient sous forme de placage (CF-1) et restriction du récit (CI-1).

Problématique :

La planche réactive la problématique du conflit œdipien qui a lieu entre les deux femmes, le cas a traité la problématique, et l'a atteint en évitant l'expression de l'agressivité; Malgré l'accent mis sur la concurrence, la problématique semble angoissante pour Djamila, ce qui se manifeste par l'évitement d'une issue au conflit

Planche 10 :

Comme s'ils ne s'étaient pas vus, après ils se sont vus, peut être que l'homme était absent, quand il est revenu... quelque chose qui a de l'émotion et tout.

Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans le récit (B2-1), le récit comment par une précaution verbale (A3-1) (comme s'ils..), suit l'anonymat des personnages (CI-2) (ils, l'homme), accent est porté sur l'affect de circonstance et la référence à des normes extérieurs (CF-2) (s'ils ne s'étaient pas vus, après ils se sont vus, peut être que l'homme était absent, quand il est revenu), après un silence intra récit (CI-1),

intervient un affect titre (CN-3) (quelque chose qui a de l'émotion) et le placage (CF-1) (et tout). L'histoire est courte (CI-1).

Problématique

Les procédés utilisés par le cas, sont le plus souvent issues de la série d'inhibition (C), ce qui montre qu'elle évite les conflits comme par exemple elle évite d'identifier les personnages, le récit est impersonnel et souligne que la relation est une tendresse (l'émotion) et l'exclusion de toutes les relations sexuelles.

Planche 11 :

.. Elle n'est pas très claire cette image, je ne sais pas ce que c'est, je vois comme si c'était une montagne, des pierres, je ne vois pas bien.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence directement par l'appui sur le percept et le sensoriel (CL-2) (Elle n'est pas très claire cette image), suis une tendance refus (CI-1) (je ne sais pas ce que c'est), suivit par une précaution verbale (A3-1) (comme si c'était) et un accrochage à la réalité externe (CF-1) (une montagne, des pierres) puis le refus (CI-1) (je ne vois pas bien).

Problématique

Djamila n'a pas pu traiter la problématique du rapport à l'objet primaire qui concerne la représentation primitive de la mère. A l'évidence, la planche est angoissante pour Djamila, c'est ce qui explique le recours à la réalité externe pour y faire face.

Planche 12GB :

.. Ici je vois que c'est l'hiver, il neige, cette barque je ne sais pas qu'est-ce qu'elle fait là, hhhh, comme s'il y a une rivière derrière ces arbres.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence directement par de fausses perceptions (E1-3) (Ici je vois que c'est l'hiver, il neige), suit une dénégation (A2-3) (cette barque je ne sais pas qu'est-ce qu'elle fait là) et après une précaution verbale (A3-1) (hhhh, comme s'il), elle revient au contenu manifeste et

à l'accrochage à la réalité externe (CF-1) (y a une rivière derrière ces arbres), l'histoire est dominée par la restriction (CI-1).

Problématique :

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 bien connue vis-à-vis des expériences prégénitales (bonté). Djamilia n'a pas réussi à s'en sortir devant la réactivation de la perte, les nombreux recours à l'inhibition, qui indiquent des défenses inefficaces, le cas n'a pas échappé à la situation et n'a pas pu élaborer la dépression et la vulnérabilité narcissique.

Planche 13B :

Je vois un petit garçon qui attend son père ou sa mère qu'il ou elle revient, ça me rappelle le passé, quand mon père part et ne revient pas, c'est comme ça qu'on l'attendait à la porte pour qu'il revienne.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence directement par l'introduction de personnages non figurant sur la planche (B1-2) (son père ou sa mère) avec l'hésitation sur interprétations différentes (son père ou sa mère) avec l'accent porté sur la fonction d'étayage (CM-1) (qu'il ou elle revient), suit le recours aux références personnelles (CN-1) (ça me rappelle le passé, quand mon père part et ne revient pas, c'est comme ça qu'on l'attendait à la porte pour qu'il revienne).

Problématique

Aborder la question de la perte a conduit à des perturbations. En témoigne la pauvreté des procédés utilisés. Le cas est confronté à la problématique de rester seul en ayant recours à une référence personnelle avec l'éloignement temporel et spatial sans pouvoir s'en sortir du problème et sans nous préciser la fin de l'histoire.

Planche 13MF :

Celle-là c'est une femme malade ou morte, après celui-là, la pleure, elle me parait morte et lui, il la pleure... peut-être c'est que c'est son frère ou son mari.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence directement par l'anonymat des personnages (CI-2) (une femme) suit la perception de personnages malade (E1-4) (c'est une femme malade) avec l'hésitation entre interprétation différente (A3-1) (malade ou morte) et revient à l'anonymat des personnages (CI-2) (celui-là) puis l'affect de circonstance (CF-2) (celui-là la pleure), revient au remachage (A3-1) (elle me parait morte et lui, il la pleure) après un silence intra récit, apparait une précaution verbale (A3-1) (peut être que) et une instabilité des objet (E3-2) (que c'est son frère ou son mari).

Problématique

La sexualité et l'agressivité ont été perçues ; Il y avait une hésitation entre l'expression du désir et la défense et nous n'avons pas observé la culpabilité, il semble que les processus de control et d'inhibition ont dominé.

Planche 19 :

Je la vois comme les histoires dans les dessins animés, ici comme s'il y a du feu, le vent l'emporte, c'est comme ça que je vois.

Procédés défensifs :

Après une entrée directe dans l'expression (B2-1), l'histoire commence par le recours au fictif (A2-1) (comme les histoires dans les dessins animés) suit une précaution verbale (A3-1) (comme s'il y a) et l'accrochage à la réalité externe (CF-1), l'histoire est plaquée ensuite (CF-1) (c'est comme ça que je vois). L'histoire est très courte (CI-1)

Problématique

Djamila n'a pas pris en compte le contenu latent de la planche on constate que la situation perturbe Djamila: ce qui se manifeste par la tendance générale à la restriction et aussi en contre-investissant l'angoisse de perte que vise la planche,

en ayant recours au fictif (dessin animé) et au feu emporté par le vent (n'aborde pas le contraste entre dedans/dehors), qui s'ensuit immédiatement par une inhibition.

Planche 16 :

... Il n'y a rien, blanc sur blanc, il n'y a rien hhhh.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence important l'histoire commence par une référence plaquée à la réalité externe (CF-1) (Il n'y a rien, blanc sur blanc) suit le remachage (A3-1) (il n'y a rien hhhh) et le refus (CI-1).

Problématique

Face au vide, Djamila a du mal à aborder la planche, donc devant le vide, elle ne peut pas faire appel à son imagination, elle est restée accrochée au contenu manifeste.

Résumé des procédés

Cas : Djamila Age : 54 ans

Série A (Rigidité)	Série B Labilité	Série C Evitement du conflit	Série E Emergence des processus primaires
A1 Référence à la réalité externe A1-1 = 3 A1-2 = 0 A1-3 = 1 A1-4 = 0 A1-3 = 4	B1 Investissement de la relation B1-1 = 1 B1-2 = 2 B1-3 = 3	CF Surinvestissement de la Réalité externe CF1 = 11 CF2 = 2 CP3 = 0 CF = 13	E1 Altération de la perception E1-1 = 0 E1-2 = 0 E1-3 = 2 E1-4 = 1 E1 = 3

			E2
A2-		CI	Massivité de la projection
Investissement de la réalité interne	B2	Inhibition	E2-1= 0
	Dramatisation	CI-1 = 18	E2-2= 2
		CI-2 = 6	E2-3= 0
		CI-3 = 0	E2= 2
	B2-1 = 7	CI = 28	E3
A2-1 = 1	B2-2 = 0	CN	Désorganisation des repères
A2-2 = 0	B2-3 = 1	Investissement narcissique	Identitaires et objectaux
A2-3 = 4	B2-4 = 0	CN-1= 1	E3-1= 0
A2-4 = 1	B2 = 8	CN-2= 0	E3-2= 1
A2 = 6	B3	CN-3= 2	E3-3= 0
A3	Procédés de type hystérique	CN-4= 0	E3= 1
Procédés de type obsessionnel		CN-5= 0	E4
	B3-1= 0	CN = 3	Altération du discours
A3-1= 23	B3-2= 0		E4-1= 0
A3-2= 0	B3-3= 0	CL	E4-2= 0
A3-3= 2	B3= 0	Instabilité des limites	E4-3= 0
A3-4= 0		CL-1 = 0	E4-4= 0
A3= 25		CL-2 = 2	E4= 0
		CL-3 = 0	

		CL-4= 0	
		CL = 2	
		CM	
		Procédés anti-dépressifs	
		CM-1 = 1	
		CM-2 = 0	
		CM-3 = 0	
		CM = 1	

1.1.4.1 Analyse des procédés globaux

Le protocole montre un évitement du conflit (CF= 13; CI= 28; CN= 03; CL= 02; CM= 01) Suivit par les procédés de rigidité (A1= 04; A2= 06 A3= 25) de labilité (B1= 03 ; B2= 08), en sachant que les procédés labiles étaient souvent représentés par l'entrée directe dans le discours, qui marque une difficulté à prendre 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= 03; E2= 02; E1= 01), 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 Djamilia. L'inhibition s'est manifestée sous forme d'un temps de latence initial long, ainsi que sous 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. Une défense massive est apparue contre la représentation de l'objet. Nous avons remarqué 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. Les quelques procédés primaires présents, n'ont pas été efficaces pour se dégager des situations imposées par le matériel (TAT). En effet, l'inhibition était directement mise en avant, dans la plupart des planches. Il en va de même pour les procédés labiles.

1.1.4.2 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 et la reconnaissance de la perte.

Devant l'échec de l'intégration de l'objet, les identifications étaient impossibles. On peut dire que la pauvreté de la représentation interne des objets a conduit à l'impossibilité de représenter la perte au niveau mental, qui a fragilisé l'appareil mental de Djamila

Les représentations fantasmatiques internes étaient floues et mal distinguées, pour pouvoir réussir l'expression de pulsions agressives.

2 Présentation et analyse du cas Malika

2.1 L'entretien clinique du cas Malika

2.1.1 Informations personnelles :

Prénom : Malika

Age : 45 ans

Sexe : féminin

Niveau scolaire : 4^{ème} année primaire

Fonction : femme au foyer

Situation familiale : mariée

Le rang dans la fratrie : cadette, Un frères et 2sœurs

Nombre d'enfants : Un garçon et une fille

Malika est une Damme âgée de 45 ans, femme au foyer d'un niveau d'instruction primaire (4^{ème} année). Rencontrée à l'hôpital de sidi Aich. Dans notre première rencontre, Malika paraissait en surpoids très fort (obèse) et habillée modestement. Elle parle d'une façon directe et spontanée avec nous quand nous lui avons demandé de nous parler d'elle et de son histoire.

Malika est mariée depuis 22 ans, avec un mari qu'elle a choisi elle-même elle a deux enfants, sa relation avec son mari est très bonne malgré les petites disputes qui dure 1 heure à 2 heures puis tout revient à la normalité et l'entente, et même avec sa belle-famille surtout avec sa belle-mère comme elle dit.

Par apport a son enfance , Malika nous a raconté qu'elle a vécu une enfance simple sa famille était moyenne ni pauvre ni riche et qu'elle était marquée par de bons souvenirs avec sa famille ses parents et ses frères et sœurs , elle dit qu'elle a quitté l'école a cause de sa mère qui est tombée malade et elle a besoin de quelqu'un qui va prendre soin d'elle donc elle était obligée puisque ses deux grandes sœurs étaient mariées, et malgré qu'elle était une petite fille de 9ans, elle dit qu'elle se débrouillait à la cuisine et faire le ménage, donner des médicaments a sa mère a l'heure.

c'était difficile pour elle de quitter l'école puisqu'elle voulait vraiment étudier et surtout qu'elle était attachée à ses amies et ses profs , mais elle dit que sa mère reste la plus importante pour elle et surtout après le mariage de ses sœurs où elle est devenue plus attachée à sa mère : «havsagh _ ddeg lqraya khatar tahlak yemma tuhwaj win arivden gher tamas ad ihadar , yestma timqranin zewjent, ghas akken ligh meziyagh s3igh 6 snin deg l3amriw senagh ad khedmagh takuzint adbarzagh asefkagh i ymma dewains deglwaqtis , yu3riyi atas akken adejagh lacul bghigh mlih adkamlagh wulfagh timdukaliw d lchyakhiw, ma3na d yemma iyezwaren kollach, segmi izwejant yestma ughalagh attaché mlih gher yemma » . (Larmes aux yeux).

Malika nous a raconté qu'elle a vécu deux mauvais événements dans sa vie : un, avant son mariage et l'autre après son mariage le premier et la mort de son père et puis l'hospitalisation de sa mère : « lemuth n vava tusayid qarihath , urnevniara akk fellas yella normal uryahlik ara dessahise3a sekkar is3a l'attention ma3na illa ittedu ittefagh uryeghli ara akken anar dahnenagh gher lmoth yoghaliyi dl choc gommagh adamnagh slmothis amkanis yeqim dilem degwuliw » (Le silence et les larmes aux yeux)

La mort de son père été un choc pour elle, elle dit qu'elle n'arrive même pas à accepter sa mort et il a laissé un vide dans son cœur.

