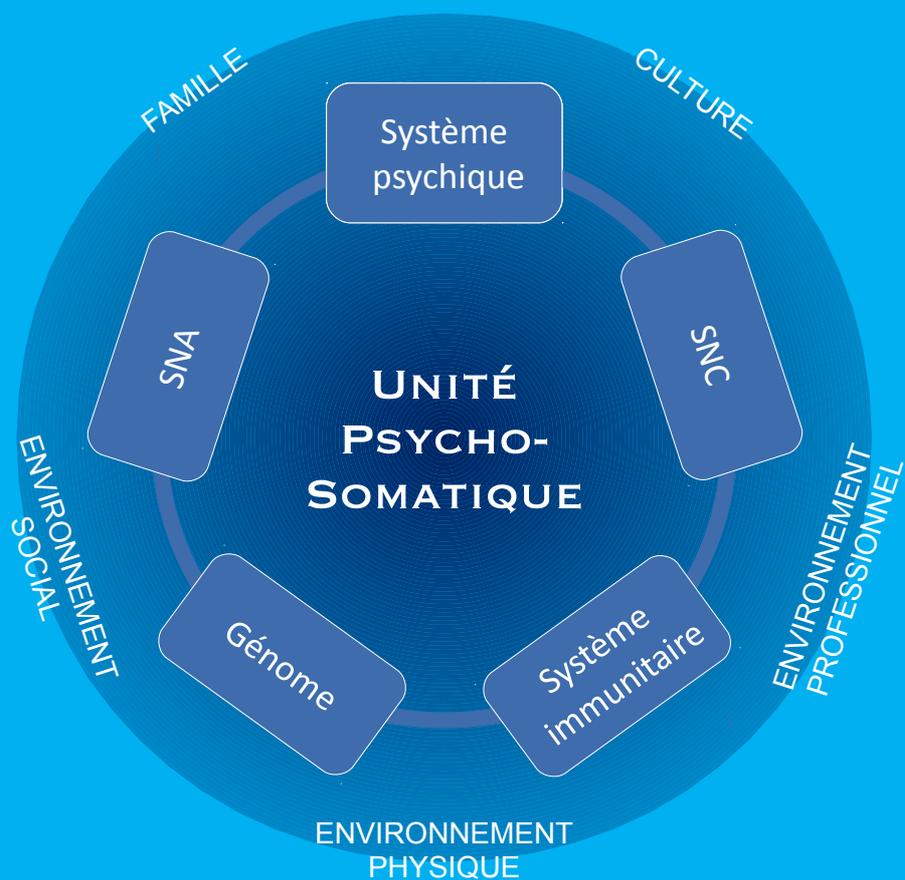


PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE

PSYCHANALYSE MÉDECINE NEUROSCIENCES

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE

ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE



NUMÉRO SPÉCIAL – 2018

COMITÉ DE RÉDACTION ET DE LECTURE 2018

André Aboukheir, Benoît Depreux, Stéphane Flamant, Lionel Naccache
Jean Benjamin Stora, Frédérique Tafforeau, Bruno Trumbic

COMITÉ SCIENTIFIQUE

- **PR. LAURENT BEAUGERIE**, service de gastro-entérologie, GHU St-Antoine
- **DR. PHILIPPE GIRAL**, PH, service d'endocrinologie, La Pitié-Salpêtrière
- **ANNE HÉRON**, Docteur en Neurosciences, Enseignant-chercheur HDR en Physiologie Humaine, Université Paris Descartes
- **DR. KARIM N'DIAYE**, Institut du cerveau et de la moelle épinière / Brain & Spine Institute, Paris, GHU La Pitié-Salpêtrière
- **PR. JEAN BENJAMIN STORA**, psychanalyste psychosomaticien, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière, Responsable enseignements de l'Institut de Psychosomatique Intégrative
- **MICHAEL STORA**, Psychologue clinicien, Psychanalyste, Psychosomaticien, expert enfants et adolescents addiction jeux-vidéo, Président fondateur de l'Observatoire des Mondes Numériques, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière
- **DR. RUTH ABOULKHEIR**, gynécologue
- **PR. WOLFGANG RAPP**, psychanalyste, professeur émérite de Psychosomatique, Université de Heidelberg
- **FRÉDÉRIQUE TAFFOREAU**, Docteur en biologie cellulaire et moléculaire, praticienne en psychosomatique intégrative et homéopathie uniciste.

Premier comité de rédaction 2014 : Rochdi Baklouti, Laurence Blanchar-Peretti, Valérie Bonnini-Davout, Benoît Depreux, Geneviève Desloges, Stéphane Flamant, Anne Héron, Jean Benjamin Stora, Pascale Surugue, Frédérique Tafforeau.

FONDATEURS DE LA REVUE DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE EN JANVIER 2014

SOMMAIRE DU NUMERO SPECIAL

JEAN BENJAMIN STORA

RESPONSABLE DE LA RÉDACTION DU NUMÉRO SPÉCIAL

Présentation du numéro.....	5
EST-IL POSSIBLE DE QUANTIFIER LES MODÈLES DE SIGMUND FREUD ? EST-IL POSSIBLE DE FAIRE DES RECHERCHES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN PSYCHOSOMATIQUE ?.....	8
Introduction.....	9
Épistémologie des modèles de S. Freud et des modèles de psychosomatique d'inspiration psychanalytique.....	12
1. La théorie des Lieux.....	14
2. Une Théorie de l'Énergie.....	18
Le Modèle II ou Modèle Topique Global.....	20
Mélanie Klein et W.R. Bion.....	23
Le Modèle de Pierre Marty.....	28
1. Instincts et pulsions – Instincts de vie et Instincts de mort.....	28
2. La combinaison des 2 topiques de S. Freud.....	29
3. Les concepts d'inconscient, de préconscient, et de moi idéal. La notion de mentalisation.....	30
RECHERCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE (1989).....	36
Bref rappel des caractéristiques de la population étudiée.....	36
Structure fondamentale, particularités et caractéristiques majeures, et maladies somatiques.....	38
1. La névrose de caractère bien mentalisée – Structure Fondamentale SF121.....	44
2. La névrose de caractère à mentalisation incertaine – Structure Fondamentale SF122.....	45
3. Les névroses de caractère mal mentalisées – Structure Fondamentale SF123.....	46
Étude de l'organisation mentale des principales maladies somatiques des patients de l'ipso – hôpital de la poterne des peupliers et de leurs relations et interrelations dynamiques.....	48
1. Cancer du sein – M142.....	49
2. Hypertension – M226.....	50
3. Maladie de Crohn – M272.....	50
4. Recto-colite hémorragique – M276.....	51
LA CLASSIFICATION PSYCHOSOMATIQUE DE PIERRE MARTY.....	55
A – Structure Fondamentale.....	55
B – Particularités habituelles majeures.....	56
C – Caractéristiques actuelles majeures.....	58

D – Caractéristiques résultant de la psychothérapie (ce chapitre de la classification est actuellement en voie de mise en pratique et d'élaboration).....	59
Bibliographie.....	65
DIAGNOSTIC ET CLASSIFICATION PSYCHOSOMATIQUES : QUE PEUT RÉVÉLER UNE ÉTUDE STATISTIQUE ?.....	68
Le diagnostic psychosomatique.....	69
1. Résultats du diagnostic.....	69
2. Modification du diagnostic initial.....	69
Bibliographie.....	75
MÉTHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE, ÉVALUATION GLOBALE DU RISQUE PSYCHOSOMATIQUE.....	76
Fiche Patient.....	76
Glossaire.....	105
ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE DES TRANSPLANTÉS CARDIAQUES.....	120
ÉVALUATION DU RISQUE ÉVOLUTIF DU CANCER DU SEIN EN MÉDECINE ET EN PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE.....	127
RISQUE PSYCHOSOMATIQUE ET SYNDROME MÉTABOLIQUE ÉTUDE SUR LE RISQUE PSYCHOSOMATIQUE DE 151 PATIENTS DE LA PITIÉ SALPÊTRIÈRE (57 FEMMES 94 HOMMES) PATIENTS DANS L'UNITÉ DE SYNDROME MÉTABOLIQUE.....	145
DE L'IMPORTANCE DES FACTEURS PSYCHIQUES ET NEURONAUX DANS L'ÉVALUATION DU RISQUE SOMATIQUE DES PATIENTES CANCER DU SEIN.....	156
Bibliographie.....	171
NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE DYNAMIQUE : UNE NOUVELLE APPROCHE.....	172
NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE DYNAMIQUE.....	180

PRÉSENTATION DU NUMÉRO

Pourquoi un numéro spécial sur les études épidémiologiques en psychosomatique intégrative ?

Tout a commencé en 1980 lorsque j'ai effectué mes premières études épidémiologiques sur le stress professionnel en entreprise. J'étais alors en formation à la SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS, que j'ai terminée en 1984 pour rejoindre, à L'INSTITUT DE PSYCHOSOMATIQUE, le Docteur Pierre Marty, Président fondateur de l'École de Paris, créateur du courant de psychosomatique psychanalytique depuis 1960. Je souhaitais soigner des patients somatiques en recourant à la psychanalyse. Pierre Marty m'a introduit dès la première année à la « classification » qu'il utilisait pour décrire le fonctionnement psychique des patients somatiques. J'avais pour la première fois une méthode utilisant des concepts psychanalytiques, et à partir de laquelle il était possible d'effectuer une étude épidémiologique ce qui pourrait paraître étonnant pour des psychanalystes !

Je suivais pas à pas tout son enseignement et je décidai d'engager une importante étude sur 321 patients de notre hôpital. J'ai obtenu l'accord de Pierre Marty, et, grâce à son aide, nous avons pu établir une base de données en étudiant les fiches de cursus des patients de l'hôpital. Je rencontrai Pierre Marty le samedi après-midi et nous consacrons notre temps à étudier soigneusement les données de chaque patient. Nous avons ainsi abouti à l'étude épidémiologique du fonctionnement psychique des patients somatiques de l'hôpital de la poterne des peupliers. Cette étude a paru dans un cahier de recherche de l'école HEC dont j'avais été le doyen de 1980 à 1984. Comme l'Institut de Psychosomatique ne possédait pas de serveur informatique, j'ai pris soin en sauvegardant l'identité des patients, de conserver sur le serveur de notre école les données de tous les patients. Le cahier de recherche dans lequel parut cette première étude a fait l'objet d'une réédition en 1993, année de la disparition de mon maître et ami Pierre Marty. Ce cahier a paru quelques mois avant son décès en juin 1993.

Nous avons fait une autre étude sur les pratiques des thérapeutes de l'hôpital de la poterne des peupliers révélant les difficultés d'établir un diagnostic à partir de la classification. À la mort de Pierre Marty, j'ai été évincé de l'Institut de Psychosomatique et je me suis rendu à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière où j'ai pu créer une consultation de psychosomatique ce qui m'a permis de poursuivre et de développer grandement mon expérience clinique. J'ai pu pendant 21 ans investiguer plus de 4000 patients souffrant de nombreuses pathologies somatiques. En tenant compte de nos réflexions avec Pierre Marty, j'ai élaboré une nouvelle classification prenant en considération les phases archaïques et prégénitales du développement psychosexuel. J'ai réintroduit la médecine et les neurosciences et, surtout, un glossaire des termes utilisés dans la classification, car cela manquait dans la classification de Pierre Marty. J'ai mis de très nombreuses années pour élaborer cette nouvelle approche à partir de laquelle j'ai commencé à effectuer les études épidémiologiques que je vous présente dans ce numéro spécial : une première étude sur les greffés cardiaques, une deuxième étude effectuée avec ma collègue le Docteur Pascale Surugue sur des patientes souffrant du cancer du sein, et enfin une étude consacrée à 151 patients du service d'endocrinologie qui abritait ma consultation. Mon collègue Benoît Depreux a effectué l'ensemble des études statistiques des patients du service d'endocrinologie.

Voici un peu plus de cinq ans, le Docteur Pascale Surugue m'a proposé d'entreprendre une recherche sur le cancer du sein sur un échantillon de 30 patientes qui s'est réduit à 24 ; j'ai investigué ces patientes dans les domaines psychiques, d'environnement familial socioprofessionnel et spirituel, la première année, la deuxième année et la cinquième année.

J'ai utilisé la méthode d'évaluation du risque psychosomatique et établi une fiche pour chaque patiente. Les données psycho-environnementales et biologiques communiquées par les médecins oncologues et le Docteur Pascale Surugue ont été rassemblées dans un tableau Excel qui a fait l'objet de traitements statistiques par le Professeur Pierre Brandéis de l'École HEC. Les résultats et commentaires scientifiques figurent dans mon article original présent dans ce numéro spécial. Il s'agit d'une recherche épidémiologique qui, pour la première fois dans la pathologie du cancer du sein, prend en considération toutes les dimensions psychiques dans leurs relations avec les dimensions somatiques.

Je souhaite avec ce numéro spécial apporter les preuves que des études épidémiologiques en psychosomatique intégrative sont possibles, **à savoir l'évaluation du risque psychique dans sa relation avec le risque somatique**, et encourager tous les collègues à suivre ce chemin en espérant qu'un jour ce modèle sera utilisé par des chercheurs en Médecine et en Neurosciences.

Jean Benjamin Stora, Paris, le 5 avril 2018

Remerciements

« Je tiens à remercier très chaleureusement mon collègue et ami Benoît Depreux qui a travaillé avec beaucoup de persévérance et de professionnalisme pour mettre en forme et corriger l'ensemble des articles de ce numéro spécial ».

Jean-Benjamin Stora

EST-IL POSSIBLE DE QUANTIFIER LES MODÈLES DE SIGMUND FREUD ? EST-IL POSSIBLE DE FAIRE DES RECHERCHES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN PSYCHOSOMATIQUE ?

JEAN BENJAMIN STORA

AVANT – PROPOS

J'ai créé à HEC où j'ai enseigné de 1967 à fin 1999, un séminaire de recherche consacré au fonctionnement mental et psychique des hommes et des femmes d'action. Cette approche impliquait qu'il y avait différents types de fonctionnement mental, et que tous les êtres humains n'étaient pas identiques à cet égard.

Nous avons eu recours pour comprendre cette problématique à l'approche théorique et clinique développée par le Dr. Pierre Marty, père fondateur de l'École psychosomatique dite de Paris avec qui j'ai étudié la Psychosomatique d'inspiration analytique de 1984 à 1993 (date de son décès). Cette approche psychosomatique d'inspiration psychanalytique est un courant différent de celui de la médecine psychosomatique, dont Franz Alexander est l'un des membres les plus connus. Pour la psychosomatique d'inspiration psychanalytique, il n'y a pas de psychogenèse de certaines maladies somatiques, mais des organisations mentales et des désorganisations mentales en fonction d'une classification des structures psychiques ; toutes les maladies somatiques sont abordées sans restriction, il n'y a pas de maladie psychosomatique. Dans la classification psychosomatique, les névroses étudiées par S. Freud sont classées dans les névroses bien mentalisées et constituent une des dix catégories possibles du fonctionnement mental et psychique. La richesse de cette approche nous permet de mieux comprendre la spécificité des hommes et des femmes d'action dont certains somatisent plus que d'autres, et sont plus fragiles sous des apparences de grande résistance psychologique. Nous avons repris dans nos travaux sur le stress professionnel les considérations théoriques et cliniques de l'école psychosomatique de Paris, à laquelle nous avons appartenu jusqu'à la mort de notre maître et ami.

Dans le travail de recherche que nous présentons, nous avons tenté d'insérer le concept de classification dans la construction freudienne. La classification est une catégorie épistémique étrangère à la psychanalyse. La psychanalyse de Freud repose depuis près d'un siècle sur la relation théorie / clinique ; des généralisations théoriques ont été établies à partir de l'étude de quelques cas. Cette démarche est entachée de paralogisme, car si quelquefois le passage du particulier au général a été fondé théoriquement, cela ne peut en aucun cas devenir une pratique scientifiquement établie. Or de nombreux psychanalystes continuent à théoriser à partir d'un cas clinique ! Quelle est la valeur scientifique de cette clinique théorique ?

L'introduction d'une classification permet de valider des hypothèses théoriques en s'appuyant sur des études statistiques épidémiologiques. Le plaidoyer de la première partie de notre travail de recherche a pour but d'articuler sur le plan épistémologique les modèles de la métapsychologie de S. Freud et la sémiologie psychosomatique de P. Marty.

Les modèles topiques de S. Freud servent de grille de lecture à la présentation des modèles de Mélanie Klein, W. R. Bion, et Pierre Marty. Nous évoquerons aussi la possibilité d'une mathématisation possible des modèles de la métapsychologie. Dans la deuxième partie, nous reprenons en la développant **une recherche entreprise dès 1985 à l'Hôpital de la Poterne des Peupliers à Paris sur plus de 300 patients. Pour la première fois nous pouvons présenter au terme de près de sept années de recherche des tableaux nosographiques psychosomatiques de huit maladies. Cette recherche a été effectuée avec l'aide et le**

contrôle de Pierre Marty qui a passé en revue toutes les fiches de patients. Nous avons travaillé tous les deux le samedi après-midi dans son appartement pendant plusieurs années.

Notre recherche doit pouvoir faciliter le diagnostic psychosomatique et permettre de mieux comprendre le fonctionnement mental et psychique des hommes et des femmes d'action qui constituent l'essentiel de nos préoccupations scientifiques actuelles. Il n'est cependant pas possible pour le moment d'isoler un type de fonctionnement mental et psychique, car nous tenons à faire remarquer que, dans nos études sur le stress professionnel, nous avons rencontré les plus grandes difficultés pour collecter des données auprès des entreprises de notre pays, rappelons qu'il s'agissait de recherches effectuées dans les années 80 du 20^e siècle.

Nous considérons que le présent travail de recherche pose les fondements théoriques et pratiques de l'approche psychosomatique insistant sur le risque psychique dans sa relation au risque somatique.

Jean Benjamin Stora Groupe HEC / Mars 1989, Réimpression en 1993

Doyen Honoraire de la Faculté de HEC

Ancien Président de l'IPSO « Pierre Marty » de 1989 à 1992

INTRODUCTION

La classification MARTY/IPSO développée par Pierre Marty et ses collègues a fait l'objet (de 1985 à 1989) d'une recherche appliquée que **nous avons poursuivie d'abord avec Pierre Marty, puis seul (depuis 1989) pendant plusieurs années.** Une classification qui n'est pas confrontée au test de la vérification expérimentale restera à l'état de construction théorique, et demeurera une hypothèse scientifique non validée. C'est pourquoi **nous avons proposé au créateur de la classification de faire un premier test** appliqué aux patients de l'Hôpital de la Poterne des Peupliers.