La naissance de Malika était normale c'est-à-dire au 9^{ème} mois et d'un accouchement naturel avec un allaitement naturel. Son discours montre quelle est attaché à ses deux parents mais beaucoup plus à sa mère puisque son père était sévère : « ligh attachigh mlih gher yemma wala ghervava yella yu3ar mlih iharssagh yemma khati tettdoyagh deglevghi tetthadaragh tefahmaghed».

Malika était sociable durant son enfance sa relation avec les gens est bonne même elle avait beaucoup d'amies surtout à la mort de son père : « hossagh ohwajagh hed ghertamaw aryikssen le vide ni n vava , dgha dagui isnagh argaziw offigheth mlih gher tamaw dayen iyijan khetaraghet ger wiyid ».

Elle dit qu'elle a besoin de quelqu'un à ses côtés, à cette période, pour remplacer le vide laissé par son père et c'est là qu'elle a connu son mari. Elle dit qu'il l'a beaucoup soutenu pendant cette période difficile, et c'est la raison pour laquelle, elle l'a choisi parmi d'autres (un sourire large).

Un autre drame et traumatisme, à peu près 9 ans après la mort de son père, Malika perd sa mère. Pour elle c'est toute une déchirure qui est renouvelée et c'est à cette période quelle a découvert son diabète et puis elle commençait à prendre du poids, elle est devenue gênée, elle n'aime plus sortir comme avant et préfère rester à la maison. La relation entre elle et son mari, est détruite à cause de son poids fort ; elle s'est séparé de lui pendant une période et restée loin de ses enfants ; elle dit que cette période est très difficile pour elle ; «je me sentais seule ; mon mari était

mon bras droit et mes enfants sont mon espoir donc j'étais restée sans encouragement et sans espoir ».

6 mois après la séparation avec son mari, elle est hospitalisée pendant une période de 4mois à cause d'un pic de glycémie.

Pour elle, y a tout un changement dans sa vie, la façon de s'habiller, ses fréquentations, elle dit qu'elle est devenue associable. Elle nous a raconté qu'en plus du diabète elle souffre aussi du cholestérol, de la goutte, des triglycérides élevés. Elle dit : « Tout cela, je l'ai découvert après mon hospitalisation, le médecin m'a donné tout un bilan, et c'était une raison pour dire stop il fallait que j'affronte cette situation puisqu'elle est devenue un cauchemar pour moi ».

Pour le diabète, ses deux parents sont diabétiques, sa mère a découvert son diabète deux ans après la mort du père de Malika. Son père a toujours été diabétique, c'est-à-dire, depuis son enfance.

Malika nous dit qu'après la reprise de la relation avec son mari et la réparation de leur relation, elle est devenue plus forte pour faire face à ses complications et elle a réussi à perdre du poids.

Elle était prise en charge par son médecin traitant et un psychologue pour faire face aux « cicatrices » que tous ses évènements ont laissé dans son psychisme.

Elle part chez le médecin quand elle se sent vraiment en souffrance et elle fait toujours attention à son traitement médical et elle suit son régime alimentaire elle dit que c'est difficile les premiers temps mais ça devient une habitude avec le temps.

Malika souffre du manque de sommeil surtout quand elle stresse à cause de problèmes ou d'idées qui lui « prennent la tête », par contre dans les autres situations elle dort sans aucun souci. Elle dit qu'elle rêve beaucoup surtout ces derniers mois : « je rêve beaucoup de mes parents surtout de ma mère elle me manque beaucoup ».

CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

Pour son quotidien, elle dit que c'est comme la plupart des femmes au foyer juste le ménage être à côté des enfants, et elle passe son temps vide soit à regarder la tv ou avec sa belle-mère.

Elle ne pratique aucune activité ni sportive ni autre malgré que son médecin lui a conseillé le sport pour bien perdre de poids. Malika a souhaité un meilleur avenir pour ses enfants et que sa fille aura son bac et partir à l'étranger pour continuer ses études et avoir un bel avenir là-bas, et quelle souhaite avoir une bonne santé et une longue vie pour vivre heureuse avec sa famille ses enfants et son mari.

A la fin des entretiens, Malika nous dit qu'elle était à l'aise avec nous et que ça lui a fait du bien de partager l'histoire de sa vie avec nous, car ça l'a soulagée de toute la pression qu'elle avait avant et qu'elle a dégagé « la boule » qu'elle avait depuis longtemps «wellah sertahagh bzaf imi iddhadragh nighed akk ayen iyjini ayen illan degwuliw et surtout hossagh la boule nni troh» .

➤ **Tableau synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques du cas Malika**

Commentaires	Evènement de vie	Date ou Age	Trouble somatique
	Naissance de Malika est née et grandi dans une simple famille ni pauvre ni riche.	1978	

CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

	La maladie de sa mère qu'elle a poussée a quitté son école	A l'âge de 9ans	
Un évènement choquant pour elle n'arrive pas accepter la mort de son père	La mort de son père	2010 Avant 6 mois du mariage de Malika	
	Rencontre son mari	2010, après la mort de son père	
Un évènement qui a rempli le vide que son père à laisser	Mariage de malika	2010	
La patiente lie directement son diabète au	La mort de sa mère	A peut prés 9ans après la mort de son père	Apparition du diabète (type02)

CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

traumatisme du décès de sa mère.			
	La séparation avec son mari et être loin de ses enfants	2015	Devenue obèse et désespérée.
Elle ne fait pas des consultations chez un médecin	Dit préfère être loin des autres	36 ans	Elle est devenu associable désespéré
6 mois après la séparation avec son mari	Séparation avec son mari	2015	Hospitalisation Un pic de glycémie
Après un Bilan médical elle découvre pas mal de problème qu'elle	Un pic de glycémie	2015	HDL (bon Cholestérol) bas ; La goutte ; Triglycérides élevées

CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

ne savait pas auparavant.			
	L'hospitalisation de Malika a l'hôpital et la découverte de ses maladies lui ont donné la force pour faire face à toutes ses souffrances et faire tout son possible pour devenir mieux qu'avant.	6 mois après la séparation avec son mari	Hospitalisation Au cours de laquelle elle découvre ses maladies
Evènements stressant et difficile pour elle	Malika n'arrive pas à dormir la nuit car elle a des idées parfois qui l'empêchent de dormir, mais elle ne nome pas ces événements.	37 ans	Insomnie Stresse
Espoir de réussir à perdre du poids est devenu plus fort pour mieux faire face aux «cicatrices» que	La relation avec son mari e réparée	38 ans	S'occupe mieux de sa santé.

cette maladie à laissé dans son psychique.			
La prise en charge par un psychologue. C'était par la volonté de Malika	Suite à ces complications et aux blessures psychologiques que ses maladies et événements de vie ont laissé, elle décide de consulter un psychologue. Elle était prise en charge par son médecin traitant et par un psychologue pour mieux l'aider à faire face à toutes ses complications.	38 ans	Suivi psychologique

2.1.2 Evaluation de la santé et du risque psychosomatique de Malika :

Pour évaluer le risque psychosomatique de Malika, nous suivons le cadre proposé par le Pr. Stora, mis au point de 1993 à 2011 (cf annexe N° 1). Le protocole du TAT pourra nous aider dans notre évaluation, notamment à la vérification des assises identitaire et narcissique de Malika. En effet le TAT révélera ce que vérifie

aussi la grille citée plus haut (c'est-à-dire la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique, version 2011), à savoir la notion de Relation d'Objet, primordiale en psychosomatique. C'est-à-dire selon que l'objet ait été ou non introjecté par le bébé, et la manière dont il l'a été, vont être déterminants dans la structure psychique du patient.

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

Malika n'est pas détachée de sa mère à qui elle était très attachée et qu'elle estime et même idéalise (« elle était courageuse », nous dit-elle). Son côté sage à 9 ans où elle quitte l'école pour prendre soins de sa mère et de la maison, est un contre argument en faveur d'une fixation majeure à un stade plus avancé du développement. Mais Malika témoigne qu'enfant, elle ne demandait rien, elle aimait l'école, ses camarades, ses enseignants, mais sa mère était prioritaire. Elle était à cette période la mère de sa mère.

Malika a réussi à développer, ses compétences, elle dit qu'elle savait faire de la cuisine, le ménage très jeune. Il y a comme un clivage entre l'adulte qu'elle est « moche », cachée, isolée, et l'enfant, persuadée d'être une fille qui dépassait son âge.

Elle dit qu'elle a fait ce qu'il fallait faire, sa mère passe avant tout, plus loin, elle évoque ce souvenir en ayant des larmes aux yeux. Se sacrifiée pour sa mère c'est pour elle logique. Mais dans cette logique de petite fille, il y a l'absence de résultats efficaces, la mère n'est pas guérie, la mère est toujours malade, le père

l'est aussi, puisqu'il a toujours été diabétique. On a l'impression que cette période est spécialement difficile car restée attachée à une mère morbide et un père qui n'a rien pu faire pour lui éviter ce sacrifice, nous donne à réfléchir sur le poids insupportable porté par Malika, pour garder l'équilibre de sa famille avec ses parents, en jouant un rôle qui n'est pas le sien. Il s'agit de traits narcissiques primaires (153a) qui lui assurent la vie.

Elle est collée à ses parents, elle n'est sortie de ce cocon familiale qu'en trouvant quelqu'un qui remplace l'objet perdu (le père) dans son cœur. Ce qui justifie, en effet, la fragilité narcissique de Malika, est le fait qu'elle dit qu'elle avait un vide suite à la perte de son père, ce vide il fallait donc le remplir par un objet physique et non pas symbolique, qui jouera un rôle de soutien et d'étayage. Il n'y a pas de distance, nous n'avons pas observé une rencontre réelle avec le mari, mais une existence protectrice qui « colmate », cette fragilité narcissique. La maladie de sa mère et de son père, n'a pas aidé à la séparation mère-enfant.

Restons, néanmoins, sur la ligne de nos hypothèses sur la mère de la première enfance, la mère de Malika était-elle disponible pour son bébé quand Malika est né ? Avait-elle des hospitalisations ou séparation passagère ou longue ? Était-elle débordée par les exigences d'un mari autoritaire ? Toutes ces questions semblent importantes pour savoir comment était la qualité du holding, quand Malika était bébé. Ce qui, à son tour, nous donnerait une idée sur l'installation du premier objet. Malheureusement, le discours de Malika est tellement dominé par l'inhibition que nous avons du mal à structurer la chronologie des événements. Les données actuelles ne nous permettent pas d'avoir une idée plus approfondie sur la première année de la vie de Malika, c'est-à-dire la période où elle été bébé.

Axe 1 B:

États psychiques et événements de vie personnels

Malika est sous l'emprise d'une charge liée aux chocs continus (209). La maladie de sa mère alors qu'elle avait à peine 9ans, sa responsabilité de toute la famille, sans assistance et sans qu'on parle avec elle, sans qu'on la rassure sur le sort de sa mère, sur son avenir, la mort de son père, suivie la mort de sa mère, la

séparation avec son mari et ses enfants pendant 6 mois, ses maladies qu'elle découvre suite à son hospitalisation.

On remarque que Malika est fragile et ne peut s'approprier sa vie, de la fusion avec ses parents et de leur pare-excitation avec l'extérieur, elle passe à la fusion avec son mari (« il est mon bras droit » dit-elle).

Le fait que Malika, n'exprime pas son agressivité, et qu'elle n'exprime pas du tout ses appréhensions (Axe 1D de la grille d'évaluation), nous interpelle sur les décharges agressives à l'intérieur d'elle-même et qui donne des somatisations graves à chaque fois. Surtout que Malika, ne pratique aucune activité sportive et n'a aucune activité sublimatoire proprement protectrices, nous avons relevé plus des rituels du genre se lever tôt le matin **faire** la prière, **préparer** son café, **préparer** à manger, **faire** le ménage et enfin **s'accrocher** aux écrans (Télévision).

L'excès d'excitations, liées aux traumatismes subis par Malika, s'est accumulé 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. On a l'impression que Malika a appris à se conformer, à souffrir en silence des incohérences des événements de sa vie. Jouer le rôle de la mère de sa mère, de ses frères et de son père, était quelque chose de trop. Malika a vécu dès son enfance, dans un environnement angoissant (159) qui la rend fragile et dépendante d'où le risque de désinhibition pulsionnelle sur un fond de pulsions agressives qui ne sont pas intriquées aux pulsions sexuelles, chez Malika.

Par le narcissisme primaire, seule la libido narcissique est intriquée avec la pulsion de mort, ce qui permet à Malika de vivre, mais l'intrication autour de l'objet maternel n'existe pas. En effet, « L'intrication première est déterminée par l'investissement du soi-objet, qui est le noyau primitif du Moi qui va être progressivement investi de libido narcissique. Une fois le Moi constitué, si rien n'entrave le développement, cette instance va pouvoir investir l'Objet et la libido narcissique va se transformer en libido objectale » (Depreux, B., 2010, P.31).

Malika, dit que pendant la séparation avec son mari et ses enfants, elle se sentait vide, elle n'avait pas de raison de vivre, elle était dépressive. Ces données appuient l'hypothèse d'une fragilité narcissique importante chez Malika. En l'absence physique de ses objets, il est difficile pour elle, de se les représenter, ce qui va dans le sens de notre observation par rapport aux entretiens, où Malika, n'a manifesté que très peu de représentations psychiques. Devant les traumatismes, Malika, reste sidérée, son enfance anxieuse, avec une mère gravement malade, puis plus tard la mort de son père, puis la mort de sa mère, la découverte de ses maladies.

La vie psychique de Malika, n'est pas investie. Il n'y a pas d'élaborations psychiques, qui montreraient l'épaisseur de son préconscient, cette faiblesse du préconscient, nous donne une idée sur la fusion avec sa mère débordée par l'extérieur (161).

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 par les 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 étapes de la somatisation.

Axe 1 C : points de fixations-régression

Nous avons observé chez Malika une dépression latente [206], présente aujourd'hui, à mettre en relation avec l'apparition du syndrome métabolique (HDL bas, hypertension artérielle, diabète type 2, triglycérides élevées, obésité). Le deuil non élaboré de la mort de son père, puis de sa mère, son corps qu'elle trouve moche et qu'elle ne veut plus montrer dehors [203], doit être mis en relation avec le deuil non fait de sa déscolarisation à l'âge de 9 ans et la séparation avec ses enseignants et camarades, qu'elle aimait bien mais que le bon sens et son devoir envers sa mère l'on poussé à rester à la maison pour être aux soins de sa mère et de ses frères et son père.

Chez Malika, on a l'impression que l'intérieur de la maison parental forme un système de par-excitation, elle ne peut s'en détacher. Elle nous dit d'ailleurs qu'elle voit beaucoup de rêves elle voit souvent sa mère car elle lui

manque. Dans ces rêves, il n'y a pas d'élaboration, elle se rappelle juste de ce qu'elle a vu (la mère par exemple), mais ne raconte pas de contenu qui puisse nous guider dans la compréhension du contenu latent de ses rêves. Ces données vont dans le sens d'un préconscient fragile.

Malika, mène une vie basée sur les activités quotidiennes, il s'agit d'une vie opératoire (218).

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 Malika :

- Fixation somatique prénatale [300] (diabète),
- 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'apparence, en effet Malika, accepte d'emblée de collaborer avec nous, mais cette collaboration n'est qu'apparente, car dans le déroulement de l'entretien, 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 avec la psychologue et surtout le déni de la maladie, qui se manifeste par le régime mal respecté souvent et surtout d'avoir besoin du soutien de son mari et de ses enfants, par leur présence, pour avoir le « courage » d'affronter sa maladie et son régime. 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 le ou la psychologue joue le rôle de la mère dans la protection de l'excitation du patient : dans notre relation avec Malika, elle nous dit être « soulagée d'une boule ».

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".

Axe 1 E : traits de caractère

Le trait le plus saillant, chez Malika est le trait de caractère oral (405): Malika dit ne pas pouvoir se passer de la présence de son mari (il est son bras droit, dit-elle) qui, pourtant, l'a poussée à quitter le domicile familial. Elle dit qu'elle était perdue, quand elle s'est séparée de son mari, au sens littéral du terme, un égarement qui va dans le sens d'une dépersonnalisation qui l'a faite souffrir et qui l'a poussée à une hospitalisation.

Malika, réagit par l'ingestion de quantité importante de nourriture.

Elle dit être disponible pour sa petite famille et en dehors de ses activités le temps libre est consacré à la télévision et au portable.

Axe 1 F : activités sublimatoires

En termes d'activités sublimatoires les éléments, que Malika nous a fournis, sont très pauvres. Elle passe son temps à faire des tâches ménagères et à s'occuper de ses enfants. Elle n'a presque pas de perspectives en dehors de ses activités ménagères et de la télévision et face book. Ce qui la rend satisfaite, c'est de voir ses enfants évolués.

Elle aborde sa spiritualité, sous forme de pratique pour la prière, mais cette dimension ne semble pas la soutenir suffisamment. Dans l'ensemble du discours de Malika, 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

Malika, souffre de récives de troubles physiques (470), puis de l'identité (467) Nous avons constaté le problème du développement de la personnalité [471] Prendre la responsabilité de ses parents et de ses frères et sœurs, à l'âge de 9ans, sans qu'il y ait de réclamation, nous autorise à nous poser la question sur cette

soumission à l'entourage externe qui est maintenu actuellement et qui a conduit Malika à un épuisement libidinal [460].

Axe 3 : expression des affects

Il semble que Malika 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), en racontant l'événement de la maladie de sa mère quand elle avait 9ans, seul le sens du devoir est manifesté, il n'y a pas de représentation par rapport à ce vécu, il n'y a pas d'affect lié aussi, il y a une idéalisation de soi.

Elle exprime un choc par rapport à la perte de son père et de sa mère, des pertes non dépassées, car elle n'arrive pas à les élaborées.

Il est clair que Malika 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

Malika souffrait d'un environnement familial excessif depuis l'enfance (601). Un prolongement se produit dans la vie de Malika, où elle choisit un mari avec qui elle entreprend une relation d'étayage. En effet, la disparition du père, n'a pas donné lieu à l'élaboration du deuil. Son mari est devenu plus que jamais indispensable par son soutien. D'ailleurs à part son soutien, elle ne dit rien sur les qualités de ce mari, ne dit rien sur la nature de leur relation, ne dit rien sur leur quotidien et échange, pas même sur leur sexualité, qu'elle évite complètement, même si la question lui est posée.

La vie de Malika est remplie par des perturbations permanentes dans l'environnement (603b), elle angoisse beaucoup pour son état et dit être plus optimiste maintenant qu'elle a repris avec son mari sur qui elle compte beaucoup. Elle dit que parfois elle pense à certaines choses, pas précises ça peut être juste un état d'humeur sans raison, qui lui viennent en tête et qui l'empêche de dormir, ceci 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.

2.1.3 Diagnostic selon la nosographie psychosomatique

Malika 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 : 3
4. Risques liés à l'environnement du cas : 3

Total : 15 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 :

$$15 + 4 = 19$$

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

2.1.4 Présentation et analyse du T.A.T : cas Malika

Planche1:

Merci.. là je vois un petit garçon assis devant lui, il y a un livre et un instrument que je n'arrive pas à identifier... le garçon a l'air triste.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence par l'anonymat du personnage (CI-2) (un petit garçon) et la fausse perception (E1-3) (devant lui il y a un livre), suit une déniégation (A2-3) (un instrument que je n'arrive pas à

identifier) et après un silence intra récit (CI-1), apparait une posture signifiante d'affect (CN-3) (le garçon a l'air triste), suit le motif du conflit non précisé, la banalisation et l'anonymat des personnages (CI-2) l'histoire est courte est dominée par l'inhibition (CI-1).

Problématique

La reconnaissance de l'immatunité fonctionnelle a engendré directement la dénégation et le non reconnaissance du violon. Ce non reconnaissance est nécessaire pour éviter de reconnaître la problématique actuelle concernant l'incapacité, étant donné la blessure narcissique qui est susceptible de se réanimer. 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 permit la manifestation des identifications qui rendraient possible le report de la satisfaction. Le cas se contente de s'exprimer sur le registre narcissique en percevant la posture signifiante d'affect.

Planche 2 :

Là je vois un père avec son cheval il travaille la terre, et sa femme enceinte à côté de lui l'encourage, je vois aussi leur fille prendre la route vers l'université elle paraît triste.

Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans le discours (B2-1), l'histoire commence par une référence à la réalité externe et la description avec attachement aux détails (A1-1) (je vois un père avec son cheval il travaille la terre, et sa femme enceinte à côté de lui) suit une formation réactionnelle (A3-3) (l'encourage), revient après à la description avec attachement aux détails (A1-1) (je vois aussi leur fille) suit la représentation d'action (B2-4) (je vois aussi leur fille prendre la route vers l'université), suit après une posture signifiante d'affect (CN-3) (elle paraît triste).

Problématique

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 un semblant de perception des relations entre le père et la mère mais dans des positions figées comme si chacun est à sa place fait ce qu'il a à faire dans le recours à la formation réactionnelle (la mère est là pour lui donner un coup de main). Le désir et la compétition de l'interdit n'est pas exprimé. Nous n'avons vu aucune trace de culpabilité mais juste une posture signifiante d'affect.

Planche 3 BM :

Un homme allongé sur son canapé, il a l'air triste, découragé, peut être parce qu'il a perdu sa femme.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, L'histoire commence par de fausses perceptions (E1-3) (Un homme allongé sur son canapé), suit une posture signifiante d'affect (CN-3) (il a l'air triste, découragé), ensuite une précaution verbale (A3-1) (peut être) suivit par un affect de circonstance (CF-2) (parce qu'il a perdu sa femme) avec l'introduction de personnage non figurant sur la planche (B1-2)

Problématique

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 écho à la deuxième planche qui ravivait la problématique œdipienne. Comme c'est le cas à l'évitement qui prévalait dans la deuxième planche, la perte est ici perçue et abordée dans le cadre du registre narcissique mais l'inhibition, sous forme restriction, domine et ne permet pas l'élaboration de la capacité à rester seul. En l'absence des objets internes, qui indique la sévérité de la problématique de la perte, notre cas, n'a pas pu trouver une issue pour cette problématique. La dépendance à l'égard de la réalité extérieure montre un manque au niveau d'intégration de bons objets. On peut dire que son incapacité à élaborer la position dépressive est liée à la non-intégration des pulsions agressives, que nous avons vues évitées aux planches précédentes.

Planche 4 :

Je vois trois personnes, deux femmes et un homme, cette femme avoue son amour a cette homme et lui, il aime cette troisième femme ... il veut sortir et elle le supplie.

Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans le discours (B2-1) L'histoire commence par l'anonymat des personnages (CI-2) (trois personnes, deux femmes et un homme) suit représentations et affects contrastés (B2-3) (cette femme avoue son amour a cette homme et lui, il aime cette troisième femme), suit un long silence intra récit (CI-1), revient aux représentations d'actions (B2-4) (il veut sortir et elle le supplie). L'inhibition intervient sous forme de motif de conflits non précisés (CI-2) et une restriction importante du récit (CI-1).

Problématique

Notre cas a perçu la problématique de la planche, mais en raison de l'intensité du conflit, la reconnaissance de la relation hétérosexuelle des deux personnages a conduit à transférer sur l'homme la compétition avec les images féminines, ce qui a permis d'éviter conflit. Elle a échoué dans sa tentative de s'appuyer sur ce qui est perçu de l'extérieur pour sortir des contenus conflictuels. Nous n'avons pas perçu une problématique en écho à la triade qui pointerait vers le conflit œdipien, mais plutôt le rapport aux images féminines menaçantes qui indiquent à leurs tours une fragilité narcissique.

Planche 5

.. je vois une femme qui ouvre la porte d'une chambre, elle croyait qu'elle allait trouver quelqu'un et lui dire quelque chose d'urgent.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence par le recours à la réalité extérieure (CF-1) vois une femme qui ouvre la porte d'une chambre, suit une représentation d'action associées à des états de catastrophe (B2-4) (elle croyait qu'elle allait trouver quelqu'un et lui dire quelque chose d'urgent). L'histoire est courte (CI-1).

Problématique

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 d'affronter les réactivations latentes.

Planche 6 GF :

Je vois une femme et un homme qui sont en train de parler, ils sont en train d'échanger les regards, ils ont l'air d'être amoureux.

Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans le discours (B2-1), l'histoire commence par l'anonymat des personnages (une femme et un homme), suit une représentation d'action (B2-4) une femme et un homme qui sont en train de parler, ils sont en train d'échanger les regards, suit une érotisation des relations, symbolisme transparent (B3-2) (ils ont l'air d'être amoureux).

Problématique

Malgré la présence des procédés labiles sous la forme d'affects forts, qui résonnait avec le contenu latent de la planche, les procédés de contrôles (précautions verbales qui indiquent aussi bien le doute que les hésitations) ainsi que l'inhibition (sous forme de restriction et d'anonymat des personnages) ont sévèrement étouffé l'expression du conflit. Ainsi, la manifestation des fantasmes de la tentation a été gelée. L'anonymat des personnages n'est pas dépassé et n'a pas permis d'aborder le contenu latent de la planche et de toucher les mouvements du désir œdipien, elle est dominée par l'inhibition qui empêche son évacuation.

Planche 7 GF:

... Emm , je vois deux femme l'une qui raconte une histoire au bébé qui est dans les bras de l'autre femme qui a l'air triste sur son visage .

Procédés défensifs :

Après un temps de latence initial important (CI-1), l'histoire commence par une confusion des identités et télescopage des rôles (E3-1) (deux femme l'une qui raconte une histoire au bébé), suit une posture signifiante d'affect (CN-3) (l'autre femme qui a l'air triste sur son visage), l'inhibition intervient sous forme de restriction du récit (CI-1)

Problématique

La réactivation de la représentation fantasmatique maternelle a perturbé le discours du cas, en raison de l'interférence des processus primaires qui conduisent à de fausses perceptions («deux femmes»), en niant la différence entre les générations ; ainsi que l'ambiguïté du discours où il semble y avoir une confusion entre les figures féminines, qui témoigne de l'effet narcissique des luttes concurrentielles et de la confusion identitaire latente chez notre cas.