L'analyse de données que nous vous présenterons, accompagnée de nos commentaires dans la deuxième partie de notre travail, a été grandement facilitée par l'établissement de la vérification par Pierre Marty des données recueillies sur les 321 fiches de cursus des patients. Nous l'avons assisté dans cette démarche qui a consisté à reprendre chaque fiche pour contrôler la cohérence du diagnostic psychosomatique, puis, selon la classification médicale coder chacune d'elles, et enfin, coder selon la classification INSEE les rubriques professionnelles. Ces deux dernières codifications ne figurent pas explicitement sur les fiches actuelles. **Nous devons ajouter que la démarche a été encore plus complexe dans la mesure où nous avons repris des fiches qui avaient été préalablement établies dans un séminaire se déroulant souvent le dimanche dirigé par Pierre Marty en compagnie du médecin-chef et de nombreux psychothérapeutes.** Ces séances avaient pour objectif de réduire les écarts de diagnostic entre thérapeutes, en d'autres termes, d'évaluer les conséquences du contre-transfert en vue soit de confirmer le diagnostic initial, soit de le modifier. Nous avons dans le cadre d'une recherche non-publiée à ce jour, mais qui figure exceptionnellement dans ce numéro de la revue, analysé les écarts de diagnostic des 38 psychothérapeutes et psychosomaticiens ayant pris en traitement les patients de l'Hôpital de 1978 à 1985. Ce processus de réévaluation des observations par le biais de la technique « d'essais et d'erreurs » (trials and errors) est tout à fait conforme aux autres méthodes scientifiques qui emploient la méthode spéciale d'épreuve de la réalité.

Il existe maintenant à côté de l'approche clinique une technique scientifique utilisant l'arsenal puissant des probabilités statistiques permettant, après mise au point, de tester les modèles de

fonctionnement mental ; c'est la classification psychosomatique qui ne se substitue pas à l'approche clinique mais offre enfin la possibilité de vérification expérimentale. Nous savons que de nombreux psychosomaticiens-psychanalystes récusent une telle approche, aussi nous retournerons-nous vers l'expérience de l'Index de Hampstead pour tenter de répondre à la question de savoir si la classification peut fournir les fondements d'une méthode de recherche en psychosomatique psychanalytique répondant aux exigences d'une méthode scientifique. Comme le fait remarquer Joseph Sandler,¹ « les méthodes utilisées par le physicien et le philosophe sont par essence psychologiques, puisqu'elles portent sur la différence entre les perceptions et la réalité d'une part, et les théories relatives à cette réalité qui s'édifient dans l'esprit du savant, de l'autre. Or, la perception étant une fonction du Moi, les théories scientifiques sont le produit du processus d'élaboration secondaire du Moi, et tous les instruments du scientifique ne sont rien de plus que des outils spécialisés qui assistent les fonctions normales du Moi ».

Le psychanalyste est identique aux autres scientifiques, et sa démarche est la même, qu'il s'agisse « de la mise à l'épreuve progressive de ses théories concernant un malade donné ou de la théorie psychanalytique dans son ensemble »². La formation acquise par le psychanalyste lui permet d'accéder à ses propres processus de perception, et surtout de lui permettre de tolérer et d'examiner les contradictions entre ses perceptions et ses pensées. Mais nous devons aussi considérer les faiblesses de l'approche clinique individuelle. Joseph Sandler et ses collègues furent très rapidement conscients que « tout fragment de matériel psychanalytique peut être grossièrement surdéterminé de telle sorte que c'est en fonction du modèle intérieur que nous nous faisons du patient que nous procédons à une perception et une évaluation du matériel. Nous sommes confrontés à la nécessité de choisir certains aspects des données et d'en exprimer d'autres, ce qui peut empêcher d'évaluer d'un esprit critique nos propres modèles intérieurs au moyen du test de la réalité et du concept, confirmant ce faisant « nos théories et conceptions établies »³.

On comprend donc que ce procédé de la pensée peut créer des résistances concernant les modifications des concepts si nécessaires au développement scientifique. Comment surmonter ces résistances ? Par une attitude critique à l'égard de ses idées et par une confrontation avec ses collègues. C'est la démarche qui a été suivie par les créateurs de l'Index de Hampstead qui a abouti en partant de l'idée de mettre en ordre le matériel analytique à l'établissement d'une classification analytique très détaillée facilitant la liaison plus étroite entre théorie et observation tout en soulignant les failles dans le matériel et la révélation des anomalies théoriques. C'est grâce à ces confrontations que les psychanalystes ont pu procéder à de nouvelles formulations théoriques.

Cette démarche scientifique pourrait être aussi suivie à l'Ipsos puisque la classification peut faciliter les recherches monographiques par types de troubles somatiques à condition de développer de façon détaillée les rubriques de celle-ci à l'imitation des collègues de Hampstead. À cet égard, la classification MARTY/IPSO a suffisamment de souplesse pour ce faire ; elle a pour le moment suivi une voie différente dans la mesure où elle est d'abord un instrument d'aide au diagnostic psychosomatique prenant en considération les individus dans leur dynamique organisationnelle.

Ces deux classifications ont pour mérite principal d'essayer de résoudre le problème épistémologique du passage du particulier au général, en un mot le problème de l'induction si difficile à envisager dans l'approche clinique. Du point de vue de la Logique pure, il est bien

¹ Cf. bibliographie J. [Sandler](#)

² Ibidem

³ Ibidem

évident que c'est un paralogisme que de conclure de quelques-uns à tous. (Cf. bibliographie, Sandler, J.)

Nous avons vécu ou cours du dernier siècle sur le schéma épistémologique freudien suivant :

Hypothèse théorique \Leftrightarrow **Vérification clinique**

On peut même affirmer que la clinique dans l'œuvre de Freud est une catégorie sui generis qui a remplacé l'impossible vérification expérimentale de ses hypothèses de neuropathologie passant, comme il le dit, « de l'histologie du système nerveux à la neuropathologie et ensuite, sous de nouvelles influences, à l'étude des névroses » (G.W., XIV). Avec la classification MARTY/IPSO, nous introduisons un troisième terme dans le schéma :

Hypothèses théoriques \Leftrightarrow **Vérification clinique**

Classification Psychosomatique

Pour comprendre ce cheminement épistémologique, **il est nécessaire de faire un retour sur le modèle freudien en vue de situer l'apport théorique de la psychosomatique d'inspiration psychanalytique et son outil méthodologique, la classification, dans le champ de la psychanalyse.**

—

ÉPISTÉMOLOGIE DES MODELES DE S. FREUD ET DES MODÈLES DE PSYCHOSOMATIQUE D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUE

Freud a fondé un savoir qui porte son nom, d'où la difficulté d'une approche épistémologique, car un grand nombre d'études en la matière ont eu la tendance insidieuse à séparer la doctrine freudienne et la méthode psychanalytique. Notre intention n'est pas de passer en revue les différentes strates scientifiques de la constitution du savoir freudien ; d'autres ont déjà longuement traité du problème. Nous traiterons de la constitution des deux topiques et de leurs différentes variantes historiques incluant chemin faisant l'approche psychosomatique combinant de façon originale les deux topiques pour expliciter le fonctionnement psychique des malades somatiques.

Un de nos collègues, dont un livre publié a été publié récemment, a écrit à propos de biologie et psychanalyse : « ... La Biologie est une science, la Psychanalyse ne l'est pas »⁴. Or, pour Freud, « la psychanalyse est une Naturwissenschaft ». Dans l'Esquisse d'une Psychologie Scientifique, il annonce clairement ses intentions : « Dans cette Esquisse, nous avons cherché à faire entrer la psychologie dans le cadre des sciences naturelles, c'est-à-dire à représenter les processus psychiques comme des états quantitativement déterminés de particules matérielles distinguables, ceci afin de les rendre évidents et incontestables⁵. Cet énoncé de Freud est à replacer dans le cadre des enjeux épistémologiques des années quarante du siècle dernier. On distinguait à cette époque les faits relevant de la sphère de la nature et ceux relevant de la sphère de l'histoire et de l'homme, en d'autres termes Naturwissenschaften et Geisteswissenschaften. On trouve donc à la base de l'approche freudienne un monisme. Le monisme a pour effet de récuser la séparation des deux substances distinctes que sont l'âme et le corps, ce qui nous renvoie ou questionnement de Christophe Dejours et des psychosomatiques en général... Selon Haeckel, il y a « [...] unité fondamentale de la nature organique et inorganique, dont la dernière a commencé à évoluer relativement tard de la première [...] En conséquence, nous regardons aussi toute la science humaine comme un seul édifice de connaissance, nous repoussons la distinction habituelle entre la science de la nature et la science de l'esprit. La seconde n'est qu'une partie de la première, ou réciproquement les deux n'en font qu'une »⁶. Dans la controverse des méthodes qui se jouent dans le domaine de ce qui deviendra un jour les sciences humaines, dont le courant majoritaire est dominé par Dilthey et Rickert défenseurs de l'approche dualiste, **Freud s'est résolument rangé du côté des monistes**. Il a même adopté le serment physicaliste des trois grands fondateurs de la Berliner Gesellschaft⁷ énoncé en 1842 et cité par Jones : « [...] [nous] avons pris l'engagement solennel d'imposer cette vérité, à savoir que seules les forces physiques et chimiques, à l'exclusion de toute autre, agissent dans l'organisme⁸ (5). C'est pourquoi il faut entendre par Naturwissenschaft le modèle élaboré dans les sciences clés que sont la physique et la chimie.

À cette époque, se constitue un modèle qui suit le parcours suivant :

MÉDECINE ——— PHYSIOLOGIE ——— PHYSIQUE ——— PSYCHOLOGIE

C'est un modèle que nous retrouvons avec Freud qui passa de la médecine à la psychologie en manifestant son intérêt pour la physique et la physiologie anatomique. On pourrait se poser la question de l'actualité du savoir des années quarante (19^e siècle) à l'époque où Freud commença ses études de médecine, i.e. en 1873. On peut attribuer cette pérennité au fait que

⁴ Christophe Dejours, cf. Bibliographie, p. 16.

⁵ S. Freud, La naissance de la psychanalyse, cf. bibliographie p. 315.

⁶ Haeckel, Le monisme, profession de foi d'un naturaliste, traduction française. Schleicher Frères, p. 12, cité par P.L. Assoun in Introduction à l'épistémologie freudienne, p. 45 ; cf. bibliographie

⁷ Helmholtz, Brücke et Dubois-Reymond

⁸ Jones, E., The life and work of Sigmund Freud, 1953, t.1, p. 45, trad. PUF, 1958

les créateurs de ce savoir ne sont devenus des autorités reconnues que dans les années 70, et même si la pratique remettait en cause ces acquis, Freud restait très attaché aux référents de ses premières années d'étude.

Lorsqu'un savant avance sur un chemin qui n'a jamais été exploré, ses premiers pas portent encore l'empreinte de son passé scientifique, et il utilise des concepts forgés pour d'autres sciences⁹ ; une fois engagé sur cette nouvelle voie, il doit créer de toute pièce un outillage heuristique adapté à la nouvelle science, d'où pour l'observateur de nombreuses confusions sémantiques dues aux tentatives de comprendre un concept ou une hypothèse théorique à partir de référents d'autres sciences.

C'est ainsi que l'Esquisse contient la plus grande partie des concepts psychanalytiques formulés à partir de l'influence neurophysiologique. Pour la psychosomatique, on peut noter sur le plan historique de création des concepts de la métapsychologie que Freud a commencé ses premiers pas en privilégiant le « point de vue économique ». La Psychosomatique Intégrative développe la dimension économique (Energie) présente dans toutes les maladies et les comportements des patients somatiques.

Nous trouvons donc dans l'Esquisse les notions d'appareil psychique, et de son fonctionnement, de barrières de contact, de quantité de qualité, d'état conscient, d'affects et états du désir, des premières notions du Moi, des processus primaires et secondaires, du sommeil et des rêves, de l'analyse des rêves, de la pensée et de la réalité, etc.

Il y a eu engendrement de la psychanalyse freudienne « par glissement des savoirs constitués qui progressivement dégagent une plage neuve... Autrement dit, il n'y a pas un moment où Freud n'était pas lui-même, et un autre où il devient le fondateur de la psychanalyse : c'est un processus homogène qui se poursuit et au terme duquel le savoir analytique se constitue en Freud »¹⁰.

Freud arrive ainsi à la formulation suivante : **la psychanalyse est une science naturelle, elle étudie une sphère déterminée de phénomènes, les processus inconscients.**

Le problème qui se pose à Freud et que certains psychanalystes posent encore aujourd'hui, est le statut du savoir psychanalytique ; car il ne suffit pas de dire que la psychanalyse est une science pour qu'elle en soit une ipso facto, **on le constate dans les critiques des neuropsychanalystes.** La nécessité d'une méthodologie scientifique et d'un mode de pensée identique se retrouve comme un écho dans les travaux d'un grand penseur du 19^e siècle et du début du 20^e siècle, nous voulons parler de Ernst MACH (1838-1916) ; celui-ci est un véritable catalyseur de la nouvelle pensée scientifique, et à travers lui Vienne devient le centre intellectuel de ses multiples interrogations sur la physique, la physiologie, la neurologie et la psychologie.

En 1911, Ernst Mach¹¹ rédigea un manifeste en faveur de la création d'une société pour la diffusion de la philosophie positiviste ; on relève parmi les signataires, S. Freud mais aussi Albert Einstein pour qui Mach est celui qui « a porté les plus rudes coups aux principes de la mécanique newtonienne ». Il y a chez Mach les mêmes questions que S. Freud soulève dans son introduction de l'Esquisse : **trouver un point de vue de continuité de la Physique à la Psychologie.** Ce projet théorique est formulé à partir des écrits de Herbart et de Fechner ; « il a pour but la réduction de l'univers à un complexe de sensations qui rend possible *une continuité psychophysique* ».

⁹ Cf. p. 313 et 314 de L'Esquisse d'une Psychologie Scientifique in « Naissance de la Psychanalyse » de S. Freud, PUF, 1979, pour la liste des sujets traités par Freud dans l'Esquisse ; thèmes souvent repris au bout de 30 ans.

¹⁰ Paul-Laurent Assoun, cf. bibliographie, p. 100.

¹¹ P.L. Assoun (1976) Freud, la philosophie et les philosophes, PUF, p.26.

Nous avons évoqué ci-dessus les « modèles d'identification » de Freud, ces hommes qui sont à l'origine des dimensions constitutives du corpus métapsychologique. Dans un passage de l'essai sur l'Inconscient, **Freud se propose de « parler de présentation métapsychologique lorsqu'[il] réussira à décrire un processus psychique sous les rapports dynamique, topique et économique ».**

Ces trois points de vue ont eu comme sources d'inspiration :

- TOPIQUE – Le modèle de Brücke –
- DYNAMIQUE – Le modèle de Herbart –
- ECONOMIQUE – Les modèles de Fechner et Helmholtz –

Freud cite Ernst Mach, sur la façon de penser et de travailler du savant :

« N'ayant pas la bonne fortune de posséder d'inébranlables axiomes, le savant s'est habitué à considérer comme provisoires ses idées et ses principes les plus sûrs et les mieux fondés, et il est toujours prêt à les modifier à la suite de nouvelles expériences »¹².

On comprend par conséquent qu'en voulant donner un fondement épistémologique à la métapsychologie en 1915, Freud se réfère implicitement à la seule grande référence de l'époque : E. Mach. Il déclare dans le début des essais de 1915 : « le véritable commencement de toute activité scientifique consiste... dans la description de phénomènes qui sont ensuite rassemblés, ordonnés et insérés dans des relations ». Armé de cette approche méthodologique, il est possible à présent de fonder une approche théorique consistant à adapter les pensées aux faits (matériel expérimental) et les pensées entre elles.

Revenons à présent sur la métapsychologie d'où sont issues ce que nous appelons les modèles de fonctionnement psychique, en d'autres termes les 2 grandes topiques reprises par Pierre Marty pour expliciter les mouvements individuels de vie et de mort.

Freud, dans son exposé de la métapsychologie, indique très clairement qu'il y a un ordre à suivre dans la formulation :

1 – une théorie des lieux ; 2 – une théorie des forces ; 3 – une théorie de l'énergie.

1. La théorie des Lieux

La création ou la découverte d'un nouveau savoir pose des problèmes épistémologiques complexes. Nous nous fondons sur l'hypothèse que le savoir scientifique de l'époque de Freud a été profondément élaboré de 1882 à 1896 en vue d'aboutir :

- à une nouvelle démarche scientifique et
- à de nouveaux concepts.

Pour explorer une nouvelle science qu'il portait en lui. Il n'a donc pas, comme certains le prétendent, été prisonnier des concepts scientifiques de son époque, Freud a développé progressivement par le biais de son expérience de physiologiste, puis de clinicien, les conditions d'émergence de la métapsychologie, et ensuite de la psychanalyse (1896).

Pendant six ans, Freud resta à l'Institut de Physiologie de Brücke, pour qui la physiologie n'était qu'une extension de la physique. Brücke aurait doublement influencé Freud en insistant sur l'esprit de rigueur scientifique et la conception physicaliste que l'on retrouverait dans la conception freudienne du psychisme. Mais ces considérations poussées à l'extrême conduiraient à suggérer que Freud aurait traduit en théorie psychologique les principes

¹² Cité par P.-L. Assoun, op. cité p 73 à 94, citations de Ernst Mach extraites de ses ouvrages : « Leçons de Psychophysique » (1863), L'analyse des sensations et le rapport du physique au psychique (1886).

physiologiques acquis avant 1880, en d'autres termes, il n'aurait pas de principes épistémiques, considérations malveillantes ayant pour objectif de priver le père fondateur de la psychanalyse de sa découverte.

Comment Freud aboutit-il à la formulation de la première topique, parue sous forme graphique dans la lettre à Wilhelm Fliess du 6 décembre 1896 ?

Freud n'est pas un neurologue ayant découvert la psychanalyse, il a été confronté très tôt à la pratique de la recherche scientifique puisque deux ans et demi après le début de ses études de médecine, il travaille à Trieste dans le laboratoire de zoologie pratique du Directeur de l'Institut d'Anatomie Comparée. Ces premiers pas l'amènent à développer un véritable mode de travail scientifique qu'il approfondit véritablement dans l'Institut de Physiologie de Ernst Brücke avec comme conséquence : 1 – un choix préférentiel pour l'anatomie ; et 2 – un choix préférentiel pour la technique d'observation et non pour l'expérimentation.

La tâche assignée était l'observation microscopique de la structure histologique de la cellule nerveuse. L'enjeu des recherches de Ernst Brücke était d'apporter des éclairages nouveaux sur le fonctionnement du système nerveux des animaux supérieurs. À l'occasion de cette recherche, Freud mit au point plusieurs techniques de préparation des tissus nerveux. On doit retenir de cette époque des faits importants pour le savoir freudien : l'anatomie est l'espace essentiel de sa démarche ; cette démarche a pour objectif la vérification de la théorie génétique des systèmes nerveux ; la technique d'observation et son amélioration est au centre de son dispositif scientifique.

Ce que nous avançons est confirmé par Jones¹³ : « Ce qui nous frappe, dit-il, dans les recherches neurologiques de Freud, c'est son adhésion à l'anatomie. Le microscope était son seul et unique outil. Pour lui, physiologie signifiait histologie et non expérimentation ». On doit ajouter de plus que sa méthode de travail était de privilégier le fait isolé, et d'en dégager l'universel. « L'idée d'établir sur ce point des statistiques lui était tout à fait étrangère »¹⁴. En privilégiant le fait isolé, Freud a pu développer la clinique psychanalytique, mais, ce faisant, ses successeurs ont fermé la porte à une approche scientifique épidémiologique !