Planche 9 GF:

.. Je vois deux jeunes femmes l'une qui court derrière l'autre, l'une des deux filles se cache derrière l'arbre peut être qu'elle a peur de l'autre.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence par l'anonymat des personnages (CI-2) (deux jeunes femmes), suit une confusion des identités et un télescopage des rôles (E3-1) (deux femmes (...) l'une des deux filles) les représentations d'actions associées à des états émotionnels de peur (B2-4) (se cache derrière l'arbre peut être qu'elle a peur de l'autre) avec. Finalement, motifs de conflits non précisés (CI-2). L'histoire est courte (CI-1).

Problématique

Notre cas a mobilisé une défense contre la compétition avec l'image féminine, qui lui paraissait insupportable. Elle a, donc, eu recours à une confusion de génération entre les deux femmes pour éviter la compétition qu'elle a perçu comme femmes au début puis parle de fille. Une fois de plus, on constate une fragilité de la vie fantasmatique. En effet, La planche réactive la problématique du conflit œdipien qui a lieu entre les deux femmes, le cas a traité la problématique, et l'a atteinte en évitant l'expression de l'agressivité; l'accent est mis sur la peur, la problématique semble angoissante pour notre cas, ce qui se manifeste par l'évitement d'une issue au conflit.

Planche 10:

.. Un père qui sert son fils dans ses bras, peut-être pour le soutenir.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, l'histoire commence par la description avec attachement aux détails (A1-1) (Un père qui sert son fils dans ses bras), suit

une précaution verbale (A3-1) (peut-être) et un recours à la formation réactionnelle (A3-3) (pour le soutenir), l'histoire est très courte (CI-1).

Problématique

La planche représente le versant de la tendresse dans la relation de couple, mais peut aussi faire ressortir le fantasme de la curiosité sexuelle. Les procédés utilisés par le cas, sont le plus souvent issues de la série de contrôle (A), ce qui montre une main mise sur tout débordement de l'intérieur vers l'extérieur. L'histoire tourne autour d'un père et son fils et de la tendresse entre eux. On peut comprendre aussi que percevoir une relation entre un père et son fils est une manière d'éloigner le fantasme de la curiosité sexuelle.

Planche 11:

Je vois une cascade, des cigognes, les rochers dans une montagne.

Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans l'expression (B2-1), l'histoire commence par un accent porté sur la réalité externe (CF-1) (Je vois une cascade), suit une fausse perception (E1-3) (des cigognes) et ensuite un accent porté sur la réalité externe (CF-1) (les rochers dans une montagne). L'inhibition intervient sous forme de tendance générale à la restriction (CI-1).

Problématique

Notre cas a eu recours à l'inhibition pour faire face au contenu angoissant que suscite le paysage chaotique et sombre de la planche et donc d'éviter la problématique au quelle renvoie cette planche qui à savoir les angoisses archaïques.

Planche 12 BG :

Là je vois un petit bateau au milieu d'une foret pleine d'arbres

Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans l'expression (B2-1), l'accent est porté sur la référence plaquée à la réalité externe (CF-1) (Là je vois un petit bateau au milieu d'une foret pleine d'arbres) avec une tendance générale à la restriction (CI-1).

Problématique

La planche peut renvoyer à un contenu érotisé ou à une position dépressive, voir de perte d'objet 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).

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

Planche 13 B:

.. Là je vois un petit enfant qui a l'air d'avoir peur, peut-être à cause d'une dispute entre ses parents.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, l'accent est porté sur la référence plaquée à la réalité externe (CF-1) (Là je vois un petit enfant) suit une précaution verbale (A3-1) (qui a l'air) et le recours à une posture signifiante d'affects (CN-3) (qui a l'air d'avoir peur), suivit par une précaution verbale (A3-1) (peut-être) et une intellectualisation ((A2-2) (à cause d'une dispute) suivit par l'introduction de personnages non figurant sur l'image (B1-2), l'inhibition est tellement forte que la restriction est dominante (CI-1).

Problématique

Aborder la question de la perte a conduit notre cas à des perturbations. On observe alors, la pauvreté des procédés utilisés. Il semble que le cas a perçu la problématique latente de la planche mais évite d'aborder la capacité de rester seul mais parle du conflit entre les parents sans pouvoir s'en sortir du problème et sans nous préciser la fin de l'histoire.

Planche 13MF :

Un mari qui pleure sa femme qui est décédée peut-être à cause du cancer du sein.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, l'accent est porté sur une posture signifiante d'affect (CN-3) (Un mari qui pleure), suit une expression de représentation massive liée à la mort (E2-3) (sa femme qui est décédée), suivit par une précaution verbale (A3-1) (peut-être) qui donne lieu après à la perception de personnages malades (E1-4) (décédée peut-être à cause du cancer du sein), l'histoire est courte (CI-1)

Problématique

Cette planche peut solliciter un fantasme mortifère, de façon violente. Elle évoque les mouvements sexuels et agressifs. L'agressivité est abordée en recourant aux procédés narcissiques et primaires ; la défense est massive.

Planche 19 :

... Je ne sais pas ce n'est pas clair.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence important (CI-1) l'histoire commence par une dénégation (A2-3) (je ne sais pas) et le refus intervient (CI-1) (ce n'est pas clair).

Problématique

La planche incite à la régression et fait ressortir la capacité de clivage du sujet (dedans ≠ dehors). Devant l'incapacité du cas à fixer des frontières entre l'intérieur et l'extérieur et devant l'angoisse que cela suscite, le cas a refusé la planche.

Planche 16:

Là je vois une image déférente des autres, une image blanche c'est tout.

Procédés défensifs :

Après un temps de latence moyen, apparait l'insistance sur les limites, les contours et les qualités sensorielles (CN-4) (Là je vois une image déférente des autres, une image blanche) suit ensuite un placage (CF-1) (c'est tout). Intervient le refus et la restriction (CI-1)

Problématique

La planche renvoie à la façon dont le sujet structure et organise ses objets mais devant le vide idéationnel, notre cas n'a pas pu aborder le contenu de la planche et a préféré éviter d'affronter en refusant la planche.

Résumé des procédés

Cas: Malika Age: 45 ans

Série A (Rigidité)	Série B Labilité	Série C Evitement du conflit	Série E Emergement des processus primaires
<p>A1</p> <p>Référence à réalité externe</p> <p>A1-1 = 3</p> <p>A1-2 = 0</p> <p>A1-3 = 0</p> <p>A1-4 = 0</p> <p>A1-3 = 3</p>	<p>B1</p> <p>Investissement de la relation</p> <p>B1-1 = 0</p> <p>B1-2 = 2</p> <p>B1-3 = 2</p>	<p>CF</p> <p>Surinvestissement de la réalité externe</p> <p>CF1 = 6</p> <p>CF2 = 1</p> <p>CP3 = 0</p> <p>CF = 7</p>	<p>E1</p> <p>Altération de perception</p> <p>E1-1 = 0</p> <p>E1-2 = 0</p> <p>E1-3 = 3</p> <p>E1-4 = 1</p> <p>E1 = 4</p> <p>E2</p>
<p>A2-</p> <p>Investissement de la réalité interne</p> <p>A2-1 = 0</p> <p>A2-2 = 1</p> <p>A2-3 = 2</p> <p>A2-4 = 0</p> <p>A2 = 3</p> <p>A3</p> <p>Procédés de type obsessionnel</p> <p>A3-1 = 5</p> <p>A3-2 = 0</p> <p>A3-3 = 2</p> <p>A3-4 = 0</p>	<p>B2</p> <p>Dramatisation</p> <p>B2-1 = 5</p> <p>B2-2 = 0</p> <p>B2-3 = 1</p> <p>B2-4 = 4</p> <p>B2 = 10</p> <p>B3</p> <p>Procédés de type hystérique</p> <p>B3-1 = 0</p> <p>B3-2 = 1</p> <p>B3-3 = 0</p>	<p>CI</p> <p>Inhibition</p> <p>CI-1 = 16</p> <p>CI-2 = 6</p> <p>CI-3 = 0</p> <p>CI = 22</p> <p>CN</p> <p>Investissement narcissique</p> <p>CN-1 = 0</p> <p>CN-2 = 0</p> <p>CN-3 = 6</p> <p>CN-4 = 1</p> <p>CN-5 = 0</p> <p>CN = 7</p>	<p>Massivité de projection</p> <p>E2-1 = 0</p> <p>E2-2 = 0</p> <p>E2-3 = 1</p> <p>E2 = 1</p> <p>E3</p> <p>Désorganisation des repères identitaires et objectaux</p> <p>E3-1 = 2</p> <p>E3-2 = 0</p> <p>E3-3 = 0</p> <p>E3 = 2</p> <p>E4</p>

A3= 7	B3= 1	CL Instabilité des limites CL-1 = 0 CL-2 = 1 CL-3 = 0 CL-4= 0 CL = 1	Altération du discours E4-1= 0 E4-2= 0 E4-3= 0 E4-4= 0 E4= 0
		CM Procédés anti-dépressifs CM=00	

2.1.4.1 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= 05 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 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= 05; 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.

2.1.4.2 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 Malika. Les identifications étaient impossibles 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, Farida n'a pas trouvé de meilleure issue que de les figer.

Résumé du chapitre :

Dans la présente étude, nous avons essayé d'évaluer le fonctionnement psychosomatique de deux cas atteints par le Syndrome métabolique, il s'agit du

(cas Djamila 54ans et du cas Malika 45ans). 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 Djamila et son exposition au risque psychosomatique élevé.

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

Le fait que nos deux cas souffrent du même type de syndrome, à savoir le syndrome métabolique, n'a pas montré une ressemblance au niveau des processus mentaux engagés dans la désorganisation somatique. En effet si le risque est élevé chez nos deux cas, les problématiques de chacune des deux femmes sont différentes. Le risque élevé chez Djamila, mais semble être dans un milieu plus ou moins protecteur actuellement. Malika, elle, montre un risque psychosomatique élevé mais pour l'instant le milieu est protecteur, son mari, joue apparemment un système de par excitation par rapport aux excitations externes. Tant que le mari est disponible, on peut écarter le risque élevé mais si ça se trouve qu'il y ait des frustrations ou des chocs dans cette « niche familiale » le risque de désorganisation devient très possible.

Au TAT, nous avons remarqué une pauvreté des procédés chez Djamila et aussi chez Malika. 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 de fixations aux stades préobjectaux.

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 Djamila et Malika, 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.

Quand Malika, parle de sa vie, elle avait des propos très superficiels, ses propos montent un manque d'une conscience de son corps. Elle ne s'estime pas et se trouve moche au point d'éviter de sortir. Lorsqu'elle parle de cette gêne de son poids, elle avait une mimique assez forte de désespoir. Elle n'a pas confiance en elle. On peut dire que la conscience de soi n'est pas bien installée. Le soi est le moi corporel et selon Damasio (1999), si l'on veut comprendre les organismes vivants, depuis ceux qui sont faits d'une seule cellule jusqu'à ceux qui sont faits de milliards de cellules, il y a pour cela un excellent moyen : c'est de voir ce qui les délimite, ce qui sépare ce qui est dedans et ce qui est dehors. Les

caractéristiques nécessaires à la survie, comportent : une délimitation ; une structure interne ; un arrangement dispositionnel destiné à la régulation des états internes et qui remplit un mandat de maintien de la vie ; une frange étroite de variabilité des états internes assurant une relative stabilité de ces états. Considérons à présent ces caractéristiques. Il est curieux de penser que la constance du milieu interne soit essentielle au maintien de la vie, et que ce puisse être un schéma directeur et un point d'ancrage pour ce qui deviendra finalement un Soi dans l'esprit » [DAMASIO 1999]. Le stade est anobjectal et d'indifférenciation (150) Le fœtus, selon Bela Grunberger, vit dans un état élationnel qui constitue une homéostasie parfaite, sans besoin, car ceux-ci sont automatiquement satisfaits. Le fœtus ne connaît ni désir, ni satisfaction liée à la détente, mais un équilibre parfait constituant une source de bien-être en soi.

Le passage « de la cénesthésie narcissique au système d'organisation diacritique du protoSoi (dont les constituants neuronaux correspondent aux structures principales dédiées à la régulation homéostatique) » (R. Spitz, cité par Taferreau, 2011, P. 08) au Soi-noyau (qui va naître à partir de la liaison entre les émotions et des expériences significatives (naissance du psychisme) » (A. Damasio, cité par F. Taffereau, 2011, P.08), ne peut se dérouler correctement, empêchant alors le bon déroulement des autres étapes du développement psychique, y compris et surtout la maturation psychosexuelle » Cet "accident de parcours" génère un point de fixation-régression au niveau du narcissisme primaire, ainsi qu'un noyau masochique primaire défaillant limitant tout investissement objectal » (F. Taffereau, 2011, P.08).

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 :

Chez Djamila:

- 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 (19pts)

Chez Malika:

- L'évaluation du risque psychique : risque élevé
- L'évaluation de l'axe somatique (Axe 5) : Risque somatique élever
- 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 syndrome métabolique 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 élevé chez Djamila (19pts), que chez Malika (19 pts). En effet, les deux cas, courent un risque élevé et présentent des complications (diabète, HTA, HDL bas, etc.) ce sont des complications qui risquent d'engager le processus vital. Ainsi et avec ce constat notre deuxième hypothèse qui stipule que

- Le risque psychosomatique chez la personne atteinte par le syndrome métabolique, sera plus apparent chez les cas qui présenteraient des complications graves, principalement au niveau du cœur et des vaisseaux sanguins, Triglycérides et HTA élevées, *ne* peut être confirmée, car les deux cas présentent des risques, il y a, certes, une différence dans la manière de vivre leur maladie mais toutes les deux courent un risque grave. Ainsi, on ne peut confirmer notre deuxième hypothèse, mais nous pouvons supposer que le fait que le nombre de cas est composé de 2 cas seulement, il est donc difficile d'observer les nuances dans les différents niveaux de fonctionnement psychosomatique. Il serait peut-être, possible de confirmer notre deuxième hypothèse avec un groupe de recherche plus important.

L'analyse du TAT, nous avons observé que globalement :

a. Chez Djamila :

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 Djamila. L'inhibition s'est manifestée sous forme d'un temps de latence initial long, ainsi que sous 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.

Ainsi, le mouvement projectif est figé. Une défense massive est apparue contre la représentation de l'objet. Nous avons remarqué 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. Les quelques procédés primaires présents, n'ont pas été efficaces pour se dégager des situations imposées par le matériel (TAT). En effet, l'inhibition était directement mise en avant, dans la plupart des planches. Il en va de même pour les procédés labiles.

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 et la reconnaissance de la perte. Devant l'échec de l'intégration de l'objet, les identifications étaient impossibles. On peut dire que la pauvreté de la représentation interne des objets a conduit à l'impossibilité de représenter la perte au niveau mental, qui a fragilisé l'appareil mental de Djamila. Les représentations fantasmatiques internes étaient floues et mal distinguées, pour pouvoir réussir l'expression de pulsions agressives.

b. Chez Malika:

Les données globales du protocole TAT, chez Malika, montrent que le mouvement projectif est figé, 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 pour un dégagement de la situation, car l'inhibition était directement mise en avant, dans la plupart des planches. Il en va de même pour les procédés labiles.

La problématique générale, chez Malika 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 Malika. Les identifications étaient impossibles 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, Malika n'a pas trouvé de meilleure issue que de les figer.

Toutes les données précédentes montrent que chez Djamila et chez Malika, 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, Djamila et Malika présentaient, toutes les deux, une fragilité psychique qui se situe au niveau narcissique. Ainsi, notre troisième hypothèse qui stipule que :

- La production projective au TAT, indiquera une fragilité psychique chez la personne atteinte par le syndrome métabolique 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 une vision plus profonde du fonctionnement psychosomatique de chaque cas. 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, souffrant tout deux du stress professionnel mais répondant à des fonctionnements différents : un cas relève d'une névrose de caractère, et le second, relève d'une névrose de comportement. S. Flamand nous 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.

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, hymnologique, héréditaire et psychique).

Conclusion générale :

Notre étude a montré que les cas interrogés ont vécu des complications graves du syndrome métabolique, que leurs médecins leur ont diagnostiqué. Nos

CONCLUSION GENERALE

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.

La fixation au stade pré objet, fragilise le Moi et ouvre la voie aux anomalies à travers les étapes du développement, les fonctions corporelles restent 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 syndrome métabolique, 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 comparer un cas avec un autre.

À travers cette présente étude, nous avons conclu que le fonctionnement psychosomatique des cas atteints de syndrome métabolique, 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 prise en charge psychosomatique, pour éviter une désorganisation plus grave qui mettrait leur vie en péril.

Bibliographie :

- BENJAMEN STORA JEAN La nouvelle approche psychosomatique :9 cas clinique [Ouvrage]. - [s.l.] : 8eme edition , 2013.
- DR.HUssler transmettez votre savoir de kiné a kiné "une breve histoire moderne de la psychosomatique " [Article]. - décembre 2020. - pp. 38, 39.
- Frotier claudie santé mentale au québec [Article]. - 1988.
- G.pirlot modèle actuelle en psychosomatique [Article]. - 2007.
- Hussler Rotand racines historique de la psychosomatique [Article]. - novembre 2020. - p. 34.
- jacobine Odile quand le corps prend la relève , stressé , traumatisme et maladie somatique [Revue]. - 1999.
- PORCHER L le français langue étrangère [Ouvrage]. - (1995).
- Revue de la société de psychosomatique intégrative . - 8 Avril 2008.
- stora Jaen benjamin psychosomatique intégrative : l'être humain et la maladie [Article]. - 19 Juin 2012.
- stora J-B "études épidémiologique en psychosomatique intégrative " [Article]. - 2018.
- STORA J-B. "Les risques psychosociaux",psychosomatique [Article]. - 2015.
- STORA JEAN BENJAMEN La psychosomatique intégrative : une nouvelle approche des relations entre le corps et l'esprit [Ouvrage]. - [s.l.] : Edition in press, 2004.
- zahia Ikardouchen Bali approche psychosomatique intégrative [Revue] // université Kasdi Merbah Ouargla (Algérie).
- Alberti, K., Zimmet, P., & Shaw, J. (2005). IDF Epidemiology Task Force Consensus Group : The metabolic syndrome : A new worldwide definition. *Lancet*.
- Crepaldi, G., & Maggi, S. (2006). *The metabolic syndrome : A historical context. Diabetes Voice* (p. 51, 8-10).

BIBLIOGRAPHIE

- -Kylin, E. (1923). *Studien ueber das Hypertonie-Hyperglykamie-Hyperurikamiesyndrome. Zentralblatt fuer Innere Medizin* (p. 44, 105-127.).
- -Vague, G. (1947). *La différentiation sexuelle, facteur déterminant des formes de l'obésité.* 30,339-340.
- -Kaplan, N. M. (1989). The deadly quartet: upper-body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia, and hypertension. *Archives of internal medicine, 149*(7), 1514-1520.
- -Reaven, G. M. (1993). Role of insulin resistance in human disease (syndrome X): an expanded definition. *Annual review of medicine, 44*(1), 121-131.
- -Geneva.(1999). WHO consultation.— Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part I, *Diagnosis and classification of diabetes mellitus.* World Heal Organisation, non-communicable disease surveillance.
- -Scheen A.J.,Luyckx F.H(2003).Le syndrome métabolique :Définition et donnée épidémiologique ,6.
- -Eckel, R. H., Alberti, K. G., Grundy, S. M., & Zimmet, P. Z. (2010). The metabolic syndrome. *The lancet, 375*(9710), 181-183.
- -Slimani S(2014).Recherche biomédicale publiée en algrie état des lieux.Batna journal medicale science,1.,79.
- -Andreelli, F., & Ziegler, O. (2005, April). Comment prendre en charge le syndrome métabolique?. In *Annales d'endocrinologie* (Vol. 66, No. 2, pp. 36-45). Elsevier Masson.
- -Wassink, A. M. J., Olijhoek, J. K., & Visseren, F. L. J. (2007). The metabolic syndrome: metabolic changes with vascular consequences. *European journal of clinical investigation, 37*, 8-17.
- -Berdi,F(2012).Syndrome métabolique et obésité étude prospective réalisée à l'hôpital militaire d'instruction Mohamed v. thèse :pharmacie. Rabat Maroc : université Mohamed –Souissi,191p.
- -Lebovtiz HE(2002).Clinician's manual resistance. science press.69.

BIBLIOGRAPHIE

- -Brunt EM(2001). Non-alcoholoc steatohepatitis: definition and pathology. *Semin Liver Dis.* 21: 3-16.
- -Byrne, M. M., Sturis, J., and Polonsky, K. S. (1995). Insulin secretion and clearance during low-dose graded glucose infusion. *Am J Physiol* 268, E21-27.
- -Vergès, B. (2007). Physiopathologie de la dyslipidémie du syndrome métabolique et du diabète de type 2. *Nutrition clinique et métabolisme*, 21(1), 9-16.
- -Wannamethee, S. G., Lowe, G. D., Shaper, A. G., Rumley, A., Lennon, L., & Whincup, P. H. (2005). The metabolic syndrome and insulin resistance: relationship to haemostatic and inflammatory markers in older non-diabetic men. *Atherosclerosis*, 181, 101-108.
- -Lorenzo, C., Okoloise, M., Williams, K., Stern, M. P., & Haffner, S. M. (2003). The metabolic syndrome as predictor of type 2 diabetes: the San Antonio heart study. *Diabetes care*, 26(11), 3153-3159.
- -Esposito, K., Ciotola, M., Marfella, R., Di Tommaso, D., Cobellis, L., & Giugliano, D. (2005). The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women. *International journal of impotence research*, 17(3), 224-226.
- -Liévin S(2015).Syndrome métabolique et complements alimentaires. Thèse :Pharmacie. paris :Université de Rouen,105p.
- - Chen, J., Muntner, P., Hamm, L. L., Jones, D. W., Batuman, V., Fonseca, V., ... & He, J. (2004). The metabolic syndrome and chronic kidney disease in US adults. *Annals of internal medicine*, 140(3), 167-174.
- Boekholt, M. (2015). 7. Le TAT : théorie et utilisation. Dans : M. Boekholt, Épreuves thématiques en clinique infantile (pp. 141-156). Paris: Dunod.

- ALEXANDER, F., (1977), « La médecine psychosomatique », PBP, Paris, 1977.
- Antonio R. DAMASIO, (1994), « L'erreur de Descartes, la raison des émotions », Paris, O. Jacob.
- Antonio R. DAMASIO, (1999), « Le sentiment même de soi, corps émotions, conscience », Paris, O ; Jacob.
- Antonio R. DAMASIO, « Spinoza avait raison, joie et tristesse, le cerveau des émotions », Paris O. Jacob, 2003.
- Anzieu, D, (1994), « Le penser. Du moi-peau au moi-pensant », Paris, Dunod, 1994
- Anzieu, D, (1986), Une peau pour les pensées : entretiens de Didier Anzieu avec Gilbert Tarrab sur la psychologie et la psychanalyse, Paris, Clancier-Guénaud.
- Anzieu, D. et Coll, (1961), «La méthode projectives», Paris, ED PUF
- Anzieu. D et Coll. (1961). «Les méthodes projectives ». Paris : PUF.
- Bénony, H et Chahraoui.k (2003), « Méthode évaluation et recherche en psychologie clinique», Paris, ED Dunod.
- Benony. H, Chahraoui. K. (2003), « Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique », Paris, France: Dunod.
- Benony. H, Chahraoui. Kh. (1999), « L'entretien clinique », Paris : Dunod.
- Brelete, F. (1996), « Fantasma et Situation Projective », Paris, Ed Dunod.
- Brelete, F. &Chabert.C (2003), « Nouveau Manuel du TAT », Paris, Ed Dunod.
- Buffet, C. & Varier .C (2010), « Endocrinologie diabétologie nutrition », Paris, Ed Masson.
- Caïn, J., (1990), « Le champ psychosomatique», Paris, Ed Dunod.
- Chabert. C. (1998), « La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach ». Paris, France : Dunod.

BIBLIOGRAPHIE

- Chabert. C. (2004). « Psychanalyse et méthode projective ». Paris : Dunod.
- Charaoui. Kh, Hervé. B. (1999), « L'entretien clinique ». Paris, France : Dunod.
- Ciccone, A. (1998), « L'observation clinique », Paris, Ed Dunod.
- Doucet. D & Coll, (2000), « La psychosomatique théorie et clinique », Paris, Ed Arnand.Colin.
- EDELMAN, J. M. (1992), « Biologie de la conscience », Paris, O. Jacob.
- Ferenczi, S & Rank O. (1924), « Perspective de la psychanalyse. Sur l'indépendance de la théorie et de la pratique ». Paris, Payot, 1994.
- EDELMAN, J. M. (2004), « Plus vaste que le ciel, une nouvelle théorie générale du cerveau », O. Jacob, 2004.
- Ferenczi, S., (2006), « L'Enfant dans l'adulte », Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1904). « La technique psychanalytique ». Paris, PUF, 1953.
- Freud, S. (1938). « Abrégé de la psychanalyse ». Paris, PUF, 194
- Gleick James, (1991) « La théorie du chaos, vers une nouvelle science », France, Flammarion.
- Green, A (1980) « La mère morte », in Narcissisme de vie, Narcissisme de mort, Paris, Minuit.
- Green, A. (2007), Pulsions de destruction et maladies somatiques, in Revue française de Psychosomatique, Paris, PUF, vol. 37n°2, p.192.
- Grunberger Bela, (2003), « Le narcissisme », Paris, Payot .
- Haynal.A & All, (1987), «Médecine psychosomatique», Paris, Ed Masson.
- Hippocrate (1839-1861), *Œuvres complètes*, É. Littré (trad.), Paris, J.-B. Baillière, 10 vol.
- 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.
- 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، مخبر تطوير* *الممارسات النفسية والتربوية، جامعة ورقلة*
 - 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
 - Ikardouche,Z, Stora, J-B. (2018). « The experience of pregnancy at risk : the point of view of integrative psychosomatic »1, (11) *مجلة مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، جامعة ورقلة دراسات نفسية وتربوية*
 - 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.
 - Keller, Pascal-Henri. (2010).Nouvelles approches en psychosomatique. Paris : Dunod.
 - Marty. P, M'Uzan M, David C. (1963). «L'investigation psychosomatique», Paris : PUF.
 - Marty, P, de M'Uzan, M., (1968), « La pensée opératoire », Revue Française de psychanalyse, vol. 22n° spécial, p. 345.
 - Marty, P., (1968), « La dépression essentielle », Revue française de psychanalyse, vol. 32, n° 3, p.595.
 - Marty. P. (1976), «Les mouvements individuels de vie et de mort», Paris : Payot.
 - Marty, P., (1980), L'ordre psychosomatique, T.2. Paris : Payot.