Ces deux pôles, l'anatomie et la technique d'observation, vont devenir par la suite, les critères implicites de la démarche scientifique de Freud. Ses recherches sur la cocaïne¹⁵ (1884-1887) doivent être d'ailleurs, envisagées comme « sa première tentative d'accéder à la pleine autonomie scientifique et personnelle ».

Progressivement, et insensiblement, le maillon clinique va se substituer à la technique d'observation par le biais du microscope. Avant le voyage parisien, le concept de psychopathologie recouvrait les cas cliniques suivants : une hémorragie méningée, une polynévrite et une syringomyélie. À la fin de 1882, la clinique s'était aussi signalée à Freud par le cas de Anna O. à la suite de sa collaboration avec Breuer. Seul le contact avec Charcot réalisa la fusion de l'attrait de la psychiatrie française pour la clinique, et celui de la psychiatrie allemande pour le psychopathologique. Nous voyons à la suite de cette confrontation d'expériences intellectuelles et de terrain, un renoncement aux « études microscopiques » pour un engagement clinique. Mesurant les limites de l'approche anatomopathologique allemande, il est convaincu de l'insuffisance de l'explication anatomique de l'hystérie. Freud s'installe alors dans l'espace de création d'un nouveau savoir. Mais, comme tout pionnier, les tentations du savoir antérieur de sa formation première continueront à se manifester dans le choix des concepts et dans les formulations scientifiques de ce qui devait devenir le savoir psychanalytique. C'est ainsi que nous expliquons la formulation de

¹³ Cf. bibliographie [Jones E.](#)

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Bernfeld Siegfried, les études de Freud sur la cocaïne, in De la cocaïne, Ed. Complexe, 1976, p. 279.

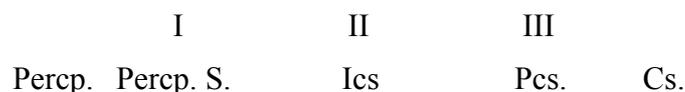
l'Esquisse ou la poursuite de la rédaction de ses articles sur l'anatomie du cerveau. Cette théorie est donc au carrefour de la neuropathologie et de la psychopathologie clinique.

À cette époque, « ... l'idée de forger une théorie générale de la fonction névrotique dans le psychisme était de facto mise hors circuit, aussi bien par les cliniciens, plus occupés à étudier la phénoménologie spéciale des espèces névrotiques, que par les psycho-pathologistes, étrangers à une logique de l'anomalie neurologique »¹⁶. Cette exigence aboutit à dégager le rôle de la sexualité et de l'inconscient formulé dans une nouvelle Psychologie : la Métapsychologie¹⁷. Toute la théorisation freudienne de l'inconscient se réfère donc à un schéma spatial. Cette exigence va se traduire en 1896 dans une version graphique ternaire représentant l'appareil psychique (figure 7 de la lettre à Wilhelm Fliess, puis schémas du chapitre 7 de l'Interprétation des rêves repris ci-dessous).

L'appareil psychique n'est-il que le double anatomique de l'espace-corps ?

Freud, rappelons-le, dénonçait en même temps, et, dès 1891, dans son étude sur l'aphasie (Zur Auffassung der Aphasien) toute tentative de localisation anatomique précise concernant l'appareil psychique. Le savoir topique freudien s'appuie, en quelque sorte, métaphoriquement sur la médecine. Nous nous trouvons en présence de ce que nous allons appeler dans notre exposé le Modèle I de l'appareil psychique ou Modèle des Systèmes PSI.

« Les appareils que nous avons inventés pour améliorer ou renforcer nos fonctions sensorielles sont construits de la même façon que les organes eux-mêmes ou que certaines parties de ces derniers (par exemple, les lunettes, les caméras photographiques, les tuyaux acoustiques, etc.) »¹⁸.



Trois « lieux » semblent constituer les composants de l'appareil psychique ; les composants I, II et III représentent respectivement des enregistrements de perceptions.

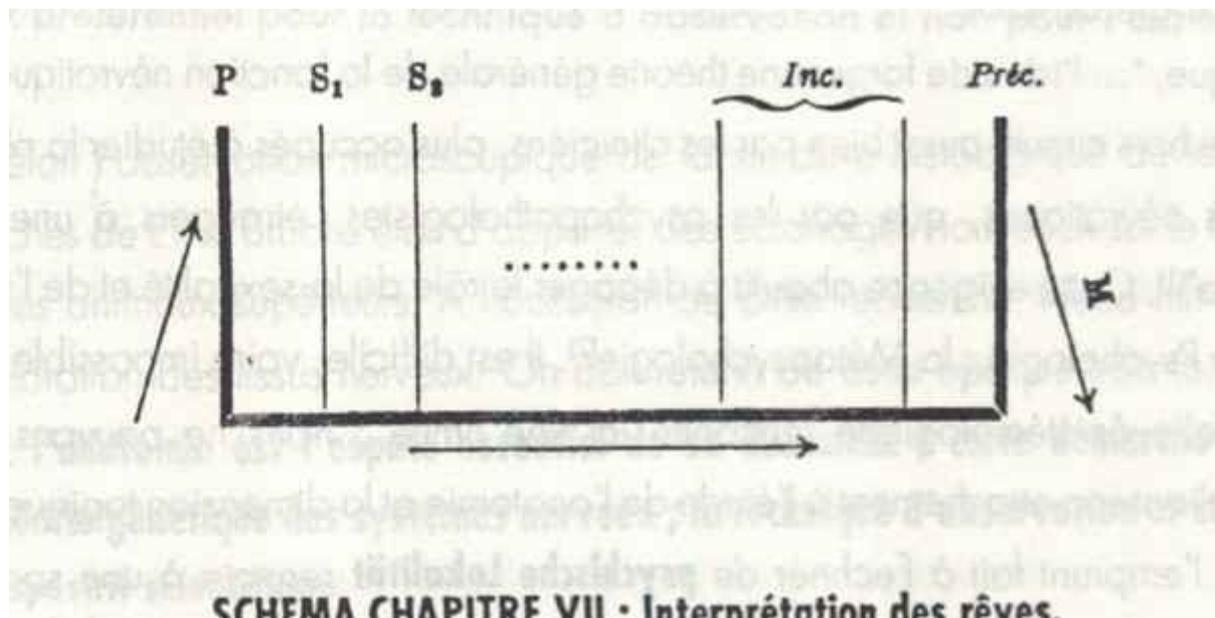


Illustration 1 : Schéma du chapitre VII de l'interprétation des rêves

¹⁶ Paul-Laurent Assoun, op. cité p. 120.

¹⁷ Sigmund Freud, La naissance de la Psychanalyse, op. cité, Lettre du 1 M3.1 898.

¹⁸ Sigmund Freud, La naissance de la Psychanalyse, op. cité, p. 159-54, note 4.

Le Modèle I ou « Modèle des systèmes PSI » que nous avons intitulé ainsi en nous inspirant de l'appellation freudienne de l'interprétation des rêves (p. 456, cf. Bibliographie) est un modèle global de l'appareil psychique.

L'hypothèse sous-jacente est de construire :

- 1-un modèle général de l'appareil psychique de nature linéaire (cf. note 1, p 460, interprétation des rêves) ;
- 2-un modèle différencié en systèmes PSI : traces mnésiques, inconscient, préconscient, conscient ;
- 3-un modèle liant les processus psychiques aux systèmes PSI par le biais de la mémoire : association ;
- 4-un modèle tenant compte de la transformation des excitations sensorielles en traces durables, et de leur transmission ;
- 5-un modèle incorporant un sous-système très complexe de passage entre les 2 systèmes ICS et PCS, l'instance ou système de censure ;
- 6-un modèle énergétique et économique prenant en compte des fonctions complexes : intensité variable des excitations, une distribution (de quelle nature) de la fonction de l'attention, la fonction de motilité volontaire, etc. Ces systèmes ont des directions : progrédientes et régrédientes ;
- 7-un modèle doté des mécanismes et de processus de fonctionnement : processus primaires, secondaires, refoulement, condensation plaisir, déplaisir, investissement, surinvestissement, etc ;
- 8-un modèle à tendances explicatives générales, destiné d'abord à contribuer à approfondir la connaissance psychologique des psychonévroses.

Il est très difficile de classer ce modèle qui, à notre avis, avait lors de sa formulation plus de 50 ans d'avance sur les concepts mathématiques et statistiques capables de l'illustrer. Il ressemble de façon frappante aux modèles les plus modernes combinant une partie énergétique et une partie « informationnelle ».

La partie énergétique se rapporte à un système de forces relevant de principes mécaniques, et la partie "informationnelle" relève des modèles cybernétiques mettant en lumière la notion de circuit de régulation, véhiculant des informations introduites par accumulations temporelles, c'est-à-dire incorporant la variable « temps ». Ce modèle est pluridimensionnel et à causalités multiples, nécessitant par conséquent un appareil mathématique et statistique identique par analogie avec le plus gros ordinateur capable à l'heure actuelle de commencer à déchiffrer les programmes génétiques. C'est cette constatation qui m'a encouragé à développer la mathématisation de la Métapsychologie. (statistiques qualitatives).

On verra plus loin que la combinaison factorielle de la classification conduit à envisager des millions de combinaisons possibles¹⁹.

Une fois le modèle formulé, il faut l'appliquer en le confrontant à l'expérience clinique. On sait maintenant comment Freud utilisa cette problématique pour l'analyse de la dynamique des pulsions et des représentations.

¹⁹ Les combinaisons factorielles de la classification de Pierre Marty peuvent nous conduire à envisager des milliers de configurations possibles de symptômes.

2. Une Théorie de l'Énergie

Une psychologie scientifique ne peut exister sans dimension quantitative. Comment mesurer les phénomènes psychiques était une des questions que se posait Wundt dans son laboratoire de psychologie en 1879 ? Pour Emmanuel Kant qui avait élaboré l'obstacle à l'accès de la psychologie au rang de science ; il arguait du fait « qu'elle ne pouvait s'appuyer sur la mathématique, étant donné que les phénomènes dont elle s'occupe (les phénomènes psychiques) se déroulent dans le temps mais n'ont pas d'extension spatiale ».

Il semble que c'est cette interrogation kantienne... « qui placera la théorie de la libido au fondement de l'édifice métapsychologique »²⁰. L'exigence de quantification s'exprimait à l'époque dans le programme de recherche de Helmholtz de la façon suivante : mesurer avec une précision numérique le temps que l'action nerveuse met à parcourir une longueur de nerf déterminée, d'après l'écart entre l'excitation nerveuse et la contraction du muscle voisin. Mais c'est Fechner qui parvient à établir la loi de mesure des sensations. Fechner, père de la psychophysique énonce la loi qui exprime le rapport général de l'excitation et de la sensation ; la sensation croît comme le logarithme de l'excitation. **Pour la première fois, il était établi un rapport constant entre une donnée physique et un phénomène psychique.**

Que se cache-t-il derrière le problème de la quantification des phénomènes psychiques ?

Ce qui a dominé le XIX^e siècle, c'est la prise de conscience par les théoriciens des années 60 de l'insuffisance de la mécanique classique, et la prise en compte de phénomènes énergétiques, accompagnée d'interrogations scientifiques **sur l'extension du postulat énergétique aux phénomènes psychologiques**. La controverse à laquelle Freud assista était la suivante : d'un côté Fechner, Helmholtz, Joule, etc. cherchant à étendre les lois de la mécanique aux domaines non mécaniques, de l'autre Wilhelm Ostwald et ses partisans protagonistes d'un énergétisme sans limite : « Tout est de l'énergie, et il n'existe pas autre chose que de l'énergie... qui se pluralise en énergie motrice (masse), énergie de valeurs, énergie de position (poids), jusqu'à l'énergie proprement matérielle (chimique) en passant par la chaleur, le magnétisme et l'électricité. La vie même est une manifestation constante d'énergie » (Ostwald). Il va même jusqu'à parler d'énergie psychique : « rien n'empêche de concevoir immédiatement les phénomènes psychiques comme des phénomènes de l'énergie nerveuse. Car, puisque le seul caractère qui doit nécessairement posséder une énergie est d'être une grandeur mesurable obéissant à la loi de la conservation et à celle de la transformation. »²¹.

Dans cette controverse, Freud choisit Fechner : « je fus toujours accessible aux idées de G. Th. Fechner, et je me suis appuyé sur des points importants de ce penseur »²².

On peut affirmer que les principes fondamentaux de l'énergétique freudienne dérivent directement de l'énergétique de Fechner. Ainsi en est-il d'abord du principe de constance-inertie ; il s'agit de la transposition à la sphère physiologique, puis psychique du concept physique d'inertie et de constance. L'organisme apparaît comme un système physique à énergie libre. Simultanément au principe d'inertie, Freud postule un principe de constance, c'est-à-dire la tendance de l'appareil psychique « à maintenir aussi bas que possible la quantité d'excitation présente en lui, ou du moins à la maintenir constante ». (Au-delà du Principe de Plaisir. Cette conception économique est à relier à ses réflexions sur plaisir et déplaisir. Le problème est de « déceler la nature de la relation entre plaisir et déplaisir, et les variations dans les quantités d'excitation qui agissent sur la vie psychique » (Pulsions et destins des Pulsions). C'est dans un ouvrage publié en 1873 par Fechner que l'on trouve la

²⁰ P.L. Assoun, op. cité p. 147

²¹ Wilhelm Ostwald, L'énergie, Félix Alcan, Nouvelle collection scientifique, 1910.

²² Naissance de la Psychanalyse, cité par S. Freud

conception économique du plaisir et du déplaisir. Freud le reconnaît dans *Au-delà du principe de plaisir*. « Nous ne pouvons rester indifférents devant le fait qu'un savant aussi pénétrant que Fechner concevait le plaisir et le déplaisir d'une manière qui, dans ses traits essentiels, se rapproche de celle qui se dégage de nos recherches psychanalytiques » ; [...] et le cite : « étant donné que les impulsions conscientes sont toujours accompagnées de plaisir et de déplaisir, nous pouvons fort bien admettre qu'il existe également des rapports psychophysiques entre le plaisir et le déplaisir d'une part, et des états de stabilité et d'instabilité d'autre part, et nous prévaloir de ces rapports en faveur de l'hypothèse [...] que tout mouvement psychophysique dépassant le seuil de la conscience est accompagné de plaisir pour autant qu'il se rapproche de la stabilité complète, au-delà d'une certaine limite, et est accompagné de déplaisir pour autant qu'il se rapproche de l'instabilité complète, toujours au-delà d'une certaine limite, une certaine zone d'indifférence existant entre les deux limites qui peuvent être considérées comme les seuils qualificatifs du plaisir et du déplaisir ». (Fechner cité par S. Freud in op. cité).

Comme on peut le constater, le référent scientifique de Fechner est constamment présent dans l'élaboration du savoir freudien. Cette tentative d'appliquer les schémas énergétiques d'inspiration mécanique se retrouve dans un grand nombre de concepts de la métapsychologie : la distinction des deux formes d'énergie psychique – énergie libre et énergie liée – retenant deux processus à l'œuvre dans le psychisme. Processus primaire impliquant une circulation sans entrave de l'énergie psychique ; processus secondaire où l'énergie est liée. Ces deux formes d'énergie ne sont que la transposition du couple énergie cinétique / énergie statique, ou énergie actuelle / énergie potentielle des théories physico-physiologiques. Les procédés du rêve (condensation et déplacement] traduisent eux aussi la conception économique de l'investigation métapsychologique de l'inconscient qui reflète la « tentative de suivre le destin des quantités d'excitation et de parvenir au moins à quelque détermination relative de leur grandeur » (l'Inconscient). Freud a clairement et nettement distingué son approche énergétique en développant le concept de libido. C'est en effet ce concept qui sert à définir la dimension énergétique du psychisme.

La libido détermine la constante énergétique sous-jacente aux transformations de la pulsion sexuelle « Elle permet de mesurer les processus et les transformations dans le domaine de l'excitation sexuelle » (Trois essais sur la théorie de la sexualité). C'est cet aspect économique qui fonde sa fonction étiologique : « sa production, son augmentation et sa diminution, sa répartition et son déplacement devraient nous fournir les moyens d'expliquer les phénomènes psychosexuels ». La psychanalyse explique en quantifiant : la libido est « définie comme une grandeur quantitative – quoiqu'elle ne soit pas actuellement mesurable... » (Psychologie collective et Analyse du Moi). Nous avons ainsi complété par l'étude de la Théorie des Forces et de la Théorie de l'Energie, les trois composants de base de la métapsychologie.

LE MODÈLE II OU MODÈLE TOPIQUE GLOBAL

Un quart de siècle de confrontation du modèle I à l'expérience clinique fut nécessaire pour que Freud parvienne à la construction du modèle II.

Dans « Le Moi et le Ça », Freud indique clairement que le modèle I n'était plus efficace sur le plan de l'explication théorique nécessitée par sa pratique clinique : « ... nous nous heurtons, dit-il, dans notre travail clinique, à d'innombrables difficultés et obscurités, lorsque nous voulons nous en tenir à mes définitions habituelles, en ramenant la névrose à un conflit entre le conscient et l'inconscient²³. Le Modèle I conçu métaphoriquement comme un organe focal présent chez tous les individus n'était plus satisfaisant. Le point de vue dynamique conjugué avec le point de vue structural permet le remaniement du modèle : « Nous sommes amenés à reconnaître que l'inconscient ne coïncide pas avec les éléments refoulés. Il reste vrai que tout ce qui est refoulé est inconscient, **mais il y a des éléments qui sont inconscients sans être refoulés**²⁴. Freud avant de nous présenter le schéma théorique de la personnalité psychique que nous appelons Modèle II, passe par l'argumentation suivante : « Nous nous représentons les processus psychiques d'une personne comme formant une organisation cohérente et nous disons que cette organisation cohérente constitue le Moi de la personne »²⁵. Il passe ainsi de la référence sémantique de SYSTÈME (Système Ψ) à celle d'ORGANISATION renvoyant plus à la notion de structure. L'introduction du Moi est une réactivation d'une notion exposée dans l'Esquisse : « Nous nous trouvons soudain en face du plus obscur des problèmes, celui de la formation du Moi, c'est-à-dire du complexe de neurones solidement attachés à leurs investissements et qui constituent ainsi, pour de courtes périodes de temps, un complexe à niveau constant... »²⁶.