BIBLIOGRAPHIE

- Marty. P. (1990), «La psychosomatique de l'adulte». Paris, France : P. U. F. Que sais-je ?

- Pedinielli.J.L, (2005), « Cours de psychothérapie d'inspiration psychanalytique (psychologie des maladie somatique) », Paris, IED.
- Rebé Kaes, (1999), « L'entretien clinique », Paris, Ed Dunod.
- Roussillon, R, 2010, « La naissance de l'objet », avec Bernard Golse, Paris, Puf.
- Roussillon, R. (dir.), (2014), « Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale », Paris, (2eédition)
- Shentoub. V. & Coll., (1990), « Manuel d'utilisation du TAT. Approche psychanalytique », Paris, Ed Dunod.
- Spitz, R., A, 1993, « De la naissance à la parole », Paris, Puf.
- Spitz, R., A., 2008, « Le Non et le Oui », Paris, Puf.
- 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
- Stora, J-B., (1999), « Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques », Paris, Odile Jacob.
- Stora, J.B., 2007, When the body displaces the mind, stress, trauma and somatic disease, (foreword by Mark Solms), London: Karnac Books Ltd.
- Stora, J.B., (2011), « La Neuropsychanalyse, controverses et dialogues », Paris: MJW Féditions.
- 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.
- 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.
- Stora, J.B., 2013, « La Nouvelle Approche Psychosomatique, 9 cas cliniques », MJW- Féditions, Paris.
 - 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.
 - 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.
 - Stora, J-B.2018. « Études épidémiologiques en psychosomatique intégrative », psychosomatique intégrative, - No_Epidemiologie_JBS_20180408v0_4_SPI.pd2020.
 - Stora, J-B. (2019). « Le Stress », Paris, Presses Universitaires de France (10^{ème} édition).
 - Stora, J-B., (2019), « 15 cas de thérapies psychosomatiques. Comment soigner les malades, non simplement leurs maladies », Paris, Hermann, 244P.
 - 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.
 - Stora, J-B., (2021), « L'être humain est une unité psychosomatique », Formats : PDF - EPub – MobiPocket, ISBN : 9791026276555.
 - Stora, J-B., (2022), « La psychosomatique », Paris, que sais je ?

BIBLIOGRAPHIE

- 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.
- Winnicott, D, W., (1988), « Processus de maturation chez l'enfant » (1965), Payot, 1988
- Winnicott, D, W., (2006), « La Mère suffisamment bonne », Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2006
- Winnicott, D, W., (2010), « Les Objets transitionnels », Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot ».
- Winnicott, D, W., (2011), « La Relation parent-nourrisson », Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot ».
- لجلط أسماء، المقاربة السيكوسوماتية التكاملية للحمل في خطر"، 2021، أطروحة الدكتوراه، بإشراف الأستاذة بعلي إكرادوشن زاهية، نوقشت بجامعة ورقلة.
- Marty, P. (1999). Psychothérapie psychanalytique des troubles psychosomatiques. Revue française de psychosomatique, 16, 195-204. <https://doi.org/10.3917/rfps.016.0195>

Annexe 1:

Planche 1 :



Planche 2 :



Planche 3BM :



Planche 4 :



Planche 5 :



Planche 6 :



Planche 6BM : présentée qu'aux hommes



Planche 6GF : présentée qu'aux femmes

Planche 7 :



Planche 7BM : présentée qu'aux hommes



Planche 7GF : présentée qu'aux femmes

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



Planche 9GF : présentée qu'aux femmes



Planche 10 :

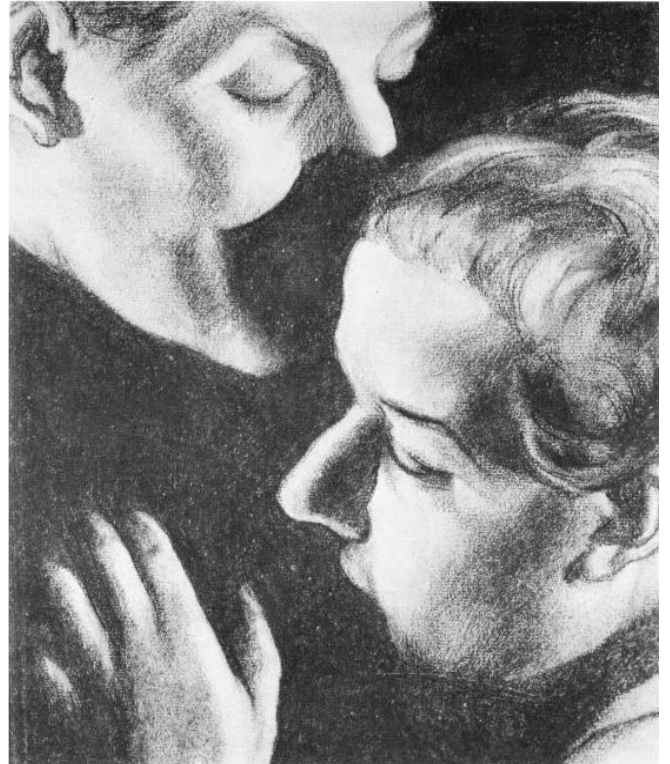


Planche 11 :

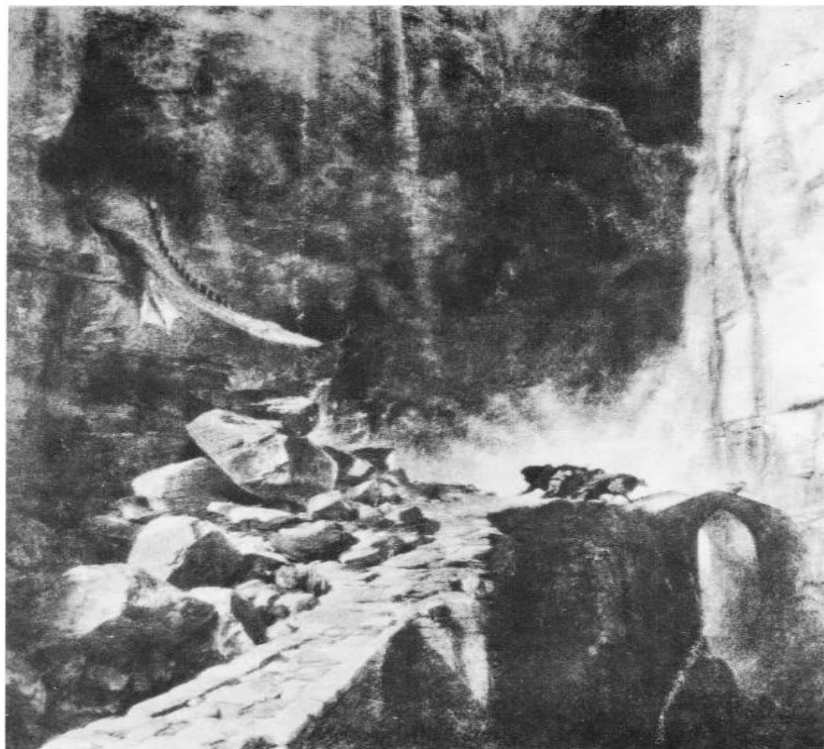


Planche 12BG : n'est pas toujours donnée au patient et peut être présentée aux deux sexes



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



Planche 13MF :

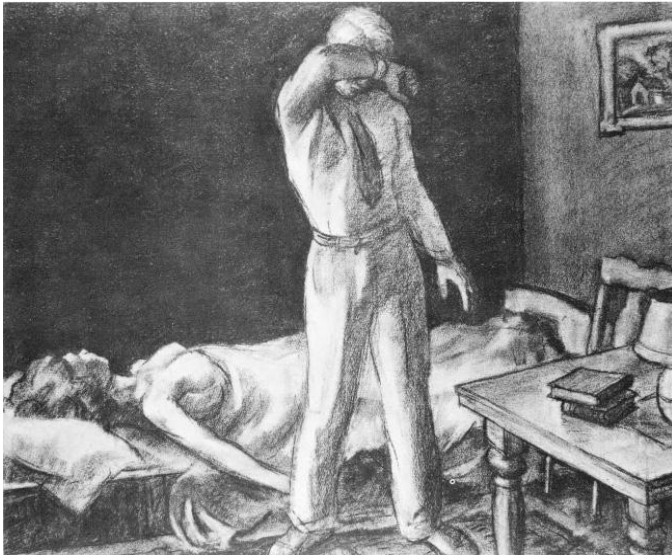


Planche 19 :



Planche 16 : c'est une page blanche

Annexe 2 :

Feuille de dépouillement du TAT – version 2000/2001

Série A Rigidité	Série B Labilité	Série C Evitement du conflit	Série E Emergences des processus primaires
<p>A 1 Référence à la réalité externe</p> <p>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>A 2 Investissement de la réalité interne</p> <p>A2-1 : Recours au fictif, au rêve A2-2 : Intellectualisation A2-3 : Dénégation A2-4 : Accent porté sur les conflits intrapersonnels – aller/retour entre l'expression pulsionnelle et la défense</p> <p>A 3 Procédés de type obsessionnel</p> <p>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>B 1 Investissement de la relation</p> <p>B1-1 Accent porté sur les relations interpersonnelles, mise en dialogue B1-2 : Introduction de personnages non figurant sur l'image B1-3 : Expressions d'affects</p> <p>B 2 Dramatisation</p> <p>B2-1 Théâtralisme – Exclamations, commentaires personnels – 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>B 3 Procédés de type hystérique</p> <p>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 le discours</p> <p>CN Investissement narcissique CN-1 : Accent porté sur l'éprouvé subjectif – Références personnelles CN-2 : Dd narcissiques – Idéalisation de la représentation de soi (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 Investissement 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 : Idéalisation (+ ou -) / Clivage de l'objet CL-4 Hétérogénéité des registres de fonctionnement (interne/externe : perceptif/symbolique ; concret/abstrait...)</p> <p>CM Procédés de type maniaque 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 : Précipitation, pirouette, clin d'œil...</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, malformés</p> <p>E2 Massivité de la projection E2-1 : Inadéquation du thème au stimulus, persévération, fabulation hors image, symbolisme hermétique E2-2 : Evocation du mauvais objet, thème de persécution, recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiologies 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 objectaux E3-1 : Confusion des identités – télescopage 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 : Défenses maniaques (associations par contiguïté, par consonance, coq à l'âne...)</p>

Annexe 3 :

Passation TAT cas Djamila

Planche 1 :

Twaligh aqchich ihzen yevgha adil3eb s le violon ni m3na je pense obligé adigher, daya itwaligh.

Planche 2 :

Taqchichtayini tes3a imawlanis diflahen, khedmen taflaht, apres nettath atroh atgher, daya twaligh, hhh ... z3ma amaken tevgha at3iwen imawlanis par ce que taflaht tew3er mais obligé atroh atgher, ghatent imawlanis, tevgha ahent3iwen.

Planche 3BM :

Dayitwaligh, euh 3limghara ma dargaz negh tamettoth, ihzen negh itrou, ou3limghara, nek akka twaligh, amaken d l3evd itrounegh d hed iyellan zathes ihlek itroufellas, negh da3yi ge3ya, 3limghara.

Planche 4 :

L'histoire ayi, thayi thevgha atettef wayi adiqim ghores netta ivgha adirwel, hhhhhnetta ivgha atidj nettath thetthellilith adiqim, amaken ivgha adimsiparé dides.

Planche 5 :

Tayi, izmer lhal darrawis iyellan dayi tesfiqqidasen achou kheddmén, teldid tawwourth bach atzer achou kheddmén arrawis, negh peut être ihednatén, oulach l3ivad mais thetvaned c'est une chambre parce que llant les tables les livres dayini, izmerlhal tesfiqqidasend i warrawis.

Planche 6GF :

Tayi tetvinyid amaken itmenacit negh iheddrasd kan, nettath oundba3d tetthessisas negh tekhle3, akka itwaligh nekki.

Planche 7GF :

Tamettoth ayi tegharasd une histoire i yellis, atan dakhel woussou, yellis teqqimed zathes, tegharasd une histoire, apres yellis amaken elle ne s'intéresse pas, tevren aqroyis thessisara i yemmas.

Planche 9GF :

Hhhh thayini zrighara achou adinigh fellas, amaken tispyonitid, tevgha atzer achou tkheddem, s toufra, puis zrighara achoudewwiaken g fousis, un livre negh quelque chose, daya twalighzyes.