Figure 14

Figure 14 «Esquisse» Schéma du Moi

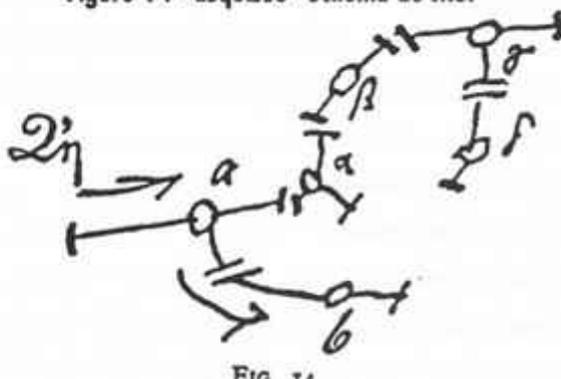


Illustration 2 : Schéma du Moi dans l'« Esquisse pour une psychologie scientifique » de Sigmund Freud p.342

Ce Moi « neuronique » va subir une transformation importante. Le passage du temps, l'expérience clinique et la confrontation aux événements socio-historiques conduisirent Freud aux essais anthropologiques (Totem et Tabou) et sociologique (Psychologie collective et analyse du Moi), facilitant ainsi la description des mécanismes de l'instance Moïque et de l'instance du SURMOI avec une modification du système inconscient. Deux conclusions apparaissent définitives « [...] d'abord la relation plus proche du Surmoi avec le Ça que celle du Moi avec le Ça, le Surmoi naissant plutôt du monde intérieur, le Moi du monde extérieur. Ensuite, identification avec les parents, particulièrement avec le père, joue un rôle important dans sa genèse »²⁷. C'est ainsi qu'il aboutit au schéma suivant présentant l'interrelation entre

²³ Freud, Le Moi et le Ça, p.185.

²⁴ Ibidem, op. cité, p.185

²⁵ Ibidem, op. cité, p.184

²⁶ L'Esquisse, op. cité p.380

²⁷ E. Jones, La vie et l'œuvre de Freud, T. 3, p.326

les 3 instances psychiques « Ça, Moi, Surmoi », les systèmes PSI antérieurs devenant des propriétés de ces 3 organisations.

Schéma Modèle II



*Illustration 3 : Schéma du modèle II de S. Freud, Nouvelles conférences sur la psychanalyse (1932)
– Les diverses instances de la personnalité psychique (3^e conférence) –*

Il s'agit d'un Modèle ouvert à ses deux extrémités :

1-aux limites du soma et

2-au contact de la réalité.

Nous retrouvons comme dans le modèle I les aspects énergétiques et d'information avec de façon plus précise la variable « temps » à la fois comme variable exogène et comme variable endogène ; le temps est intégré dans la propriété préconsciente du Moi et dans le Surmoi. Ce modèle comprend les deux grands thèmes principaux apparus dans les années 20 du siècle dernier : l'importance d'une tendance biologique à établir des états antérieurs, et la différenciation des processus mentaux. Aux côtés du principe de plaisir-déplaisir, Freud instaure un principe fondé sur la compulsion de répétition, et complète ainsi les principes de base de fonctionnement psychique à savoir :

1-principe de compulsion de répétition,

2-principe de plaisir-déplaisir,

3-principe de constance.

La compulsion de répétition est préliminaire à l'entrée en fonction du principe de plaisir-déplaisir ; celui-ci est issu du principe de stabilité de Fechner, et pourrait être illustré de nos jours par le schéma de suppression ou de réduction importante de l'excitation. Freud peut ainsi modifier la dynamique première du modèle I en la remplaçant par les deux forces en opposition dans le psychisme : les instincts de vie et les instincts de mort. Nous savons tous que ces hypothèses ont reçu à leur époque un accueil mitigé, et que même aujourd'hui, cela pose encore problème. Ce qui importe pour les psychosomatiques d'inspiration psychanalytique, c'est le parallélisme entre l'approche de S. Freud et celle de P. Marty, car si le Modèle I est fortement influencé par l'énergétisme mécanique, le Modèle II est beaucoup plus inspiré par la génétique et la biologie. Freud, se basant sur l'analogie entre les processus physiologiques d'anabolisme et de catabolisme, considère que le but suprême des instincts de Vie est de lier, de même que celui des instincts de Mort est la désintégration ; de là, il était

possible de passer, encore une fois, par le biais de l'expérience clinique, aux mouvements individuels de vie organisateurs et aux mouvements individuels de mort désorganiseurs (Pierre Marty).

Certains psychanalystes de l'époque, entre autres Alexander, Bernfeld et Feitelberg cherchèrent des arguments justificatifs du côté de la physique théorique ; il s'agissait d'établir une relation entre le principe de Nirvana, puis instinct de mort (formulé par Fechner comme principe de stabilité), et la seconde loi de la thermodynamique. Or, cette loi de l'entropie a été formulée pour un système clos. Deux physiciens anglais KAPP (Comments on Bernfeld and Feitelberg's, The principles of entropy and the death instinct) et PERROSE dénoncèrent en 1932 les graves confusions de ces psychanalystes qui s'imaginaient qu'il existait une loi physique générale d'une tendance à la dégradation de l'univers dont l'instinct de mort était un cas particulier. Comme nous l'avons dit plus haut, Freud avait déplacé ses centres d'intérêt scientifiques de la physique à la biologie ce qui était la reconnaissance du corps dans la relation avec la psyché ; par ailleurs, le modèle II est un système ouvert, non un système clos, ce qui veut dire qu'on ne peut plus se référer à la deuxième loi de la thermodynamique.

C'est donc cet énoncé de Freud qui m'a incité à proposer l'hypothèse de « systèmes dissipatifs d'énergie » (Ilya Prigogine) dans mon ouvrage « Quand le corps prend la relève... » tournant résolument le dos à l'approche Mécanique classique.

Le Modèle II possède une architecture à l'intérieur de laquelle toutes les relations sont possibles, entre instances, et à l'intérieur des instances ; ce modèle est de nature dynamique, car il incorpore le temps de formation des instances (et donc de constitution du préconscient) ; il s'agit d'un modèle ouvert pluridimensionnel suffisamment flexible pour faciliter l'approche clinique des patients.

« J'ai tenté, dit Freud, de faire comprendre ce qu'était ce psychisme si difficile à saisir. Il est fort vraisemblable que les divisions (instances) sont très variables chez les différents individus, qu'elles se modifient même durant le fonctionnement, et qu'elles peuvent momentanément s'effacer. Cela est vrai particulièrement en ce qui concerne la dernière apparue phylogénétiquement : la différence du Moi d'avec le Surmoi »²⁸. Cet effacement des structures organisationnelles est une hypothèse que nous retrouvons chez Pierre Marty dont nous allons examiner la contribution au Modèle II de S. Freud. Le Modèle II offre, grâce à son dessin architectural et à ses principes de fonctionnement psychique, toutes les possibilités de développement ultérieur. A-t-il été remis en question et par qui ? Lorsque Christophe Dejours parle de 3e topique dans son livre « Le corps entre biologie et psychanalyse », est-ce une variante du Modèle II ou une reformulation de la deuxième topique de S. Freud ?

Nous poursuivons notre étude en rappelant :

- 1-que nous nous situons sur le plan de la constitution du savoir psychanalytique tel qu'il est exprimé dans les modèles I et II,**
- 2-que notre approche est épistémologique et logique,**
- 3-que l'approche clinique est utilisée comme test des hypothèses théoriques.**

²⁸ La personnalité psychique, op. cité p. 106

MÉLANIE KLEIN ET W.R. BION

Un pas de plus pour un modèle métapsychologique en Psychosomatique, c'est l'approche que je propose.

Nous utiliserons en conséquence, les modèles I et II de Freud et leur logique épistémique pour évaluer les contributions de Mélanie Klein, W.R. Bion et Pierre Marty.

L'œuvre de Mélanie Klein a été pendant longtemps fortement critiquée. L'hommage sous la présidence du Professeur Roger Dorey et du Dr Michel Fain (27 novembre 1982.) qui lui a été rendu à l'occasion du centenaire de sa naissance par André Green, James Gamill, Jean Bégoïn, Jean Gillibert, Didier Anzieu, Jean-Louis Lang, Victor Smirnoff, etc. est une tentative importante de mise en perspective de la contribution de Mélanie Klein.

Notre analyse fera référence à l'œuvre de M. Klein, plus spécialement au livre intitulé « Developments in psycho-analysis » publié par Mélanie Klein, Paula Heimann, Suzan Sutherland Isaacs, et Joan Riviere, et à l'article de Meltzer et Harris dans la Revue Française de Psychanalyse de 1980²⁹ intitulé « Les deux modèles du fonctionnement psychique selon M. Klein et W.R. Bion ».

Le Dr Meltzer déclare :

- « 1- Qu'il existe un modèle Kleinien du fonctionnement psychique ;
- 2- que le concept du psychisme développé par M. Klein est une adjonction importante au modèle structural de l'appareil psychique établi par Freud dans le Moi et le Ça ; cette adjonction est le concept d'espaces internes ;
- 3- que le concept de narcissisme subit un changement du fait de ce nouveau mode de description du monde interne en développant **l'hypothèse d'une organisation narcissique** ;
- 4- **que l'identification projective est un mécanisme d'identification narcissique** ;
- 5- que les rêves sont le reflet fidèle des relations internes, et non plus comme Freud l'indiquait un accomplissement semi-hallucinatoire du désir, destiné à être le gardien du sommeil ;
- 6- que les deux positions schizo-paranoïde et dépressive ont pris successivement la signification de mécanismes de défense, puis le sens d'un mouvement qui allait de la désintégration vers l'intégration, et enfin la signification d'un principe économique. **Considérés en tant que principes économiques, les deux positions s'ajoutent aux principes freudiens de plaisir et de réalité** (Souligné par nous), et caractérisent l'oscillation entre l'organisation narcissique et les relations d'Objet ».

« L'œuvre de Mélanie Klein est un développement et une extension de la connaissance acquise par Freud », dit Joan Riviere dans l'introduction générale des « Discussions » organisées en 1943 par la Société britannique de Psychanalyse.

Ce, point de vue, ainsi que ceux exprimés par Meltzer ci-dessus, doivent être analysés soigneusement. Les hypothèses théoriques développées par Mélanie Klein concernent avant tout le développement psychique de la première période dans le domaine de la formation du Moi, des étapes précoces du développement de la libido et des fantasmes sadiques, et de la genèse du Surmoi. Mélanie Klein s'appuie sur la dualité pulsionnelle du Modèle II de Freud, pulsions de vie et pulsions de mort, comme moteurs dynamiques du comportement humain.

²⁹ Les deux modèles du fonctionnement psychique selon M. Klein et W.R. Bion.

Elle appartient ainsi à la poignée de psychanalystes qui ont testé cliniquement le modèle II aux limites de la genèse des instances psychiques.

Nous devons sur le plan de la construction du modèle psychanalytique faire ici la différence entre le modèle global établi par Freud, et les différentes fonctions de modélisations internes du modèle global. Le Modèle II incorpore le temps dans la mesure où chaque instance s'inscrit dans la durée historique individuelle, ce qui signifie qu'une interrogation théorique sur la genèse du Moi et du Surmoi à partir de la première période de la vie psychique d'un être humain, peut répondre, et, sur le plan théorique, et sur le plan clinique, aux interrogations du modèle global, mais non le remettre en question. **Le modèle II comprend l'ensemble des développements possibles de la formation des instances et de leur fonctionnement. Mélanie Klein a développé à partir du Modèle II les différentes fonctions endogènes de constitution première du Moi et du Surmoi. Ces recherches s'inscrivent parfaitement dans Le cadre du Modèle II. Elle n'a remis en question ni l'approche topique, ni l'approche dynamique, ni l'approche économique.** Elle a testé sur le plan clinique les hypothèses avancées par Freud. Elle a elle-même, dans le cadre du modèle global, avancé des hypothèses théoriques sur certains fonctionnements et formations des instances. Nous voulons replacer l'immense contribution de Mélanie Klein dans le cadre général. Il ne s'agit pas d'une troisième topique mais d'un sous-modèle interne constituant un des éléments du modèle global. Ce qui différencie Freud et Mélanie Klein, **ce sont les hypothèses concernant la construction de l'appareil psychique relatives à la réalisation hallucinatoire du désir et au fantasme du mauvais sein.**

Pour Freud, cette construction s'édifie sur la toute-puissance de l'inconscient dont la propriété principale est de pouvoir – en dépit de la réalité et de la censure – réaliser ses désirs. Le but de l'analyse est donc, par l'interprétation des phénomènes inconscients, de rendre au Moi sa capacité à trouver dans le réel les satisfactions auxquelles il a renoncé en perpétuant la recherche des satisfactions fantasmatiques qui ont dû être payées par ce détournement de la réalité.

Pour Mélanie Klein, les enjeux sont tout autres. Les mécanismes de défense primitifs ont, même si ce n'était pas leur but, opéré une structuration psychique sur de toutes autres bases : distinction du bon et du mauvais, rejet des parties mauvaises du Moi par l'identification projective, construction du Moi par l'identification introjective, unification progressive du Moi par le passage du morcellement de la phase schizo-paranoïde à la phase dépressive qui voit l'Objet se développer progressivement parallèlement au Moi, etc. Une passerelle pourrait permettre de relier en partie ces deux systèmes théoriques autour de la construction théorique de Freud en 1925 dans son article « la Négation » (S. Freud présenté par lui-même, GW, XIV, 33-96 ; SE XX, 7-70).

Nous pensons, encore une fois ici, et pour la clarté de l'exposé, qu'il est important de distinguer le Freud, constructeur du Modèle Global de l'appareil psychique, ou en d'autres termes l'auteur de la Théorie Générale, du Freud clinicien, testant les hypothèses théoriques dans le cadre de son expérience psychopathologique. C'est la plupart du temps cet aspect clinique qui est évoqué par des psychanalystes comme André Green. Nous devons faire la différence en nous posant toujours la question : **Est-ce que nous nous situons au niveau de la Théorie Générale ou au niveau de la clinique dans le cadre de la Théorie Générale ?**

En résumé, contrairement à ce que dit Meltzer, il ne s'agit pas d'un nouveau modèle de l'appareil psychique se substituant au Modèle II **mais d'un sous-modèle explicatif de la genèse des instances et de leur fonctionnement** ; il ne s'agit pas non plus de la remise en question des principes de base de fonctionnement du modèle puisque les 2 positions schizo-paranoïde et dépressive constituent des « principes de fonctionnement interne » et sont

sûrement reliés aux principes de plaisir-déplaisir, de constance et de réalité. Sur l'ensemble des paramètres du Modèle II, nous ne voyons pas de remise en question, à l'exception de la question concernant le narcissisme comme organisation. S'il s'agit d'une nouvelle structure, dans quelle mesure cela modifie-t-il le modèle ? Dans le cas contraire, il ne peut s'agir que de la dénomination de la structure du Moi dans sa phase de formation initiale.

Mélanie Klein aura ainsi élaboré la partie embryologique du Modèle II de S. Freud. C'est cette partie que je qualifie d'archaïque que je reprends dans le modèle de Psychosomatique Intégrative qui se situe définitivement dans le modèle global de Sigmund Freud.

Est-ce que Wilfred Ruprecht Bion était Kleinien ? Il répondit à une telle question : Mon Dieu, Non ! Je ne suis pas plus Kleinien que Mélanie ne l'était. Je reprendrai ici sa remarque pertinente : « Once Kleinian or once Freudian, it's no longer psychoanalysis ».

J'ai toujours pensé qu'il était important de ne pas transformer la Psychanalyse en une Idéologie.

Avec Bion, nous nous trouvons pour la première fois au XX^e siècle en présence d'une tentative de mathématisation du fonctionnement de l'appareil psychique. Nous ne réduirons pas bien entendu la contribution de Bion à cet aspect, nous pensons à cet égard que de longs développements devraient y être consacrés ; notre question sera la même que pour M. Klein ; lorsque des commentateurs parlent de « la métapsychologie de Bion », nous nous demanderons, est-ce un modèle différent de celui de S. Freud, et si oui, dans quelle mesure ?

Quelles sont les sources épistémologiques de Bion ?

Son éducation à Oxford, son pays natal l'Inde et son expérience professionnelle, de professeur de littérature, de médecin, etc. ont créé un formidable acquis culturel ; on y trouve Platon, Kant, Wordsworth, Keats, Shakespeare, Dante, Aristote, etc. ; dans ses œuvres figurent des allusions à la nébuleuse d'Andromède, ou Bhagavad Gita, aux Mathématiques, à l'écriture chinoise, ou mysticisme juif, à l'Iliade, l'Énéide, etc. La théorie des formes de Platon a inspiré son concept de « préconception », et Emmanuel Kant a influencé ses concepts de « chose-en-soi » et de « pensée vide ». Bion a postulé que la théorie psychanalytique contemporaine correspondait à la géométrie Euclidienne dans la mesure où elle était limitée aux trois dimensions des sens. Pour lui, dans l'espace psychique, il y a une relation continue entre le contenu et le contenant dont les dimensions sont supérieures à 3. Il trouve chez Poincaré les paradigmes mathématiques, surtout la théorie des ensembles, lui permettant d'exprimer de façon satisfaisante la Transformation de PS vers D, c'est-à-dire de la position schizo-paranoïde à la position dépressive. Il passa plus tard de Poincaré aux mathématiques intuitionnistes de l'Ecole Hollandaise. Ces recherches mathématiques avaient pour origine son insatisfaction relative à l'origine même de la connaissance psychanalytique, à savoir les perceptions sensorielles, « qui sont le pur produit des sens et donc sujettes aux modifications du désir, qui n'est que le futur des sens, de même que la mémoire est le passé de ceux-ci ». Ses recherches sur les groupes, et surtout son expérience clinique de la psychose ont débouché sur la fameuse grille conceptuelle qui peut être aussi bien utilisée comme aide dans une séance avec un patient que comme outil de réflexion théorique.

Les énoncés de Bion sur la théorie de la pensée l'éloignent de façon radicale du modèle mécaniste-biologique pulsionnel de S. Freud. Pour lui, les « pensées pures » existent en tant que « préconceptions », et sont plus vieilles que l'esprit qui les a conçues. Ces préconceptions, à l'image des formes de Platon, ou des « choses-en-soi » de Kant, sont contenues dans l'inconscient. Les désirs (Bion appelle ainsi les pulsions) sont les qualités de l'expérience interne et externe et cherchent à les modifier.

Un être humain a le choix entre plusieurs options :

- a) expérimenter l'expérience, c'est-à-dire transformation en « O », O étant la vérité ou bien vérité de l'expérience individuelle ou bien point de rencontre (ou d'intersection) entre la vérité individuelle et la vérité éternelle ;
- b) la transformation de « O » en « K » (Knowledge ou savoir) en d'autres termes évoquer la difficulté pour la connaissance de saisir la vérité ;
- c) le désaveu de la Vérité et sa transformation en mensonge. Le mensonge a besoin d'un penseur, pas la vérité. L'Ego lui-même est un falsificateur dans l'acte même de penser puisque le désir est implicite en lui. Bion parvient ainsi à une conception du fonctionnement psychique qui affirme que le penser vrai est organisé par la fonction alpha et ensuite communiqué à la conscience. Le processus secondaire est donc sous l'influence de la volonté, c'est-à-dire contrôlé par le désir (ou les pulsions). Les mécanismes de défense sont de nature instinctuelle (inspirés par les pulsions), et défendent l'être humain contre le signifiant et le sens, cherchant par conséquent à les modifier. L'instinct de mort n'est pas une pulsion en soi, il constitue la capacité défensive de réponse ou surgissement d'une préconception d'une vérité passée, à savoir l'apocalypse, le chaos.

Ces « pensées sans penseur » nécessitent un appareil pour les penser. La pensée en soi implique :

1-le développement ou l'évolution des pensées,

2-l'appareil à penser les pensées.

L'évolution des pensées est fixée sur l'axe vertical de la grille (La grille de la page suivante est extraite du livre de W. Bion, l'Attention et l'Interprétation. Cf. bibliographie) ou axe génétique, puisque les pensées naissent des perceptions sensorielles et sont transformées par la fonction alpha pour produire des éléments alpha. La fonction alpha est un dispositif mécanique qui reçoit les données de l'expérience sensorielle et émotionnelle (sensorielle en termes de données de l'expérience externe) et émotionnelle en termes de données de l'expérience interne. C'est une fonction de conscience bimodale, à l'articulation des mondes internes et externes. **La capacité de penser acquise par l'enfant dépend de l'acquisition de la fonction alpha de sa mère.** La fonction alpha est nécessaire pour rêver et rêver est nécessaire pour faciliter la pensée, et faciliter aussi la capacité de dormir afin de garantir « une membrane différentielle » entre l'éveil et le sommeil. La fonction alpha est le lieu de rencontre de plusieurs couples : le couple de la pensée formée par la rencontre de la projection et de la réception (chez l'enfant) ; le couple du rêve rencontre de la pensée et du rêve, de l'éveil et du sommeil, etc.

L'appareil psychique, l'esprit, représente un instrument dangereux, non pour ce que Freud croyait, c'est-à-dire les pulsions instinctuelles, mais à cause de sa capacité à avoir des idées. C'est la fonction alpha qui transforme et admet les éléments bêta de la réalité somatosensorielle. Les préconceptions, rappelons-le, sont des notions phylogénétiques.

Pour conclure cet exposé, évoquons les 3 composantes du vertex ou point de vue psychanalytique : le vertex scientifique (ego), le vertex religieux (Surmoi) et le vertex esthétique (Ça). Ajoutons que Mélanie Klein avait des difficultés de comprendre sa notion de « préconception » ! Bion a donc créé un modèle de fonctionnement mental qui semble être un modèle II inversé ; un modèle marchant sur sa tête ; un modèle ayant basculé sur son axe, puisque le contenu de l'inconscient Bionien sont les préconceptions.

Bion a redéfini la métapsychologie :

- 1-dans ses principes,
- 2-dans ses instances,
- 3-dans ses mécanismes de défense,
- 4-dans sa dynamique pulsionnelle.

Son modèle ressemble par certains aspects à celui de Lacan ; il s'agit d'une approche mathématico-philosophique où Eros et Thanatos ont disparu.

Contrairement aux critiques que Bion formule vis-à-vis de la faiblesse mathématique du Modèle II, nous pensons que la formulation mathématique du modèle II nécessite plusieurs centaines d'équations ; que de plus, ce modèle est pluridimensionnel car Freud y a inséré une variable « temps » qui est une somme des temps personnels subjectifs, historiques, etc. d'où l'immense difficulté de le formaliser. Nous sommes très loin de la critique de Bion concernant l'approche Euclidienne de Freud, il y a une sous-estimation du Modèle II comme explication des phénomènes psychiques et du fonctionnement mental.

Trace de la psychothérapie Profondeur de la représentation		1	2	3	4	5	6	7
		Idée	Hypothèses de définition	Psy, défenses	Notation	Attention	Recherche	Action
A	Eléments β	A1	A2				A6	
B	Eléments α	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7
C	Pensées oniriques, Rêves, Mythes	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
D	Préconception	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
E	Conception	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
F	Concept	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
G	Système déductif scientifique		G2					
H	Calcul algébrique							

La Grille de Bion

LE MODÈLE DE PIERRE MARTY

Quelles sont les relations épistémiques entre le modèle des mouvements individuels de vie et de mort de Pierre Marty et les Modèles I et II de Sigmund Freud ?

Avec la théorie psychosomatique psychanalytique de Pierre Marty, nous nous trouvons aux confins inexplorés des somas et de la psyché, non aux limites mais dans une vaste zone. Nous savons que de nombreux psychanalystes se sont posé des questions, ont éprouvé des malaises ou ont été très critiques de la contribution de Pierre Marty³⁰.

Notre propos de nature épistémique consistera essentiellement à répondre à la question que nous avons formulée ci-dessus, en recherchant dans la logique des modèles I et II des réponses.

Les références à la psychanalyse et la discipline psychosomatique fondée par Pierre Marty

« Après avoir adhéré à la psychanalyse, nous dit Pierre Marty, et avoir fait corps avec elle, nous avons le sentiment, comme il est fréquent, de détenir un instrument de toute puissance qui nous permettait d'envisager également n'importe quel aspect de la vie humaine... L'enthousiasme passé, il nous apparut que notre erreur tenait essentiellement à deux méprises. La première était de croire les hommes égaux entre eux quant à leur équipement fonctionnel ; la seconde était de prêter à tous les humains un équipement fonctionnel complet comprenant en particulier des systèmes topiques mentaux parfaitement en ordre de marche, quelle que soit la singularité des contextes psychiques. À force de nous heurter à des invraisemblances, nous abandonnâmes ces généralisations pour dégager plus librement le point de vue économique »³¹.

Pierre Marty, à partir de son expérience clinique de psychanalyste, a élaboré de 1950 à 1993, une théorie psychosomatique prenant en considération les patients souffrant de maladies somatiques et d'une insuffisance fondamentale ou passagère du fonctionnement mental, et privilégiant dans la métapsychologie de Freud l'aspect ECONOMIQUE. Il tient à fonder la psychosomatique comme une discipline en soi³².

Cette discipline, nous dit-il, rassemble deux perspectives : celle d'un évolutionnisme de type darwinien, et celle de la recherche freudienne concernant le fonctionnement mental. Les postulats fondamentaux de cette discipline sont l'unité essentielle de l'organisme humain et la hiérarchisation progressive de toutes les fonctions qui participent à son organisation.

Pour traiter des patients chez lesquels se révélaient soit une construction incomplète de l'appareil psychique, soit un fonctionnement atypique de celui-ci, de nouveaux concepts nosographiques furent élaborés : pensée opératoire, dépression essentielle, désorganisation progressive, etc. L'originalité de la théorie psychosomatique réside dans la synthèse de l'évolutionnisme darwinien formulé en termes d'organisation et de désorganisation des fonctions, et des deux topiques de S. Freud articulées par le biais de la seconde phase du stade anal.

1. Instincts et pulsions – Instincts de vie et Instincts de mort

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

³⁰ Cf. par exemple Denis Braunschweig in Psychosomatique et Psychanalyse, article paru dans Corps Malade et Corps Erotique. (Cf. bibliographie).

³¹ Pierre Marty, Les mouvements individuels de vie et de mort, T1, p. 113. (Cf. bibliographie, souligné par nous).

³² Cf. à cet égard le chapitre premier de son livre « La psychosomatique de l'adulte », 1990, PUF, (Que sais-je ? n° 1850), et les premières pages du Tome 1 des Mouvements individuels de vie et de mort.

psychosomatique. Cette conception ne s'apparente que de loin, par flots et par instants, aux conceptions énergétiques de la physique et des disciplines connexes, même si certains de ses aspects peuvent quelquefois évoquer des schémas qui concernent ces sciences. Le problème de l'économie humaine que nous envisageons ici est totalement original »³³.

« Notre démarche abandonne ouvertement le principe de dualisme psyché-soma... Nous ne gardons à l'esprit que le dualisme instinctuel fondamental qui donne à notre étude son double sens, pratique dans l'ordre de l'économie biologique, théorique dans l'ordre de la philosophie. L'abandon du dualisme psyché-soma n'implique aucunement l'abandon de la notion vitale de conflit, présente à d'innombrables titres dans notre théorie dualiste des Instincts »³⁴.

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.

2. La combinaison des 2 topiques de S. Freud

« On distingue en psychanalyse deux processus mentaux : les processus primaires et les processus secondaires, l'un appartenant à l'inconscient, l'autre au système préconscient-conscient. Les deux processus sont liés dans l'organisation fonctionnelle dite de la première topique [...]. Le fonctionnement normal, c'est-à-dire continu, de la première topique constitue le minimum d'organisation mentale [...]. En psychosomatique, il garantit l'absence d'un système d'inorganisation, de dépression essentielle, de vie opératoire et de désorganisation progressive. Un fonctionnement convenable de la première topique est nécessaire à la formation progressive de la seconde topique, organisation mentale des trois instances : Ça, Moi, Surmoi [...]. La seconde topique définit les instances de la personnalité. Le Moi établit des compromis entre les exigences instinctuelles (le Ça), la réalité, et un aspect introjecté de cette réalité, le Surmoi, qui constitue le témoin de l'organisation sexuelle œdipienne »³⁵.

Classiquement, en psychanalyse, la première topique est ainsi surtout considérée sous un certain angle, comme un aspect du fonctionnement de la seconde topique, laquelle s'établit selon des caractéristiques propres à chaque individu... Il semble que, génétiquement, l'ensemble fonctionnel que constitue la première topique se trouve déjà largement organisé, alors que l'ensemble fonctionnel qui constituera la seconde topique est encore en voie d'évolution avant de rencontrer une relative stabilisation. Si l'on peut estimer que la seconde phase du stade anal signe la maturation de la première organisation topique et qu'elle ouvre le passage à l'organisation œdipienne, à laquelle elle donnera sa consistance, ce n'est que plus tard que le Surmoi œdipien apposera son sceau sur la deuxième topique... Les topiques, leur appellation l'implique, sont ainsi davantage considérées en tant qu'évocatrices de localisations différentes des processus mentaux que comme organisations fonctionnelles originales quant à leur genèse et quant à leur valeur hiérarchique. Une grande partie des maladies somatiques est en rapport avec des Moi carenciels, faibles, ou désorganisés. Dans ces derniers cas, le psychosomaticien, négligeant d'abord les distorsions que constituent éventuellement les mécanismes névrotiques, porte toute son attention au fonctionnement de la première organisation topique, qu'il considère en elle-même comme le rouage central, détérioré, de la machine mentale.³⁶

³³ Pierre Marty, Les mouvements individuels de vie et de mort, p.16.

³⁴ Ibidem, p.16

³⁵ Ibidem

³⁶ Ibidem, p.91, 92, 93.

3. Les concepts d'inconscient, de préconscient, et de moi idéal. La notion de mentalisation

À partir de l'étude de la vie opératoire, Pierre Marty a énoncé une série d'hypothèses concernant l'organisation de l'inconscient et ses 2 principes fonctionnels :

- 1-« [...] L'Inconscient lui-même serait totalement parcellaire au début de l'évolution individuelle, sans organisation de départ, sans programme général, lié par exemple morceau pour morceau à chacun des divers éléments fonctionnels de la « mosaïque première ». L'Inconscient rassemblerait avec le développement ses (noyaux) épars premiers pour constituer progressivement, à l'image du regroupement évolutif des fonctions somatiques et psychiques, un tout d'une cohésion spécifique ».
- 2-« [...] existeraient dans le noyau de l'Inconscient deux principes fonctionnels qu'on trouverait évolutivement représentés dans tous les systèmes, dans toutes les organisations psychosomatiques : – d'une part un principe d'automatisme et d'itération, principe de répétition (d'un état) qui maintiendrait, de manière relativement stagnante, les fonctionnements psychosomatiques de tout ordre [...] ; – d'autre part, un principe de programmation (éveil ou programme et mise en route de celui-ci), qui ouvrirait spécialement ici une voie évolutive aux différentes liaisons et associations fonctionnelles, à la hiérarchisation [...] ou développement, c'est-à-dire au programme des organisations et des réorganisations.

Les principes inconscients d'automatisme [...] et de programmation [...] seraient évidemment tous deux placés sous l'égide des Instincts de vie et demeureraient tous deux représentés, en tant que fixations phylogénétiques des plus archaïques, dans les enchaînements évolutifs de n'importe quelles organisations fonctionnelles ».

« De cette seconde hypothèse se dégagent maintenant les notions de rythme fondamental individuel (succession des temps d'automatisme et de programmation idéalement passés par les fonctions dès le départ de l'embryon humain), de corrections endogènes et exogènes de ce rythme (surtout au cours du développement) au profit de rythmes acquis particuliers à certaines fonctions ou plus généraux, de souffrances fonctionnelles enfin lors du passage du rythme fondamental aux rythmes acquis »³⁷.

Le préconscient est, pour Pierre Marty, la plaque tournante de l'économie psychosomatique. Il est le lien privilégié des représentations de mots et de choses.

Topiquement, ses couches profondes sont en étroit rapport avec l'Inconscient, le soma, les instincts et les pulsions, et ses couches supérieures atteignent le Conscient. Chronologiquement, il se constitue d'acquisitions mentales successives, surtout au cours du développement... Le Préconscient se pose finalement comme un réservoir de représentations de différentes époques, plus ou moins liées entre elles, et plus ou moins prêtes à effleurer la Conscience.

Pierre Marty met au point dans les années 70-75 la notion de mentalisation qui traite de la quantité et de la qualité des représentations chez un individu donné. L'analyse des processus de formation et de liaison des représentations conduisent à définir une épaisseur et une fluidité du Préconscient ; les avatars dans la formation des couches représentatives laissent des lacunes fondamentales et des lacunes secondaires de l'organisation préconsciente. C'est à partir de l'appréciation des qualités du Préconscient que Pierre Marty définit des névroses de comportement, des névroses mal mentalisées, des névroses à mentalisation incertaine et des névroses bien mentalisées, à côté des « névrosés mentaux classiques, objets des descriptions freudiennes ».

³⁷ Pierre Marty, « La psychosomatique de l'adulte », PUF, 1990, (Que sais-je ? n° 1850), PUF 1990, p.35, 36.

Enfin, le moi idéal représente un aspect conservé ou retrouvé du narcissisme primaire, et « témoigne d'une insuffisance évolutive partielle de l'appareil mental ayant particulièrement entravé l'organisation temporo-spatiale individuelle, le préconscient et le Moi, images successives de mesure du « principe de réalité pendant le développement »³⁸. Cette conception rejoint celle de Freud et des différents auteurs dans la mesure où ils insistent sur la formation inconsciente du moi idéal, et sur son caractère narcissique. Pierre Marty précise, dans la théorie psychosomatique, le rôle joué par le moi idéal : « c'est ainsi que le moi idéal nous apparaît davantage comme un phénomène négatif mettant en relief l'insuffisance évolutive ou l'effacement plus ou moins durable d'une organisation mentale, que comme une formation intrapsychique³⁹.

Revenons à présent sur les modèles I et II de S. Freud et voyons dans quelle mesure la contribution de Pierre Marty fait partie des modèles Freudiens ou est-elle, comme il le déclare, « une discipline scientifique autonome » ?

Dans la métapsychologie, l'économique vient en troisième position, mais a été le premier point de vue métapsychologique à avoir été découvert : « L'Économie consiste dans la tentative de suivre le destin des quantités d'excitation et de parvenir au moins à quelques estimations relatives de leur grandeur ». Cette dimension économique des phénomènes psychiques suppose qu'il y a une dimension quantitative.

Freud ajoute à ce propos : « Nous n'avons pas le droit de négliger le facteur quantitatif dans tout examen des circonstances qui déclenchent la maladie ».

Il définit la pulsion comme un « concept limite entre le psychique et le somatique » ; on peut dire qu'en quelque sorte le *primum movens* de toutes les combinaisons psychiques⁴⁰.

Rappelons qu'à la base de l'épistémologie freudienne, il y a un monisme caractérisé et radical ; ce qui a pour effet de récuser la séparation de deux substances distinctes qui seraient caractérisées comme « âme et corps ». Marty rejoint la position épistémologique de Freud puisqu'il se recommande d'un monisme récusant le dualisme psyché-soma.

C'est dans le domaine de l'évolutionnisme qu'il nous appartient de faire la clarté. Freud, dit E. Jones a appris que c'est son étude du travail de Darwin sur l'évolution qui l'a principalement poussé à embrasser une carrière scientifique.

Freud entendait par Darwinisme la théorie générale de l'évolution. Mais avant Darwin, la seule explication de l'évolution avait été avancée par Lamarck, et Freud avait envisagé d'écrire avec Ferenczi un ouvrage sur la relation du Lamarckisme avec la psychanalyse : « Notre intention est de baser entièrement les idées de Lamarck sur nos propres théories et de montrer que son concept de besoin qui crée et modifie des organes n'est rien d'autre que le pouvoir qu'ont sur le corps les idées inconscientes et dont nous observons les séquelles dans l'hystérie, – bref, « la toute-puissance des pensées ». La finalité s'expliquait alors réellement par la psychanalyse ; ce serait l'achèvement de celle-ci. Deux grands principes de changement de progrès, émergeraient : l'un au travers de l'adaptation de son propre corps, le second plus tardif par la modification du monde extérieur (autoplastique et alloplastique) »⁴¹.

Bien que le projet de Freud ne vit pas le jour, il ne renonça jamais à sa conviction dans la transmission héréditaire des caractères acquis. Cette préoccupation est fondamentale dans la recherche épistémologique de Freud sur la continuité génétique dans l'appareil psychique. Mais il y a une énorme différence entre les vues de Freud relatives à la transmission héréditaire de

³⁸ Pierre Marty, *L'ordre psychosomatique*, p.85, (cf. bibliographie).

³⁹ Cf. Pierre Marty, opus cité p.46

⁴⁰ P.L. Assoun, op. cité p.186.

⁴¹ Cité par E. Jones in *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud*, T.3 p.355 ; il s'agit d'une lettre de S. Freud à K. Abraham du 11 novembre 1917.

processus mentaux hautement spécifiques et limites qui concernent toutes des idées ou des situations concrètes, et celles de Jung qui envisage un inconscient collectif⁴².

Nous avons longuement cité cet aspect évolutionniste des idées de Freud et de leurs différences significatives d'avec celles de Jung, car des critiques identiques ont été formulées à l'égard de Pierre Marty assimilant son « évolutionnisme » à celui de Jung. Nous pensons que Pierre Marty appartient résolument à la science psychanalytique de S. Freud. Mais les accusations dont il fait l'objet révèlent les difficultés des pionniers d'explorer des voies théoriques. Dans le cadre de la Théorie Générale de Freud, Pierre Marty a dû forger des concepts épistémiques aux confins somatiques de la psyché ; pour ce faire, la théorie évolutionniste lui a fourni les concepts adéquats. De même que pour Freud, de tels emprunts charrient avec eux des scories philosophiques, spiritualistes, etc., si bien que les observateurs et/ou praticiens peuvent assimiler les présupposés philosophiques des concepts avec leurs signifiants, or il s'agit d'un raisonnement « non sequitur ». Il est important de ne pas se précipiter dans des critiques qui ne viseraient que la partie virtuelle du concept opérationnel.

Une autre ressemblance dans l'inspiration de S. Freud et de Pierre Marty est la référence à John Hughlings Jackson, bien que Pierre Marty ne s'y réfère pas explicitement.