Planche 10 :

Amaken oundzernara apres qlen mzren, ahath dargaz ihin oulachith, mi diqqel ... hadja zyes l'émotion et tout.

Planche 11 :

Oudtvin ara mlih l'image ayi, ou3limghara achouth, twaligh amakend adrar, ivlatén, twalighara mlih.

Planche 12GB :

Dayini twaligh d chethwa, ikkathed wedfel, tafloukth ayi zrighara achou tkheddem dayi, hhhh, amaken thella la rivière deffir n chejwar ayi.

Planche 13B :

Twaligh aqchich damzyan it3assa vavas negh yemmas adeqqel, tmekthayeghd zik mara adyili vava iroh oudiqqilara, akka ithnet3assa a thewwourth adiqqel.

Planche 13MF :

Tayi tamettoth tahlek negh temmouth, apres wayi itrou fellas, tvinyid temmouth, apres wihin itrou fellas, peut être d gmas negh dargazis.

Planche 19 :

Twalight am les histoires ni g les dessins animés hhhh , dayi amaken times ittawit ouvahri, akkatwaligh.

Planche 16 :

Oulach ouma d kra, blanc sur blanc, oulach ouma d krahhhh.

Passation TAT cas Malika

Planche 1 :

Sahit , dagi zaragh aqchich avestoh zat – is livre d yiwet n ala orttta3qilagh ara dachutt , aqchichni ittvin yahzen .

Planche 2 :

Dagi zaragh ababa-t akk d-usardun – is ikhedam akkal , akk d tmetut –is s tadisit zat –is tekhedmased l courage , zaragh daghen yelli – is tettaf avrid gher l’université degudm –is tettvin tahzen .

Planche 3 BM :

D arggaz idelaqgh ef w-ussus , ittevin ihzan , découragé , balak ahat imi isroh tamtut-is .

Planche 4 :

Zaragh tlata n l3ibad, snat n lkhalat akk d yiwen wargaz, tamtut – ayi test3arf-as i wargaz –ayi s lhob-is netta yetthibi tamttut agui tislata, emmmik kar adifagh tetthlilit daya ittwaligh .

Planche 5 :

Zaragh tamtut teldid tawurt ntkhamt tenwa addaf hed akken asetini lhaja d’urgence.

Planche 6 GF :

Zarragh tamtut d wargaz hedren ttemtalayen , tevanen ttemhiban .

Planche 7 GF :

Emm , zarraghsnat n lkhalat , yiwet deg-sent tehkoy-as tahkayet et ltofan –nni yllan gerifasen n tmtot nni niden tettvin tahzen degodam-is .

Planche 9 GF :

Kifikif zarragh snat n teqchichin yiwette ttazal sedffir tayed , yiwet degsent tffar deffir n tejra balak tugad tayed .

Planche 10 :

Zerragh ababat iger-as ighalen immi-s , ahat akken as- d- ykhedam l courage .

Planche 11 :

Zarragh une cascade, des cigognes, les rochers degudrar .

Planche 12 BG :

Dagi zarragh tafluket degl ghaba yechuren d tejrta .

Planche 13 B :

Dagi zarragh aqchich amechtoh ittevin yugad balak imawlanis ig noghen .

Planche 13MF :

Argaz yesettroy gheftemtota –is imothen balaks l cancer n yedmaren .

Planche 19 :

Je ne sais pas ce n'est pas clair.

Planche 16 :

Tagui ttewalighe ttemkhalaf gheftiyednin , une image blanche daya ittwaligh .

Annexe 4 :

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

Evaluation globale du risque psychosomatique

JBS-PSYSOMA-version22.Mai2011

THEPSYCHOSOMATICGRID

Elaborée par J.B. STORA de **1993 à 2011**²³

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

Evaluation globale du risque psychosomatique

JBS-PSYSOMA-version22.Mai2011

THEPSYCHOSOMATICGRID

Elaborée par J.B. STORA de **1993 à 2011**³

FICHE PATIENT

Nom: Prénom:

Date de naissance:

Date du début de traitement: examen clinique du :

Date de fin du traitement:

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

Prière d'utiliser la classification internationale des maladies.

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

³Une première classification a été élaborée par Pierre Marty(1987); ma méthode, qui n'est pas une classification, prend en considération les premiers travaux de Pierre Marty profondément modifiés par l'approche de la Psychosomatique Intégrative. J'ai repris les concepts de la psychanalyse développés par Sigmund Freud et, après lui, depuis sa mort jusqu'à nos jours auxquels j'ai ajouté toutes mes recherches sur le stress professionnel et les troubles somatiques induits

Evaluation globale du 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

LES 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 style="text-align: center;">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 SUBLIMATOIRES 2. LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS 3. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS (RUBRIQUEES MODIFIEES) 4. RISQUE LIÉ À L'ENVIRONNEMENT 	

<p>1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES,</p> <p><u>En fonction de vos observations, vous devez arriver à évaluer les processus psychiques du patient ou de la patiente, et noter soit 1, 2,3 ou 4 en vous référant aux 4propositions ci-dessous:</u></p> <p>Fonctionnement psychique équilibré: Capacité de remémoration du passé, Capacité d’aller-retour présent– passé, Capacité d’élaboration;</p> <p>Fonctionnement psychique momentanément altéré: Irrégularités du fonctionnement mental– débordements momentanés des</p> <p>Possibilités d’élaboration mentale par excès d’excitation sous répression des représentations</p> <p>Fonctionnement psychique profondément altéré: vie et pensée opératoire</p> <p>Fonctionnement psychique gravement altéré: Désorganisations progressive-dépression essentielle</p>	<p>NOTE</p> <p>.....</p>
---	---------------------------------

		NOTE
2. PREVALENCE DESCOMPORTEMENTS	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe2C: 1. comportement contrôlé et intégré. 2.Faible.3.Moyenne.4.Forte.
3.CAPACITE D'EXPRESSION DESAFFECTS 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. Lepatient réagit en miroir aux manifestations affectives du thérapeute. Affects traumatiques et somatisations Alexithymie.
4.RISQUELIEA L'ENVIRONNEMENT: Nature de l'environnement Environnement familial etenvironnement professionnel. A partir de cette notation apprécier les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique(traumatismes).	A partir des résultats d'observation de l'axe 4.Evaluer les 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, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d'intensité moyenne, 5. Altération importante,

	<p>6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire,</p> <p>7. incapacité durable de fonctionnement autonome.</p>	
--	---	--

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

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

Risque faible à modéré:5à 10

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

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

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

Evaluation du risque somatique	
5 niveaux : Risque très élevé risque élevé	A partir des résultats d'observation et de diagnostic de l'axe 5 et des pronostics communiqués par les médecins du patient. Notation:.....
Risque moyen	
risque faible absence de risque	
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	
Une fois établi le fonctionnement psychique, et les réactions face à l'environnement, vous pouvez à présent proposer un diagnostic à partir du tableau ci-dessous.....	

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

névroses de transfert, névroses classiques au sens des indications de psychanalyse

névroses actuelles

troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient inorganisation)

Psychoses (Pour les psychoses et troubles de l'humeur, nous conseillons de vous référer au manuel DSMIV).

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

SF	Classification nosographique	Diagnostic
	1. Névroses de transfert (psychonévroses de défense, S. Freud) (Névrose bien mentalisée: Certitude)	

110		Névrose obsessionnelle	
120	Symptômes	Phobie	
130		Hystérie	
135	Névrose mentale symptomalogique mentorganisée, 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	
2.Névroses actuelles			
(Echec de la constitution de la névrose infantile)			
Névrose à mentalisation incertaine : Doute			
Névrose mal mentalisée : Défauts avérés. La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : Epaisseur de l'ensemble des formations représentatives; fluidité des liaisons entre les représentations; permanence habituelle d fonctionnement.			
140		Hystérie d'angoisse	
141		Névrose d'angoisse	
142		Névrose de caractère	
145		Hypocondrie (différents états)	
146		Névrose traumatique	
147		Névrose relation d'objet allergique	
3.Troubles narcissiques duSoi, del'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient – inorganisation-névroses non mentalisées))			

170		Névrose de comportement	
171		Hypocondrie archaïque	
172		Troubles du narcissisme	
173		Troubles de l'identité	
174		Troubles addictifs	
175		"Psychose froide" ou non délirante A. E. 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 fois des émotions et des conduites, non spécifié.	ci s
	Troubles de la personnalité	Paranoïaque, schizoïde, antisociale et, e, borderline histrionique, narcissique, évitante, dépendant obsessionnelle- compulsive, non spécifié.	e, e,
Consulter le manuel DSMIV pour plus de détails.			

COMMENTEVALUERLEPROCESSUSETMECANISMES PSYCHIQUES

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

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

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 I A: 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, événements 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>		
150	<p>An objectal</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 l'enfant, sauf dans une certaine mesure dans les sphères vitales tels le métabolisme, les fonctions alimentaires, circulatoires, respiratoires, etc.</p> <p>L'individu-enfant se prend lui-même comme Objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs - stade de la toute-puissance des pensées. Première ébauche du Moi et son investissement par la libido.</p> <p>«...le Soi constitue la première configuration organisée de l'appareil psychique qui émane de l'unité mère-enfant et lui succède..... avant qu'en 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>

LES ANNEXES

151	Pré-objectal	M. Klein: position schizo-paranoïde dans la relation à l'objet (bon et mauvais, aimé et haï). Rapprocher de R. Spitz à 3 mois Prédominance de traits de la pré-généralité.
152	Objectal	Intégration de la position dépressive du 9 ^e mois ; mise en place de l'objet. Prédominance du comportement oedipien génital
153 a	Narcissisme primaire	
153 b	Narcissisme de mort	
154	Narcissisme secondaire	.
154 a	Narcissisme de vie	
155	Soi grandiose	Ref. Kohut «Le Soi»; pour le Soi consulter manote pédagogique.

156	Idéal du Moi	Imagoparentale idéalisée (Kohut)
157	Moi-Idéal	Cf. Pierre Marty glossaire
158	Apparencemasochique	Du type névrose de destinée avec absence d'intégration de satisfactions passives. Etats de souffrance sans objet , sans désirs etsansmodificationàl'occasiondelamaladiequinedevientpasobjet d'investissement
159	Masochismemortifère	Désinvestissement de l'objet et pour le monde objectal suite à l'affaiblissement de la libido objectale (cf. Benno Rosenberg) lemasochismemortifèreimpliqueunprocessus sous-jacent de désintrinsication pulsionnelle.
160	Masochisme de vie	
161	Lacunes del'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.
<p>AXE I B: ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS</p> <p><i>observés lors de l'anamnèse : Etats psychiques du Moi et conséquences sur son organisation</i></p> <p>Approche psycho-dynamique: conflits du Moi/ça, surmoi, monde extérieur</p>		

LES ANNEXES

200	Angoissesdiffuses	Angoissesautomatiquesdesépisodesdedétresse
201	Angoissesobjectales	Signauxd’alarmeaccompagnéesdeliaisonsreprésentatives
202	Deuilspériodepré- Pubertaire	Deuilsdepersonneoupertesd’objets significatifsprépubertaires nonélaborés
203	Deuilsrécents	Deuilsoupertesd’objets significatifsrécentsnonélaborés
204	Dépressions	Aiguësousubaiguësfréquentesausensdelapsychanalyse
205	Dépressionde l’adolescence	
206	Dépressionlatente	
207	Post-partumblues	
208	Dépressionessentielle	DPE précédant la somatisation, DPE fréquentes se référer à l’histoiredupatientet àl’histoirede lamaladie. Selonleshypothèses,tenterd’établirlesdates.
209	Traumapermanent	Peséetraumatiquepermanente
210	Traumatisme	Notiondetraumatismes,d’unesituationfamiliale,oud’uneactivité parentaleayantpugauchirl’évolutionclassiquedelasexualité
211	Traumatismedela naissance	

212	Névrose traumatique	Incapacité pour la psyché de lier un événement traumatique ; sidération de l'appareil mental; absence de figurabilité; rupture affect et représentation ; à relier aussi au PTSD, post- traumatic stress disorder (importance du facteur quantitatif économique dans l'occurrence de l'événement).
213	Traumatisme professionnel	Licenciement, harcèlement, violence au travail, etc.
215	Pensée magique	Utilisation importante de la pensée magique ou tradition culturelle Ou religieuse pesant sur le fonctionnement psychosomatique
216	Coexistence de plusieurs modes de pensée dans le MOI, en conséquence des différences culturelles.	Mode de pensée différent de la pensée occidentale ; préconscient composé de représentations culturelles influençant émotions, comportements et pensées ; référence à la première génération d'émigrés ou à la deuxième génération chez qui les deux ou «n» cultures coexistent.
217	Irrégularités du fonctionnement mental	
218	Vie et pensée opératoires	La vie opératoire tient compte de la réduction de la pensée face à l'importance des comportements. Les quelques représentations qui paraissent exister sont comme les rêves pauvres, répétitives, marquées du 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.

AXE1C:POINTSDEFIXATIONSREGRESSIONS²⁴

Stades de maturation psychosexuelle du Moi et organisations psychosomatiques (hyp.J.B.S, cf.ouvrage de « Neuropsychoanalyse» 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. excréation	Rein, colon, contrôle sphinctérien
305	F. motrice	Musculo-squelettique, articulations,
306	Métabolisme	Troubles du métabolisme / endocrinology
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 pré-génitales.