C'est à propos de « Zur Auffassung der Aphasien » (L'interprétation des aphasies, 1891) que Freud fait référence aux travaux de Hughlings Jackson, plus particulièrement la théorie de la régression (désinvolution) fonctionnelle du cerveau dans des conditions pathologiques. J.H. Jackson, s'inspirant de plusieurs évolutionnistes (Spencer, Darwin), pensait que les affections du système nerveux ne pouvaient se comprendre qu'en se référant aux niveaux de l'évolution de ses fonctions. Celle-ci implique un progrès allant du plus automatique ou moins automatique. Freud suggéra dans son article que la destruction des centres moteurs, auditifs et visuels entraînait respectivement une aphasie motrice, une aphasie sensorielle, ou une alexie, et cite la théorie de Jackson suivant laquelle les fonctions nerveuses les plus tardivement développées étaient les premières à se détruire. La possibilité de régression dans le développement fut aussi abordée dans une lettre à K. Abraham du 5 juillet 1907 : « [...] J'ai toujours pensé que les gens que nous qualifions d'originaux et qui deviennent plus tard des paranoïaques avérés sont ceux chez qui le passage nécessaire de l'auto-érotisme à l'amour objectal s'est imparfaitement réalisé... Voilà qui concorde merveilleusement avec le point de vue de la pathologie générale où le fait de tomber malade signifie toujours qu'il y a eu régression dans le développement⁴³.

C'est la prise en considération de l'évolution qui présida aux futurs développements des différentes étapes de formation de l'appareil psychique, de même qu'à l'étude des phénomènes de régression qui vont, comme le pense Freud dans ses Nouvelles Conférences sur la psychanalyse (p.106) des modifications dans le fonctionnement des instances psychiques jusqu'à un effacement momentané. À la façon de J.H. Jackson parlant de la disparition des fonctions les plus évoluées, Freud déclare : « Cela est vrai particulièrement en ce qui concerne la dernière apparue phylogénétiquement, celle qui prête le plus à la controverse : la différence du Moi d'avec le Surmoi ».

Pierre Marty a, lui aussi, d'importants développements théoriques sur l'organisation des fonctions, leurs hiérarchisations et leurs désorganisations. Compte tenu du domaine à explorer, il était nécessaire de privilégier les concepts évolutionnistes permettant diagnostic et traitement des malades somatiques, étendant de facto le champ de la psychanalyse. Plutôt que l'utilisation du terme régression ou désorganisation, Jackson, dans la première des

⁴² Démonstration faite par Edward Glover, cité par E. Jones in opus cité, p.35.

⁴³ Extraits de la correspondance de Freud, cité par E. Jones in Tome II, op. Cité, p.461. (Allusions aux théories de H. Jackson).

conférences (Lecture 1) prononcées devant le Collège Royal de Médecine en mars 1884, parle de dissolution (effacement-dissolution) : « Dissolution is a term take from Spencer as a name for the reverse of this process of evolution ». Jackson traite dans sa conférence de niveaux d'évolution et des différents paliers possibles de régression de l'évolution. « L'évolution est un passage du plus simple au plus complexe, [...] l'évolution est un passage du plus automatique ou plus volontaire ». Quant à la "dissolution", c'est un processus de désorganisation « [...] undevelopment ; it is a "taking to pieces" in the order from the least organised, from the most complex and most voluntary, towards the most organised, most simple, and most automatic ».

Nous avons rapproché à dessein les sources d'inspiration épistémiques de Freud et de P. Marty pour démontrer la continuité des recherches s'inspirant des théories de Jackson dans le domaine de ce qui est devenu la psychosomatique, qui représente pour nous un nouveau chapitre de la science fondée par S. Freud.

Pierre Marty utilise les deux modèles de S. Freud de manière originale pour rendre compte du fonctionnement mental. Comme on l'a vu précédemment, ces deux "topiques" sont reliées par la seconde phase du stade anal signant la maturation de la première organisation topique.

Nous connaissons les critiques adressées à la construction théorique de Pierre Marty (cf. Denise Braunschweig, op. cité.) par des psychanalystes ayant une lecture différente de ce que nous avons appelé les Modèles I et II. Le Modèle II ou "seconde topique" est, à nos yeux, le modèle le plus évolué de la construction freudienne. Il incorpore le modèle I présenté dans sa lettre à Fliess de décembre 1896, et dans le chapitre VII de l'Interprétation des rêves.

Dans le « Moi et le Ça », Freud décrit la façon dont le Moi se développe : « Nous le voyons se former à partir du Système P (perception) qui en constitue comme le noyau, et comprendre d'abord le préconscient qui s'appuie sur les traces mnésiques. Nous savons cependant que le Moi est également inconscient. Dans la lettre à Fliess du 6 décembre 1896, Freud dit du PCS « Le PCS est la troisième transcription liée aux représentations verbales et correspondant à notre Moi officiel ». Comme on peut le constater dès l'Esquisse, et même avant sa rédaction, Freud considérait le Moi comme partie intégrante du Modèle I ; il a pris cependant plus de 15 ans pour intégrer progressivement le Moi dans un modèle plus global tenant compte des différentes étapes de développement.

Pierre Marty a donc tenu compte des enchaînements conceptuels et de la clinique des patients somatiques pour proposer un modèle intégrant les deux topiques.

Nous pensons que le Modèle II de Freud tient compte de l'articulation du Modèle I de l'Interprétation des rêves et du Modèle II des instances. Compte tenu du fait que Pierre Marty a conservé l'ensemble des 3 grands principes de fonctionnement de la Métapsychologie ainsi que le Modèle II, nous considérons que son éminente contribution théorique psychosomatique est devenue un des importants chapitres de la Psychanalyse fondée par Sigmund Freud en se rappelant toutefois que Pierre Marty fonde sa théorie sur la philosophie vitaliste. Ce qui implique une rupture dans l'unité psychosomatique puisqu'avec la philosophie vitaliste il n'y a pas de continuité du physique au psychique.

En se rappelant que Freud est le lieu même de la science qu'il a créée, sa contribution se situant à deux niveaux :

- Niveau I – **Enoncé de la Théorie Générale,**
- Niveau II – **Chapitres théoriques et cliniques de la psychopathologie.**

La non-remise en cause de la Théorie Générale par Pierre Marty nous pousse à conclure à l'appartenance de contributions théoriques décisives à une certaine science psychanalytique.

Il nous semble important de préciser que notre lecture de Freud est, à certains égards, différente de ce que nous avons pu lire chez certains psychanalystes. **Notre formation première nous a, pendant plus de trente ans, conduit à étudier, à utiliser et à créer des modèles mathématiques appliqués à l'Économie, à la théorie des systèmes et à la cybernétique.** Cette familiarité nous a orienté vers une lecture scientifique de Freud dont nous avons retrouvé fortement les échos dans la pensée de Pierre Marty. Nous avons préféré reprendre soit la terminologie de Freud pour dénommer le premier modèle, soit la terminologie habituelle dans d'autres sciences humaines ; la terminologie première ou deuxième topique n'a pas été développée par Freud qui préférait le terme de lieu psychique (Psychische Lokalität).

Freud était un scientifique poursuivant dès 1895 des objectifs de modélisation ; dans une lettre à Fliess (20 octobre 1895) il déclare à propos de sa découverte : « Tout se trouvait à sa place, les rouages s'engrenaient, on avait l'impression de se trouver devant une machine qui ne tarderait pas à fonctionner d'elle-même ».

Il s'agit bien d'un modèle.

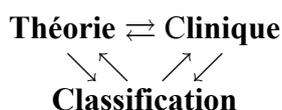
Quid alors de la classification « Pierre Marty » ?

La clinique s'occupe de malades et analyse l'étiologie de la maladie. La classification s'occupe de maladies et de leurs symptômes parmi une population donnée. Il s'agit d'approches complémentaires. La classification apportant à la psychanalyse la dimension épidémiologique.

Les relations bi-univoques Théorie-Clinique ont facilité pendant près d'un siècle la démarche des psychanalystes, la classification psychosomatique, dont Pierre Marty est le fondateur, apporte une nouvelle dimension conceptuelle pour :

- 1-établir un diagnostic des patients,**
- 2-comparer les patients entre eux « sous l'angle double des mouvements de la pathologie somatique et des mouvements psychosomatiques en général, mentaux en particulier »,**
- 3-comparer les dynamiques mentales selon les maladies somatiques,**
- 4-comparer les maladies somatiques selon les maladies mentales.**

Aux relations Théorie-Clinique vont se substituer au fur et à mesure du développement de la classification les relations multidimensionnelles :



Je suis conscient de la nouveauté de la proposition pour les psychanalystes cliniciens, et je soumetts à leur attention la recherche de sémiologie psychosomatique ci-après pour tenter de les convaincre d'intégrer dans le champ analytique la classification

psychosomatique d'inspiration psychanalytique et surtout une approche quantitative ouvrant la voie à des recherches épidémiologiques.

RECHERCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE (1989)

PIERRE MARTY, JEAN BENJAMIN STORA, ET JEAN-MICHEL GAUTHIER

La recherche que nous présentons ci-dessous a été effectuée par nos soins en concertation continue avec Pierre Marty. Un article comprenant certaines parties a été rédigé en 1989 avec la collaboration de Pierre Marty et de notre collègue, le Professeur Jean-Michel Gautier, polytechnicien, professeur de statistiques à HEC et à l'Université de Genève. Nous avons repris ce premier travail de recherche et nous avons développé de très nombreux points restés en suspens dans le travail initial.

Une recherche de statistique descriptive portant sur l'ensemble de la population de l'hôpital psychosomatique a été réalisée en 1987 par Pierre MARTY et J. B. STORA⁴⁴ (les différentes rubriques de la classification MARTY/IPSO ont déjà fait l'objet d'une première étude. La présente recherche à partir du même échantillon, à savoir 321 patients, a testé la classification en étudiant plus particulièrement :

- 1-la pertinence des relations entre les structures fondamentales des individus, les particularités habituelles et caractéristiques actuelles majeures ;
- 2-les relations dynamiques des structures, particularités et caractéristiques des huit maladies les plus fréquentes de l'Hôpital de la Poterne des Peupliers.

BREF RAPPEL DES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Sur les 321 patients, on trouve 30 % d'hommes et 70 % de femmes âgés de moins de 35 ans (29 %), de 35 à 50 ans (46 %) et de plus de 50 ans (25 %). Dans le tableau ci-dessous, on peut constater que les fonctionnaires de l'administration, les enseignants et les personnels de santé représentent environ 45 % des patients de l'IPSO. La catégorie "autres" regroupe de trop nombreuses professions pour pouvoir faire l'objet d'une étude détaillée.

Entre le moment de la première consultation et celui du début du traitement, cinq mois s'écoulent en moyenne. Il s'agit d'un délai variable au cours du temps fonction du nombre de psychosomatiques susceptibles de prendre en charge des cures psychothérapeutiques. Sur les 10 structures fondamentales de la classification, trois représentent à elles seules 96 % des patients : il s'agit des névroses de caractère bien mentalisées, 40 % ; des névroses de caractère à mentalisation incertaine, 43 % ; et des névroses de caractère mal mentalisées, 13 % ; les 4 % restant représentent surtout des névroses de comportement ; 6 rubriques de diagnostic ne sont pas utilisées.

Administration	19 %
Enseignement	12 %
Santé	14 %
Littérature-Art	9 %
Chômeurs	4 %
Retraités	4 %
Étudiants	8 %
Autres	30 %

Profession en %

⁴⁴ Cf. bibliographie [Marty Stora](#)

La présence d'une plus ou moins bonne mentalisation est appréciée, rappelons-le, à partir des trois dimensions suivantes du préconscient⁴⁵:

- 1-l'épaisseur, déterminée par la quantité des couches successives de représentations acquises pendant le développement ;
- 2-la fluidité de la circulation interne entre les différentes couches de représentations ;
- 3-la disponibilité spontanée dans le temps de la circulation en cause.

Les structures fondamentales sont considérées comme inamovibles à l'âge adulte ; pourtant, sur ces 321 cas étudiés et classés comme indiqués ci-dessus, 43 cas ont fait l'objet de reclassement après le début du traitement. Une telle modification du diagnostic de structures fondamentales, portant sur près de 13 % des patients, peut être expliqué par les tâtonnements des thérapeutes inhérents à une familiarisation progressive avec la classification psychosomatique ainsi que par la difficulté parfois très grande du consultant à décider en un temps relativement court⁴⁶. Après modification, la répartition en pourcentage des structures fondamentales est la suivante : névroses de caractère bien mentalisées (38 %) ; névroses de caractère à mentalisation incertaine (42 %) ; névroses de caractère mal mentalisées (15 %) ; autres (5 %) ; il semble donc que la perception par les psychosomaticiens des névroses de caractère mal mentalisées ait augmenté après les six premiers mois de traitement des patients de l'hôpital. Ceci paraît essentiellement dû à l'aversion première des consultants vis-à-vis du « vide mental » des patients⁴⁷.

La fiche de cursus des patients comporte encore deux autres rubriques : l'une relative au nombre de références médicales par patient, l'autre relative à la caractéristique organique (lésionnel, fonctionnel ou non organique).

55 % des patients ont une référence médicale, 27 % deux références, 12 % trois références et 6 % quatre et plus ; 82 % présentent des caractéristiques lésionnelles et 18 % des symptômes fonctionnels.

⁴⁵ Cf. Essai de classification psychosomatique de quelques maladies somatiques graves, par le Dr. Pierre Marty, exposé aux « Jornadas de Psychosomatica », Barcelone, juin 1985)

⁴⁶ Il s'agit aussi comme nous l'avons souligné plus haut (Épistémologie) de problèmes de résistances et de contre-transfert).

⁴⁷ Hypothèse de Pierre Marty.

STRUCTURE FONDAMENTALE, PARTICULARITÉS ET CARACTÉRISTIQUES MAJEURES, ET MALADIES SOMATIQUES

La classification psychosomatique distingue trois ordres de particularités habituelles majeures : l'ordre symptomatique (psychanalytique classique ou non), l'ordre de l'interprétation et l'ordre de l'anamnèse, soit en tout 57 particularités. Or, parmi les 57 particularités de cette classification, notre enquête révèle, à partir de l'étude détaillée des 321 fiches de cursus des patients, que 19 d'entre elles sont prédominantes, à savoir :

19 classifications dominantes de particularité	Effectifs	%
<i>Ordre symptomatique</i>		
211 Angoisses diffuses	101	31,5
221 Angoisses objectales	72	22,4
231 Allergique	36	11,2
232 Symptôme anal et obsessionnel (rétention et contrôle)	29	9
234 Hystérique (polymorphe, oedipien)	110	34,3
237 Phallique narcissique		
238 Phobique d'ambiance ou d'envahissement	51	15,9
239 Phobique d'Objet (liaisons représentatives)		
240 Psychotique		
241 Sado-masochique (relations érotisées)	74	23
242 Sado-masochique (décharges de comportement)		
243 Masochique d'apparence		
271 Dépression latente	80	25
281 Inhibition, évitement ou répression des représentations	83	25,8
291 Irrégularités aiguës du fonctionnement mental	51	15,9
<i>Ordre de l'interprétation</i>		
451 Sublimations artistiques	40	12,5
461 Sublimations sociales		
471 Tradition culturelle ou religieuse pesant sur le fonctionnement mental		
<i>Ordre de l'anamnèse</i>		
621 Deuils anciens non élaborés	36	11,2

Parmi les 57 particularités, 15 sont prédominantes parmi lesquelles 11 le sont encore plus ; il s'agit de :

- 211 – Angoisses diffuses –
- 221 –Angoisses objectales –
- 231 – Allergique –
- 234 – Hystérique (polymorphe, œdipien) –
- 238 – Phobique d'ambiance ou d'envahissement –
- 241 – Sado-masochique (relations érotisées) –
- 242 – Sado-masochique (décharges de comportement) –
- 243 – Masochique d'apparence –
- 271 – Dépression latente –
- 281 – Inhibition, évitement ou répression des représentations –
- 291 – Irrégularités aiguës du fonctionnement mental –
- 451 – Sublimations artistiques –
- 621 – Deuils anciens non élaborés.

Les rubriques les plus utilisées par les psychosomaticiens de l'IPSO relèvent pour la plupart de l'ordre symptomatique. Seul un développement de leur expérience clinique et une participation plus importante à l'élaboration de la sémiologie psychosomatique permettraient, en particulier lors des consultations, d'utiliser davantage de rubriques de l'ordre de l'interprétation et surtout de l'ordre de l'anamnèse.

En étudiant deux à deux certaines particularités (les plus fréquemment observées), on peut constater que certaines sont associées fortement. Les seuils de signification de ces associations varient selon les effectifs des particularités concernées : tous les “++” et “+++” sont significatifs au seuil de $\beta=0,05$; seuls les “+” concernant les particularités de probabilité initiale $> 0,15$.

Les combinaisons de symptômes les plus significatives sont les suivantes :

P211	reliée à	P238, P241, P271, P291
P221	reliée à	P234, P238, P281, P291
P231	reliée à	P271, P451
P234	reliée à	P241, P281, P291, P451
P238	reliée à	P291, P451
P241	reliée à	P271, P281, P291
P271	reliée à	P281, P291, P451
P281	reliée à	P291

Les combinaisons de symptômes les plus significatives

Tableau 1 : ASSOCIATION DES PARTICULARITES ENTRE ELLES

	P221	P231	P324	P238	P241	P271	P281	P291	P451
P211	+		+	+++	++	+++	+	+++	+
P221		+	+++	++		+	++	++	
P231				+		+++			++
P234				+	+++	+	++	++	++
P238								+++	++
P241						+++	+++	++	+
P271							++	++	++
P281								+++	+
P291									+

+ : Faible
 ++ : Moyen
 +++ : Fort

(Probabilité conditionnelle augmentée respectivement de 25 %, 50 %, 100 %).

Tableau 1 : ASSOCIATION DES PARTICULARITÉS ENTRE ELLES.

La rubrique 211 angoisses diffuses que l'on distingue des angoisses objectales – 221, signaux d'alarme du MOI, indique un état de détresse ineffable, souligne la régression primaire, et la fragilité de l'élaboration mentale ; elle est associée fortement (+++) à la rubrique 238 – phobique d'ambiance ou d'envahissement et surtout aux rubriques 271 et 291, respectivement dépression latente et irrégularité aiguë du fonctionnement mental. Une telle configuration associative révèle une déficience marquée et ancienne dans le fonctionnement du préconscient de ces patients.

La configuration 231 – traits de caractère allergique – est composée de 271 et 451, c'est-à-dire dépression latente et sublimations artistiques. Cette configuration correspond à ce que Pierre Marty appelle « chaîne évolutive latérale d'ordre allergique ». La reconnaissance d'une telle chaîne latérale est de bon pronostic, puisque l'ensemble régressif des lignes évolutives,

centrale et latérale, rétablissent régulièrement l'homéostasie et permettent une réorganisation du patient⁴⁸.

Ces sujets ayant des traits de caractère allergique, révèlent une grande familiarité avec leurs processus primaires, et cette facilité d'expressions primaires se trouve à la base d'excellentes productions artistiques (451). Il est regrettable que cette configuration ne soit significative statistiquement qu'en englobant trois particularités ; cela est principalement dû au fait que les consultants et psychothérapeutes n'utilisent que parcimonieusement les rubriques de la classification. La rubrique 271 – dépression latente – a été utilisée de préférence à 628 – dépressions essentielles fréquentes – car la dépression essentielle peut être relativement muette et/ou fugitive lorsque les patients sont adressés tardivement, à sa place peuvent surgir des réorganisations régressives qui sont accompagnées « d'une baisse de tonus instinctuel », c'est-à-dire d'une dépression plus ou moins intense codée en 271. **Comme on peut le constater, nous n'en sommes qu'au début des recherches relatives aux configurations de particularités.**

Les traits de caractère sado-masochiques, 241 – sont fortement reliés à 271 – dépression latente – et 281 – inhibition, évitement ou répression des représentations et des pensées – et moyennement reliés à 291 – irrégularités aiguës du fonctionnement mental. Les rubriques 281 et 291 ne se superposent que partiellement puisqu'il s'agit d'une déficience remarquée, soit comme fondamentale, soit comme notablement transitoire dans le fonctionnement de leur préconscient⁴⁹.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'insuffisance de données ne nous permet pas de discriminer entre les deux types de déficience ; ne s'agirait-il pas en réalité de deux configurations de particularités, l'une associant 241 à 271 et 281, l'autre associant 241 à 271 et 291 ?

La rubrique 241 – traits de caractères sado-masochiques – pose des problèmes théoriques ; s'agit-il de relations érotisées avec des objets privilégiés de nature physique ou morale ou s'agit-il de manifestations d'expressions de comportement, de décharges sans lendemain ?

Il est essentiel de créer de nouvelles rubriques en s'inspirant des contributions des cliniciens et théoriciens. Par exemple, l'article de Michel Fain (1984) « Du corps érotique ou corps malade : complexité de ce passage » où il évoque la sublimation du masochisme ; Michel Fain pose ailleurs la question : « Est-il possible de considérer comme masochique une personnalité inapte à intégrer une satisfaction passive ».

Les traits de caractère hystérique – 234 – sont fortement reliés à 241 et moyennement à 281, 291 et 451. Comme le signale Pierre Marty, cette notion est peu précise, et cette rubrique est aussi bien utilisée pour des formes mineures de séduction, d'identification, de conversion ou de phobies que pour signaler la fréquence d'angoisses passagères ou l'évidence de refoulement. Les traits de caractère hystériques sont signes de vie et indiquent la présence de mécanismes de défense de différents ordres.

Tout au cours de notre recherche, nous avons été conscients de la nécessité, d'une part, de rédaction d'un glossaire ; d'autre part, de création de nouvelles rubriques. Nous avons toujours eu le sentiment d'évoluer dans une ville dont l'espace était occupé par de grands bâtiments (les rubriques) où les étages et cloisonnements n'avaient pas été encore construits. Ce paysage se reflète dans les résultats statistiques actuels. Nous suggérons d'utiliser les travaux de Joseph Sandler qui ont près d'un demi-siècle d'avance pour rédiger de nouvelles

⁴⁸ Cf. Pierre Marty « L'ordre psychosomatique » p. 149 et s. (cf. bibliographie).

⁴⁹ Cf. Pierre Marty, exposé fait aux « Jornadas de Psychosomatica », Barcelone 1985, p. 6

rubriques, ainsi que les nombreux articles et mémoires des membres de l'IPSO ; **sans approche clinique rigoureuse, pas de classification possible.**

(J'ai tenu compte de cette première recherche pour développer une nouvelle classification de 1993 à 2017 : la méthode d'évaluation de la santé psychosomatique).

Les caractéristiques actuelles majeures, réunissent des données symptomatiques immédiates, des données anamnestiques récentes, des données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie actuels. Sur les 19 caractéristiques de la classification, cinq sont beaucoup plus souvent mises en évidence lors de l'établissement de diagnostics par les consultants, ce sont : 802, 803, 804, 805 et 809.

	803	804	809	Effectifs	% Population totale
802		+++	++	31	9,7
803			+	115	35,8
804			+	33	10,3
805				24	7,5
809				53	16,5

Tableau 2 : ASSOCIATION DES CARACTÉRISTIQUES ACTUELLES MAJEURES.

+ faible, ++ moyen, +++ fort, probabilité conditionnelle augmentée respectivement de 50 %, 100 %, > 100 %⁵⁰

La caractéristique – dépression essentielle 802 – est fortement associée à une désorganisation progressive 804 – et à des antécédents psychothérapeutiques de moins d'un an.

Les caractéristiques ont pour objet de préciser les modifications de l'habitus du malade qui correspondent à l'apparition de la maladie. La rubrique 804 – désorganisation progressive (pour Pierre Marty, elle signifie aussi désorganisations répétées) est fortement reliée à la dépression essentielle : la pratique clinique de l'IPSO nous invite à retenir cet item, car nous savons que dans ce cas, il y a maladie grave survenant après une succession d'autres maladies ou survenant chez des patients ayant présenté dans leur vie, à plusieurs reprises, des rafales de maladies de divers ordres à l'occasion de dépressions. À cet égard, Pierre Marty a souvent insisté sur « la fragilité de certaines organisations du préconscient, et sur les désorganisations somatiques suivant les désorganisations de l'appareil mental ».

Signalons aussi dans le tableau 2 ci-dessus, la présence de psychothérapies (antécédents de moins d'un an – 809 – reliée à des dépressions aiguës ou subaiguës – 803. Nous retrouvons des dépressions symptomatiques, accompagnées surtout de traits névrotiques ou d'angoisse en pourcentage relativement égal chez les malades graves (37 %) et chez les autres (38 %).

Pierre Marty a présenté dans de nombreux exposés sur la classification des hypothèses à propos des particularités et des caractéristiques.

Au niveau des particularités habituelles, Pierre Marty a souligné dans le cas de maladies graves la configuration suivante : « je citerai – les angoisses diffuses de l'adulte particulièrement remarquées chez les maladies graves, qui renvoient encore à l'insuffisance ou à la fragilité de la construction mentale première. Je rappellerai ensuite les lieux, inégalement précisés, entre certains traits de caractère – masochiques non érotisés, un moi idéal prédominant, un refus des régressions, et l'établissement de la personnalité dans l'enfance⁵¹.

⁵⁰ Les seuils ont été choisis de façon à ce que tous les ++, et +++ soient significatifs pour $\beta = 0,05$, et que les + soient significatifs pour les caractéristiques de probabilité initiale $> 0,15$.

⁵¹ Opus cité p. 11.

Traduits dans la classification, cela nous donne les rubriques suivantes : 211 – 243 – 431 – 491.

Or, cette formule ne figure pas dans les résultats d'analyse des patients comme nous l'avons vu précédemment, 211 est associée à 234, 238, 241, 271, 281, 291 et 451. De même, 241 est associée à 271, 281, 291 et 451. Ce sont statistiquement les relations entre particularités les plus significatives. En déduire que l'hypothèse de Pierre Marty n'est pas vérifiée serait une grave erreur. Comme nous l'avons avancé plus haut, l'état de développement actuel de la classification psychosomatique ne permet pas d'aboutir à des résultats plus pertinents :

- les rubriques sont en nombre insuffisant pour décrire la réalité complexe des symptômes et du fonctionnement psychique des malades somatiques ;
- les rubriques actuelles ne sont pas toutes utilisées par les consultants et psychothérapeutes.

Ce qui est en cause, c'est le dispositif de mise en œuvre de la classification, en d'autres termes le protocole d'établissement des fiches de cursus des patients.

La pertinence du traitement statistique ne pose pas problème.

Une classification psychosomatique plus élaborée permettrait d'établir des tableaux de configuration cohérentes de particularités habituelles et de caractéristiques actuelles conduisant à une meilleure approche des organisations et/ou désorganisations mentales.

Structure fondamentale : tableau symptomatique associant particularités habituelles et caractéristiques actuelles.

Il est à présent possible d'établir pour la première fois un tableau associant particularités et caractéristiques de l'organisation mentale par type de structure fondamentale.

1. La névrose de caractère bien mentalisée – Structure Fondamentale SF121

Elle est composée dans la population⁵² de l'hôpital de la Poterne des Peupliers à 75 % de femmes âgées de 26 à 55 ans dont 46 % de 31 à 40 ans. Une seule référence médicale, de nature lésionnelle. Pour 52 % des patients, la consultation à lieu en 1984 et 1985. SPI⁵³ pour 23,7 % d'entre eux.

Les particularités habituelles les plus marquées dans cette population bien mentalisée sont :

- Particularités habituelles :

221	Angoisses objectales	Très marquée
234	Traits de caractère hystérique (polymorphes oedipiens)	Marquée
239	Phobiques d'Objet (liaisons représentatives)	Peu marquée
281	Inhibition, évitement ou répression des représentations et des pensées	Peu marquée
451	Sublimations artistiques	Peu marquée
237	Traits de caractère phallique-narcissiques	Peu marquée
461	Sublimations sociales	Très faiblement marquée
411	Homosexualité latente	Très faiblement marquée
232	Traits de caractère anal et obsessionnel (rétention et contrôle)	Très faiblement marquée
235	Traits de caractère oral	Très faiblement marquée
481	Difficultés sexuelles	Très faiblement marquée
611	Conversions fréquentes (hystériques ou non)	Très faiblement marquée

Particularités présentes pour la structure fondamentale 121

- Caractéristiques actuelles majeures :

801	Conversion (hystérique ou non)	Marquée
803	Dépression subaiguë ou aiguë (symptomatique au sens de la psychanalyse)	Marquée
809	Psychothérapies (antécédents de moins d'un an)	Marquée

Caractéristiques actuelles présentes pour la structure fondamentale 121

806	Médico-légal ou professionnel (problème récent pesant sur le fonctionnement psychosomatique)	Spécifique
815	Changement de moins d'un an de l'économie relationnelle	Spécifique

Caractéristiques actuelles présente très faiblement mais notable car relevé uniquement pour cette structure fondamentale

211	Angoisses diffuses	Très marquée
271	Dépression latente	Marquée
291	Irrégularités du fonctionnement mental	Très marquée

Particularité absente pour la structure fondamentale 121

L'ensemble est tout à fait cohérent, justifiant la présence épisodique de maladies réversibles, « à crise » par les seules inhibitions, évitements ou répressions des représentations mentales chez des névrosés de caractère habituellement bien mentalisés.

⁵² 20 % travaillent dans l'Administration, 14 % dans l'enseignement, le reste se répartit entre 8 catégories socio-professionnelles

⁵³ SPI : Structures avec Particularités Individuelles

2. La névrose de caractère à mentalisation incertaine – Structure Fondamentale SF122

La population⁵⁴ affectée à cette structure est composée à 72 % de femmes et à 18 % d'hommes. 55 % des patients de cette population sont âgés de 31 à 45 ans. 48 % ont consulté en 1984 et 1985 ; une ou deux références médicales, de nature lésionnelle et un SPI de 36,4 %. On doit noter que 14 % de ces patients ont, après les six premiers mois de traitement, été classés dans une autre catégorie de fonctionnement mental par leurs thérapeutes. L'incertitude pesant sur la première perception de leur organisation mentale étant la cause de cette modification de structure fondamentale.

- Particularités habituelles :

211	Angoisses diffuses	Très marquée
234	Hystérique	Très marquée
238	Phobique d'ambiance	Marquée
241	Sado-masochique	Marquée
291	Irrégularités aiguës du fonctionnement mental	Marquée
231	Traits de caractère allergique	Peu marquée
451	Sublimations artistiques	Peu marquée
621	Deuils anciens non élaborés	Peu marquée
251	Passages fréquents aux comportements	Très faiblement marquée
240	Psychotique	Très faiblement marquée
411	Homosexualité latente	Très faiblement marquée
232	Anal et obsessionnel	Très faiblement marquée
235	Oral	Très faiblement marquée
461	Sublimations sociales	Très faiblement marquée
481	Difficultés sexuelles	Très faiblement marquée

Particularités présentes pour la structure fondamentale 122

À cette structure appartiennent les deux seuls cas de perversions organisées (651).

- Caractéristiques actuelles majeures :

803	Dépression subaiguë ou aiguë	Marquée
803	Désorganisation progressive	Moins marquée
809	Psychothérapies (antécédents de moins d'un an)	Marquée
808	Parent d'un enfant traité en psychothérapie concomitante	Très faiblement marquée

Caractéristiques actuelles présentes pour la structure fondamentale 122

802	Dépression essentielle	Marquée
-----	------------------------	---------

Caractéristique actuelle absente pour la structure fondamentale 122

L'ensemble, qui s'oppose déjà au précédent (névroses de caractère bien mentalisées) par la présence d'angoisses diffuses – et non plus objectales et de dépression latente, confirme bien la notion d'incertitude de la mentalisation avec le 291 – Irrégularités aiguës du fonctionnement mental.

⁵⁴ Activités professionnelles : 22 % Administration, 1 % Enseignement, 11 % Santé

3. Les névroses de caractère mal mentalisées – Structure Fondamentale SF123

Ce groupe⁵⁵ de patients est composé à 35,42 % d'hommes et à 62,50 % de femmes. Des trois structures fondamentales étudiées, ce groupe se situe à 24,5 % dans la fourchette d'âge 41-45 ans. Une référence médicale de type lésionnel. 22 % des patients de ce groupe ont changé de dénomination de structure fondamentale après les premiers mois de psychothérapie.

Le SPI est très élevé (90 %).

- Particularités habituelles :

211	Angoisses diffuses	Très marquée
234	Traits de caractère hystérique	Marquée
271	Dépression latente	Peu marquée
291	Irrégularités aiguës du fonctionnement mental	Peu marquée
231	Allergique	Très faiblement marquée
232	Anal et obsessionnel	Très faiblement marquée
238	Phobique d'ambiance ou d'envahissement	Très faiblement marquée
451	Sublimations artistiques	Très faiblement marquée
621	Deuils anciens non élaborés	Très faiblement marquée

Particularités présentes pour la structure fondamentale 123

234	Hystérique	Très marquée
221	Angoisses objectales	Très marquée
238	Phallique d'ambiance	Marquée

Particularités absentes pour la structure fondamentale 123

- Caractéristiques actuelles majeures :

802	Dépression essentielle	Très marquée
804	Désorganisation progressive	Très marquée
809	Psychothérapies (antécédents de moins d'un an)	Marquée
803	Dépression subaiguë ou aiguë	Marquée
805	Deuils ou pertes d'objets significatifs récents	Peu marquée

Caractéristiques actuelles présentes pour la structure fondamentale 123

(Le seul cas de toxicomanies récentes 812).

Dans le cas de cette structure fondamentale, 123, la configuration de désorganisation mentale apparaît avec beaucoup plus de clarté que dans la structure fondamentale, 122.

Comme l'indique Pierre Marty dans son étude théorique des désorganisations progressives, il s'agit de noter pour les patients de cette structure **les passages du fonctionnement mental aux manifestations de caractère qui constituent des moments naturels d'interruption du processus psychique**. Ces moments sont souvent précédés ou accompagnés au début par des angoisses violentes ou diffuses (211) ; on a l'impression, dit-il, que ces angoisses se réfèrent à des traumatismes anciens. « Les élaborations mentales ne pouvant s'effectuer, les régressions ne pouvant s'installer, on assiste à une désorganisation des fondements mêmes de l'appareil mental ! »⁵⁶.

⁵⁵ Activités professionnelles : 14 % Administration, 12 % Enseignement, 12 % Santé

⁵⁶ Pierre Marty, L'ordre psychosomatique, op. Cité p. 18 et 19

Structure fondamentale \ Particularités et Caractéristiques actuelles	SF121	SF122	SF123
211	-	+	+++
221	++	=	=
234	+	=	--
237	+	-	=
238	=	=	-
239	=	=	-
240	=	=	+
241	=	=	=
242	=	=	=
271	-	=	+
281	=	=	+
291	--	++	=
451	=	+	--
621	=	=	=
802	---	--	+++
803	=	++	-
804	--	-	+++
805	=	=	=
809	+	-	+

Tableau 3 : TABLEAU COMPARATIF DES STRUCTURES FONDAMENTALES ASSOCIÉES AUX PARTICULARITÉS HABITUELLES ET CARACTÉRISTIQUES ACTUELLES

Position par rapport à la moyenne :

Très inférieur <50 % ; inférieur de 50 % légèrement inférieur de 25 %

Egal ; légèrement supérieur de 25 % ; supérieur de 50 % : très supérieur >50 %

Les seuils sont calculés pour garder un écart significatif à $\beta = 0,05$ pour tous les ---, --, ++ et +++, et pour les + et les - sur les particularités et caractéristiques de probabilité initiale > 0,15.

ÉTUDE DE L'ORGANISATION MENTALE DES PRINCIPALES MALADIES SOMATIQUES DES PATIENTS DE L'IPSO – HÔPITAL DE LA POTERNE DES PEUPLIERS ET DE LEURS RELATIONS ET INTERRELATIONS DYNAMIQUES

Parmi toutes les maladies somatiques traitées à l'IPSO, il y en a huit qui, par leur fréquence, s'imposent à l'attention de l'observateur.

Ce sont essentiellement :

Catégorie	Maladie	Classification	Fréquence médicale
Cancer	Cancer du sein	142	24
Cœur Circulation sang	Hypertensions	226	14
Gastro-entérologie	Crohn	272	14
	Recto-colite hémorragique [RCH]	276	11
Métabolisme Nutrition Endocrinologie	Obésité	406	17
Neurologie	Céphalées	442	24
	Migraines	445	16
	Sclérose en plaque [SEP]	454	6

Tableau 4 : LES 8 MALADIES

Bien que nous traitions statistiquement de très petits échantillons de patients, il est à notre avis important d'établir pour chacune des maladies ci-dessus, l'état de l'organisation mentale tel qu'il ressort de l'étude des fiches de cursus. Il va sans dire qu'il s'agit des premiers pas d'une recherche qui devra être développée en prenant en considération davantage de patients pour pouvoir valider des résultats statistiques acceptables. En l'état actuel de notre recherche, nous avons procédé à l'établissement d'une fiche retraçant pour chaque maladie la configuration de l'organisation mentale tenant compte des particularités habituelles et des caractéristiques actuelles majeures.

Les principes de traitement de données sont l'utilisation de tableaux croisés et une tentative de synthèse par l'analyse discriminante. Les techniques d'analyse discriminante permettent de reconstituer à partir du tableau de la classification psychosomatique une probabilité de diagnostic de la maladie. Il n'est pas question de se servir d'échantillons aussi faibles pour estimer de façon fiable un facteur de risque vis-à-vis de telle ou telle maladie somatique en fonction des variables du fonctionnement mental – structure, particularités et caractéristiques – et du sexe et de l'âge.

Toutefois, les tentatives de modélisation du risque par ces méthodes permettent de hiérarchiser les signes essentiels du tableau psychique d'une maladie, et donnent une première indication pour de futures recherches.

La méthode retenue est l'analyse discriminante linéaire sur variables binaires, technique fondamentale en analyse discriminante, mais seule autorisée ici du fait des petites tailles d'échantillon et donc du petit nombre de paramètres estimables.