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

310	SN Sympathique	
311	SN Parasymphathique	
350	1^{er}Organisateurpsy.	Organisation cénesthésique, relation pré-objectale, processus primaire(Cf.René Spitz).
351	2^{ème}Organisateurpsy.	Mise en place au 8° 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 anale1^{er} temps	
359	Fixationsadiqueanale2^eme 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.91et 92«Les mouvements individuels de vie et de mort ».
360	Fixation phallique	
361	Fixation homosexuelle	
362	Fixation génitale	
	AXE1D	MECANISMESDEDEFENSEDU«MOI»

380	Déni de la réalitépsychique	<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 Partiels que rencontre le nourrisson est le sein maternel, un clivage</p>

		<p>peut alors s'opérer : le sein en tant que source de satisfaction est un bon objet alors qu'en tant que source de frustrations, il est un mauvais objet. Cela va donner lieu à toute une série de processus projectifs et introjectifs qui vont permettre à l'enfant de s'approprier le monde et plus tard de le penser. Le bon objet sera gardé à l'intérieur, le mauvais est expulsé à l'extérieur, le clivage va permettre l'organisation de l'univers sensoriel et émotionnel du jeune enfant. Pour Mélanie Klein, le clivage va servir de base au refoulement, un clivage initial excessif risque de rendre difficile toute communication entre l'inconscient et le conscient, et donc de déboucher sur un mécanisme de refoulement ultérieur d'une rigidité névrotique. Un clivage excessif peut amener une désintégration du moi, le clivage est aussi à la base de mécanismes tels que l'idéalisation ou l'angoisse de persécution. Pour Mélanie Klein le clivage de l'objet ne peut avoir lieu sans qu'un clivage du moi ne l'accompagne ; le moi pourrait être effrayé par son agressivité (au sens d'angoisse à l'égard de l'objet) et par conséquent va maintenir séparer les parties de lui-même considérée comme bonnes de celles considérées comme mauvaises. La partie mauvaise fait généralement l'objet d'une projection ce qui permettra au moi d'éviter de connaître son agressivité ou son angoisse. Ce n'est que lorsque le moi devient plus fort c'est-à-dire capable de supporter ses émotions négatives, qu'il pourra les reconnaître comme faisant partie de lui-même diminuant ainsi progressivement le recours à la projection et pouvant accéder à une meilleure intégration et différenciation entre lui et l'objet. Une telle évolution mènera le moi à la position dépressive.</p>
383	<p>Identification projective</p>	<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</p>

		propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet et pour lui nuire, le posséder et le contrôler.
384	Refoulement	Il s'agit d'un processus psychique qui peut être considéré comme un processus universel, en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme. C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs)liées à une pulsion. Cf. les travaux de Sigmund Freud.
385	Formation réactionnelle	Il s'agit d'une défense directement en opposition avec la réalisation du désir ; c'est une attitude de sens opposé aux désirs refoulés et constitués en réaction contre celui-ci par exemple la pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes. À propos de la névrose obsessionnelle Sigmund Freud dégage un mécanisme psychique

		<p>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,--</p> <p>qui sont en contradiction avec l'activité sexuelle infantile à laquelle 'é tait 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.</p>
386	Isolation	<p>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</p> <p>Pensées et des actes.</p>
387	Annulation rétroactive	<p>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</p> <p>Ou un comportement ayant une signification opposée.</p>
388	Introjection	<p>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.</p> <p>L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel sans pour autant impliquer nécessairement une référence à la limite corporelle puisqu'il s'agit, par exemple, d'introjection dans le moi de l'idéal du moi; l'introjection est dans un rapport étroit avec</p> <p>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,</p> <p>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>

		parvient pas à la conscience. Il en résulte une sorte d'admission intellectuelle du refoulé tandis que persiste l'essentiel du refoulement ; 3. Au moyen du symbole de la dénégation, la pensée se libère des limitations du refoulement ». Il s'agit donc d'un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent.
393	Idéalisation	« ... L'idéalisation est un processus qui concerne l'objet et par lequel celui-ci est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changée . L'idéalisation est possible aussi bien dans le domaine de la libido du moi que dans celui de la libido d'objet ». (Freud, pour introduire le narcissisme). L'idéalisation notamment celle des parents fait nécessairement partie de la constitution au sein du sujet des instances idéales : moi idéal, idéal du moi. Il peut s'agir de l'idéalisation d'un objet aimé : « nous voyons que l'objet est traité comme le moi propre et que donc dans la passion amoureuse une quantité importante de libido narcissique déborde sur l'objet » (Freud, psychologie des foules et analyse du moi).
394	Identification à l'agresseur	ce mécanisme a été décrit par Anna Freud en 1936 ; le sujet, confronté à un danger extérieur représenté par une critique émanant d'une autorité, s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. Anna Freud voit à l'œuvre l'identification à l'agresseur dans des situations variées : agressions physiques, critique, etc. le comportement observé est le résultat d'un renversement de rôles- l'agressé se fait agresseur. Ce mécanisme joue un rôle important dans la constitution du surmoi. Pour René Spitz, ce mécanisme est prépondérant dans l'acquisition du « non », verbal et gestuel, vers le 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 Moietlesmécanismesdedéfense,Paris,PUF1967).
<i>AXEIE: Traits de caractère</i>		
400	Phobique	D'ambiance ou d'envahissement
401	Phobique d'objet	Liaisons représentatives
402	Hystérie archaïque	Conflits de nature psychotique plutôt que névrotique enfouis ; par exemple, aimer est l'équivalent de dévorer ou d'être dévoré. L'exploration analytique de ces fantasmes érotiques primitifs dans la relation transférentielle provoque la disparition des symptômes psychosomatiques ainsi que l'atténuation des inhibitions intellectuelles. Il s'agit ici de manifestations de la sexualité archaïque et du rôle qu'elle joue dans les diverses manifestations de somatisation (Joyce McDougall).
403	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 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 définitionnosographique dePierreMarty.Lesreprésentationssontabsentesou

		rare, 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
AXE1F:ACTIVITES SUBLIMATOIRES		
Nature des investissements surinvestissements, activités diverses: activités sociales, etc. sublimations, etc.		
490	Activités artistiques	
491	Activités sociales	
492	Activités spirituelles	
493	Activités sportives	
494	Activités culturelles	
AXE2: COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION		
450	Hypertonie musculaire	Débordement de l'appareil mental par les émotions
451	Posture	Tonicité de la posture, elle rend compte d'emblée de la tension Interne du sujet
452	Hypertonie musculaire et agressivité	(Pierre Marty) à la mesure des conflits habituels réactivés lors de la consultation et non encore exprimés (agressivité directement musculaire de type primaire court-circuitant l'élaboration mentale, l'hypertonie musculaire va souvent de pair avec une anxiété diffuse qui reconnaîtra plus tard son objet. Elle s'accompagne de tremblements de mains surtout, et s'oppose à une aisance relationnelle.
453	Manifestations vago-sympathiques	Ces manifestations témoignent du surplus d'excitations; Rires, pleurs, ou mimique de fantasme révélant la tentative d'une élaboration mentale.

454	Comportements de déni de réalité	Mode de 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	
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.

		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 définitionnosographique 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
AXE1F:ACTIVITES SUBLIMATOIRES		
Nature des investissements surinvestissements, activités diverses: activités sociales, etc. sublimations, etc.		
490	Activités artistiques	
491	Activités sociales	
492	Activités spirituelles	
493	Activités sportives	
494	Activités culturelles	
AXE2: COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION		
450	Hypertonie musculaire	Débordement de l'appareil mental par les émotions
451	Posture	Tonicité de la posture, elle rend compte d'emblée de la tension Interne du sujet
452	Hypertonie musculaire et agressivité	(Pierre Marty) à la mesure des conflits habituels réactivés lors de la consultation et non encore exprimés (agressivité directement musculaire de type primaire court-circuitant l'élaboration mentale, l'hypertonie musculaire va souvent de pair avec une anxiété diffuse qui reconnaîtra plus tard son objet. Elle s'accompagne de tremblements de mains surtout, et s'oppose à une aisance relationnelle.
453	Manifestations vago-sympathiques	Ces manifestations témoignent du surplus d'excitations; Rires, pleurs, ou mimique de fantasme révélant la tentative d'une élaboration mentale.
454	Comportements de déni de réalité	Mode de 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	Hypocondrie (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	Épuisement libidinal	Conduites d'épuisement
461	Dépersonnalisation	Manifestations de dépersonnalisation
462	Homosexualité latente	
463	Homosexualité	Pratique sexuelle
464	Sexualité génitale	Ejaculation précoce, impuissance, troubles de l'érection, frigidité, etc.
465	Addictions	Alcool, cigarettes, autres substances, web-addicts, video-addicts, etc.

466	Conversions fréquentes	Hystériques, ou apparentements hystériques (cf. Pierre Marty).
467	Identité	Problèmes fondamentaux 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 âge adulte	Exemple: changement suite à départ à la retraite
470	Répétitions somatiques	Rafales de maladies, cf. histoire de la maladie
471	Perversions organisées	Manifestations comportementales
472	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

AXE3:EXPRESSION DES AFFECTS

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

Cf. Glossaire, rubrique Affects

«Chaque événement, chaque impression psychique est pourvu d'un certain quota d'affect dont le Moi se

débarasse 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.

		<p>L'activité néocorticale est nécessaire pour qu'il existe des sentiments. Quatre éléments définissent l'alexithymie :</p> <p>1. incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments, 2. limitation de la vie imaginaire,</p> <p>3. tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits,</p> <p>4. description détaillée des faits, des événements, des</p> <p>Symptômes physiques.</p>
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 <u>représentance</u> 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);étatdelafamilleancienetactuel,scolarité,évolutionprofessionnelle,évolutionndela 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.
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

LES ANNEXES

AXE5: EVALUATION DE L'ETAT SOMATIQUE		Atteintes des activités corporelles	Atteintes des activités corporelles	Mutations récentes accidentelles ou non des activités corporelles
<p>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</p> <p>évolution, des complications éventuelles, des aggravations, avancer des hypothèses sur la relation avec des événements de vie (traumatismes, deuils, etc.), dégager les temps de latence entre événements de vie et apparitions des pathologies somatiques.</p> <p>Place occupée par la maladie: très importante, dénégation, déni, acceptation apparente, etc.</p> <p>Rôle joué par la maladie dans le fonctionnement psychique : combler un vide objectal, manifestations hypocondriaques, remplacer un objet disparu (deuil), etc.</p> <p>La maladie somatique a-t-elle modifié le fonctionnement psychique ? de quelle façon ? mécanismes d'adaptation à l'œuvre?</p>				
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			

LES ANNEXES

717	Infections par le virus de l'immunodéficience humaine		
718	Maladies infectieuses		
719	Surdosages		
720	Troubles induits par un médicament(codes additionnels)		
616			
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

Résumé de l'étude :

Le syndrome métabolique est une condition médicale complexe qui regroupe plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires, dont un taux élevé de triglycérides et un faible taux de lipoprotéines de haute densité (HDL) dans le sang. Cette condition est étroitement liée à des problèmes de santé tels que l'obésité, le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires. L'approche psychosomatique intégrative de Jean Benjamin Stora offre une perspective intéressante pour comprendre le fonctionnement psychosomatique des personnes atteintes de ce syndrome.

Dans ce présent travail, nous nous intéressons au fonctionnement psychosomatique des personnes ayant le syndrome métabolique. 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 vivant un syndrome métabolique, il faut prendre en considération l'histoire de sa maturité biologique et psychologique ; prendre en considération ce qui a marqué le développement de ce cas. C'est-à-dire s'intéresser à sa personne et non pas uniquement à sa maladie.

Pour comprendre le processus par lequel s'est engendré le syndrome métabolique, nous avons évalué le risque psychosomatique, chez nos cas, 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 syndrome métabolique 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 syndrome métabolique, sera plus apparent chez les cas qui présenteraient des complications plus graves au niveau cardio-vasculaire.
3. La production projective au TAT, indiquera une fragilité psychique chez la personne atteinte par le syndrome métabolique 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, syndrome métabolique, 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.

In this present work, we are interested in the psychosomatic functioning of people with metabolic syndrome. 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 case experiencing metabolic syndrome, one must take into consideration the history of its biological and psychological maturity; take into consideration what marked the development of this case. That is to say, take an interest in your person and not only in your illness.

To understand the process by which the metabolic syndrome was generated, we evaluated the psychosomatic risk, in our cases, by referring to the tools developed by the integrative psychosomatics of Jean Benjamin Stora, version 2011. We relied on the 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 affected by metabolic syndrome will indicate psychosomatic risk, according to Benjamin Stora's health and psychosomatic risk assessment grid.
2. The psychosomatic risk in people affected by metabolic syndrome will be more apparent in cases which present more serious complications at the cardiovascular level.
3. Projective production on the TAT will indicate psychological fragility in the person affected by metabolic syndrome 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.

Keywords: Psychosomatic functioning, integrative psychosomatics, metabolic syndrome, case study, TAT.