Les descriptions détaillées qui suivent sont faites à partir des résultats des tableaux croisés et de l'analyse discriminante, et prennent pour exemple les quatre maladies suivantes : cancer du sein, hypertension, Crohn et RCH.

Nous résumerons dans un tableau d'ensemble les résultats relatifs aux huit maladies retenues.

Nous avons fait référence dans les différents traitements statistiques cités précédemment au concept de probabilité conditionnelle, et il nous semble important d'en préciser la définition.

Nous avons utilisé le concept de probabilité conditionnelle dans les tableaux croisés reliant entre elles deux à deux les rubriques ou items de la classification. Si deux événements sont dépendants plutôt qu'indépendants, comment calculer la probabilité que l'un et l'autre de ces 2 événements se réalisent ? En d'autres termes, qu'arrive-t-il si la probabilité d'occurrence d'un événement dépend de la réalisation ou de la non-réalisation de l'autre événement ? Dans cette situation, la probabilité que les deux événements se réalisent est la suivante :

$$\mathbb{P}(A \text{ et } B) = \mathbb{P}(A) \times \mathbb{P}(B/A)$$

Dans cette égalité, $\mathbb{P}(B/A)$ est, ce qu'on appelle une probabilité conditionnelle : la probabilité de B étant donné A. Par exemple, dans le tableau 2, nous avons évalué la probabilité de 804 – désorganisation progressive – lorsqu'il y a dépression essentielle, 802, etc.

1. Cancer du sein – M142

Les patients se classent plutôt dans les névroses de caractère à mentalisation incertaine (SF122) et surtout mal mentalisées (SF123). La prédominance dans les particularités va aux angoisses diffuses (SF211), sado-masochique (SF241), accompagnées d'irrégularités aiguës du fonctionnement mental (SF291). Signalons pour en venir aux caractéristiques que sur tous les patients de l'IPSO notés en caractéristique actuelle majeure 802, dépression essentielle et en caractéristique 804, désorganisation progressive, 25 % ont un cancer du sein. En dehors de cette rubrique, les patientes ont été notées en 805, deuil récent non élaboré et 809, psychothérapies antécédents de moins d'un an.

L'analyse discriminante permet d'établir une ébauche de pronostic sur les sujets féminins en utilisant (par ordre d'importance) :

802	Dépression essentielle	Facteur favorable
804	Désorganisation progressive	Facteur favorable
211	Angoisses diffuses	Facteur favorable
281	Inhibition des représentations	Facteur défavorable
237	Phallique narcissique	Facteur défavorable
240	Psychotique	Facteur défavorable

Caractéristiques actuelles et particularités présentes pour le cancer du sein (M142)

Une configuration maximale, empirique, née de l'expérience clinique, a été établie par Pierre Marty (Cf. Pierre Marty, note miméographiée IPSO, mai 1986), pour les maladies graves parmi lesquelles figurent les cancers du sein. Elle est la suivante⁵⁷ : **211, 243, 271, 431, 491, 623, 628, 629, 802, 804, 807, 815.**

Une confirmation d'ensemble des avancées issues de l'expérience clinique se retrouve néanmoins dans la classification des patientes atteintes du cancer du sein (avec des réserves sur les traits de caractère sado-masochique 241) – dans un cas, 243 – dans l'autre et 621 – rubrique « deuil » qui a été développée sur plusieurs années pour finir par se préciser en 623 :

⁵⁷ Aucune patiente ne peut réunir ces données regroupant des « particularités habituelles moyennes » et des « caractéristiques actuelles majeures » en raison de leur distribution fondamentalement différente selon les structures 121, 122 et 123 (il est inutile, par exemple, d'utiliser 281 avec 123, alors que 281 devient significatif avec 121). Deux études doivent être envisagées : A) les croisements utiles entre les « structures fondamentales » d'une part, les « particularités habituelles » et les « caractéristiques actuelles majeures » d'autre part ; B) la proportion de « particularités habituelles » et de « caractéristiques actuelles » selon leur croisement utile avec les structures et selon leur rapport avec la configuration maximale établie pour les maladies graves.

« deuils d'Objet directement ou indirectement significatifs pendant la grossesse de la mère ou dans les deux premières années de vie ».

Notre travail de recherche n'a pas permis de valider l'hypothèse de configuration du cancer du sein citée ci-dessus. Nous sommes en présence d'un petit échantillon, et comme nous l'avons souvent souligné, toutes les rubriques n'ont pas été utilisées par les consultants. **Cette proposition de Pierre Marty doit encore rester à l'état d'hypothèse.**

Par contre, la présence de 2 caractéristiques, à savoir 802, 804 et d'une particularité 211, peut être considérée comme un facteur favorable ; cela ne signifie nullement qu'une relation de causalité a été établie. Il a été statistiquement validé que ces 3 facteurs étaient présents chez les patientes atteintes d'un cancer du sein.

2. Hypertension – M226

Les hypertendus de l'hôpital sont plus des hommes que des femmes, classés dans les névroses à mentalisation incertaine (SF122). Ils ont autant d'angoisses diffuses que d'angoisses objectales, avec comme trait de caractère prédominants : des traits phalliques-narcissiques (237), accompagnés soit d'inhibition des représentations artistiques (451) soit sociales (461). Les seules caractéristiques sont – dépression subaiguë ou aiguë (803) et – deuil récent non élaboré (805).

Les critères retenus pour un pronostic par l'analyse discriminante fait apparaître en premier l'âge et la profession en second lieu seulement les particularités et caractéristiques citées précédemment.

3. Maladie de Crohn – M272

Un peu plus de femmes que d'hommes parmi les patients souffrant de cette maladie ; il s'agit surtout de névroses de caractère à mentalisation incertaine. Il y a prédominance d'angoisses diffuses (211), accompagnées de dépression latente (271), d'inhibition des représentations (281) et/ou d'irrégularités aiguës du fonctionnement mental (291), et pour ce qui est de l'ordre de l'anamnèse, deuils anciens non élaborés (621). C'est la plus forte fréquence sur l'ensemble des huit maladies, le cancer du sein et les migraines venant tout de suite après. Le deuil récent non élaboré (805) étant la caractéristique majeure actuelle la plus significative.

L'analyse discriminante fait apparaître le tableau clinique suivant :

211	Angoisses diffuses	Facteur favorable
281	Inhibition des représentations	Facteur favorable
291	Irrégularités du fonctionnement	Facteur favorable
621	Deuil ancien non élaboré	Facteur favorable
805	Deuil récent non élaboré	Facteur favorable

Caractéristiques actuelles et particularités présentes pour la maladie de Crohn (M272)

4. Recto-colite hémorragique – M276

Autant de femmes que d'hommes souffrent de cette maladie, et classés dans les névroses de caractère bien mentalisées (SF121) et mal mentalisées (SF122) pour la plupart d'entre eux. Angoisses diffuses et angoisses objectales dans l'ordre symptomatique, avec des traits de caractère hystérique (234), phobique d'ambiance (238) et phobique d'Objet (279), des traits sado-masochiques (241, 242, 243), accompagnés d'inhibition des représentations (281) et surtout, d'irrégularités du fonctionnement mental (291), de sublimations artistiques, et de deuils anciens non élaborés (621). Pas de dépression essentielle, ni de désorganisation progressive, mais dépression subaiguë ou aiguë (803) et deuils ou pertes d'objets significatifs récents non élaborés (805) sont les caractéristiques actuelles majeures.

L'analyse discriminante fait apparaître le tableau clinique suivant :

221	Angoisses objectales	Facteur favorable
234	Traits de caractère hystérique	Facteur favorable
241	Sado-masochique (relation érotisées)	Facteur favorable
291	Irrégularités du fonctionnement	Facteur favorable
621	Deuils anciens non élaborés	Facteur favorable
805	Deuils ou pertes d'objets significatifs récents non élaborés	Facteur favorable

Caractéristiques actuelles et particularités présentes pour la maladie de Crohn (M272)

Tableau 5 : TABLEAU COMPARATIF DES STRUCTURES, PARTICULARITES ET CARACTERISTIQUES DES HUIT MALADIES LES PLUS FREQUENTES

	Cancer du sein	Hyper-tension	Cröhn	R.C.H.	Obésité	Céphalées	Migraines	S.E.P.
121	6 -	4 -	4 -	5 =	4 -	10 =	7 =	4 =
122	11 =	7 =	9 +	4 =	8 =	12 =	7 =	2 =
123	6 ++	2 =	1 --	1 -	2 =	2 -	2 -	0 absence
211	12* ++	3 -	10* ++	5 +	7 +	3* --	4 =	2 =
221	4 -	2 -	2 -	4 +	2 -	8 +	5 +	2 =
231	3 =	0 absence	2 =	1 =	2 =	1 --	2 =	1 =
232	1 --	1 -	1 -	0 absence	1 -	2 -	2 +	1 +
234	9 =	7 -	3 -	6 +	7 -	8 =	5 =	2 =
237	0 absence	2 +	0 absence	0 absence	2 +	3 +	1 -	1 +
238	3 -	3 =	2 -	3 +	3 =	5 =	2 -	2 +
239	3 -	3 =	2 -	3 +	3 =	5 =	2 -	2 +
240	0 absence	1 =	0 absence	0 absence	0 absence	3 ++	0 absence	0 absence
241	8 +	2 -	4 =	5 +	4 =	8 +	2 -	1 =
242	8 +	2 -	4 =	5 +	4 =	8 +	2 -	1 =
243	8 +	2 -	4 =	5 +	4 =	8 +	2 -	1 =
271	6 =	3 =	5 +	2 =	8* ++	6 =	2 -	1 =
281	3 --	5 +	9* ++	4 +	3 -	7 =	8* ++	3 +
291	5 +	3 +	5* ++	3 +	5 ++	4 =	2 =	1 =
451	3 =	3 +	0 absence	2 +	1 -	2 -	0 absence	0 absence
461	4 =	4 +	2 -	1 -	1 --	4 =	3 =	1 =
621	3 =	1 -	6* ++	2 +	0 absence	1 --	3 +	0 absence
802	8* +++	1 -	1 -	0 absence	3 ++	2 =	0 absence	0 absence
803	9 =	4 -	6 +	7* +	4 -	9 =	6 =	5* +
804	8* +++	1 -	0 absence	0 absence	3 ++	3 +	1 -	2 ++
805	3 +	1 =	4* ++	2 +	1 =	2 =	1 =	0 absence
809	6 +	1 --	0 absence	1 -	3 =	3 -	2 =	1 =
	24	14	14	11	17	24	16	6

Tableau 5 : TABLEAU COMPARATIF DES STRUCTURES, PARTICULARITÉ ET CARACTÉRISTIQUES DES HUIT MALADIES LES PLUS FRÉQUENTES

*Absence ou présence de la maladie dans la population présentant la particularité ou la caractéristique. Si présence : -- très inférieure, - inférieure, = égale, + légèrement supérieure, ++ supérieure, +++ très supérieure. Probabilité conditionnelle par rapport à la moyenne : nulle, très inférieur <50 % ; inférieur de 50 % à légèrement inférieur de 25 % ; égal ; légèrement supérieur de 25 % ; supérieur de 50 % : très supérieur >50 %. Compte tenu des effectifs, les seuls écarts significatifs au seuil de $\beta = 0,05$ sont repérés par une *. Cf. annexe : Les tests d'hypothèses sur 2 moyennes avec de petits échantillons. * indique que ce facteur est présent dans la population, mais il n'est pas de nature causale.*

L'ensemble du tableau comparatif précédent est cohérent dans la mesure où il confirme l'expérience clinique. Il confirme en particulier l'expérience clinique en soulignant la mauvaise mentalisation et la désorganisation dans les cas du cancer du sein, de la maladie de Crohn, d'obésité par rapport aux hypertensions, céphalées, migraines, S.E.P. Il confirme l'importance de la position phallique-narcissique dans les hypertensions, les obésités, les

céphalées (mais il s'agit peut-être non de 237- phallique-narcissique, mais de 241 – Moi idéal, prédominant pas toujours signalé). Il confirme la présence fréquente de traits de caractère psychotiques dans les céphalées.

Il nous apprend surtout la tendance à une bonne mentalisation des RCH. par rapport à la mauvaise mentalisation et à la désorganisation des maladies de Crohn.

Deux considérations doivent encore être faites :

- a) l'emploi abusif des 234 – traits de caractère hystérique, rubrique non discriminatoire telle qu'elle est actuellement utilisée ;
- b) l'indétermination du 809 – psychothérapies antérieures. L'hôpital de l'IPSO reçoit de nombreux patients habitués aux traitements psychothérapeutiques du fait de sa réputation chez de nombreux psychiatres, psychanalystes, etc. qui nous adressent des patients. La rubrique, dans ces conditions, n'est pas significative sur un plan général ; elle est limitée aux patients de l'Hôpital de la Poterne des Peupliers.

La classification MARTY/IPSO condense l'expérience clinique des psychosomaticiens et révèle lors de sa mise en œuvre les problèmes à poser aux théoriciens et cliniciens.

La classification psychosomatique de par son approche statistique et synthétique est :

- 1-une aide au diagnostic grâce aux différentes ASSOCIATIONS des structures, des particularités et des caractéristiques (Cf. tous les tableaux élaborés) ;
- 2-un métalangage facilitant le dialogue entre psychosomaticiens ;
- 3-une méthode de comparaison des dynamiques mentales selon les maladies somatiques ;
- 4-une méthode de comparaison des maladies somatiques en fonction des particularités et des caractéristiques.

La classification facilite la recherche psychosomatique, car elle apporte, à une distance d'un siècle, la méthode de quantification souhaitée par Freud.

Elle permet de poser à la clinique et la théorie les questions suivantes :

- 1-Existe-t-il des organisations mentales communes à certaines maladies somatiques ? (par exemple les maladies auto-immunes) ?
- 2-De même, existe-t-il des mouvements de désorganisations mentales communes à certaines maladies somatiques ?
- 3-Des différences significatives dans les organisations mentales des peuples européens, nord-américains, asiatiques, etc. ? Une telle question nous est suggérée par l'utilisation possible de la classification en Espagne, en Amérique du Sud et en Afrique du Nord. De telles recherches révéleront-elles des vécus affectifs différents pour les mêmes maladies étudiées ?⁵⁸
- 4-Y a-t-il des facteurs de risque de maladie somatique reliés au fonctionnement mental ? (par exemple la SF123 ?)
- 5-Peut-on affirmer que les personnes très mentalisées sont à l'abri de graves somatisations ? Notre recherche révèle que pour les SF121 de cancer du sein, 6 cas ont été diagnostiqués sur les 24 en traitement. La classification permet en l'occurrence de reformuler le problème ?

⁵⁸ Nous pensons ainsi que les rubriques de la classification qui peuvent être considérées comme des paramètres du modèle psychosomatique peuvent devenir des variables avec des plages de variation changeant selon la culture.

La classification interroge les psychosomaticiens ; notre recherche signale enfin les points suivants :

- 1- Absence de glossaire, d'où d'importantes confusions dans l'utilisation des rubriques.
- 2- Utilisation parcimonieuse des rubriques, alors qu'on devrait pouvoir approfondir certaines d'entre elles et créer de nouvelles ; comment expliquer que les particularités de l'ordre de l'anamnèse ne sont pas prises en considération lors des diagnostics alors que tous les psychosomaticiens sont des psychanalystes ?
- 3- Pourquoi la rubrique 234 (hystérique, polymorphe, œdipien) se retrouve-t-elle dans les 8 maladies étudiées ? N'est-il pas important d'en revoir les différentes définitions ?
- 4- De même, comment expliquer l'absence de discrimination entre 238 et 239 (phobique d'ambiance et phobique d'Objet) ou entre 241, 242 et 243 (les trois rubriques de traits de caractère sado-masochique, utilisées elles aussi l'une pour l'autre) ?
- 5- La rubrique 431 Moi idéal prédominant ne figure pas de façon significative dans nos résultats ; n'est-il pas nécessaire de le définir avec précision ? Pourquoi ne figure-t-il pas dans les fiches sur le cancer du sein, par exemple ?

Le dialogue de la classification vers la clinique puis vers la théorie a commencé ; il est nécessaire et souhaitable de le poursuivre, car la psychosomatique psychanalytique de l'an 2000 doit pouvoir se référer à la classification comme catégorie épistémique à part entière aux côtés de la clinique.

LA CLASSIFICATION PSYCHOSOMATIQUE DE PIERRE MARTY

GRILLE MARTY – IPSO, 1987. N° ISBN 2-907020-00-5.

A – STRUCTURE FONDAMENTALE

Partie foncière, inamovible à l'âge adulte, de l'organisation psychosomatique individuelle, la structure fondamentale ne peut être l'objet que d'une seule cotation par sujet.

Répertoire des structures fondamentales :

111	Névrose mentale symptomatologiquement organisée, au fonctionnement soutenu. Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue (111 comme 141 ne peuvent être utilisés qu'au cas de difficultés somatiques accidentelles au sens traumatique chirurgical ou, à la rigueur, infectieuses lors d'épidémies. Dans les autres cas, en effet, même s'il s'agit d'organisations anales avec manifestations obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques (avec phénomènes de conversion), la systématique mentale névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit, au moins momentanément. Ces cas ne peuvent donc figurer qu'au titre des névroses ou des psychoses polymorphes, les symptômes ne devant être signalés que plus tard dans la classification).
121	Névrose bien mentalisée (certitude)
122	Névrose à mentalisation incertaine (doute)
123	Névrose mal mentalisée (défauts avérés). La "mentalisation" apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : - Épaisseur de l'ensemble des formations représentatives - Fluidité des liaisons entre les représentations - Permanence habituelle du fonctionnement.
131	Névrose de comportement (insuffisance originelle du préconscient. Expression habituelle de l'inconscient et du Ça dans les comportements).
141	Psychose symptomatologiquement organisée, au fonctionnement soutenu.
151	Psychose polymorphe
161	Psychose de comportement
181	Organisation allergique essentielle
100	Autres

Codification des structures fondamentales de la grille de Pierre Marty

B – PARTICULARITÉS HABITUELLES MAJEURES

Elles réunissent les données symptomatiques plus ou moins immédiates, des données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie habituels, des données anamnestiques.

Pour faciliter le dépouillement statistique, trois ordres de particularités sont dégagés bien que ces ordres soient souvent intriqués, l'ensemble traduisant en définitive l'observation de l'investigateur ou, secondairement, du thérapeute.

Répertoire des particularités habituelles majeures :

211 (*)	Angoisses diffuses (angoisses automatiques des épisodes de détresse. (Ne pas prendre pour angoisses objectales des angoisses diffuses (épisodes de détresse) au seul fait qu'elles succèdent à une perte d'Objet
221 (*)	Angoisses objectales (signaux d'alarme accompagnés de liaisons représentatives). Caractère (traits de)
231	Allergique
232	Anal et obsessionnel (rétention et contrôle)
233	Hypochondriaque
234	Hystérique (polymorphes, œdipiens)
235	Oral
236	Pervers
237	Phallique-narcissique
238	Phobique d'ambiance ou d'envahissement
239	Phobique d'Objet (liaisons représentatives)
240	Psychotique
241	Sado-masochique (Relations érotisées, physiques comme morales)
242	Sado-masochique (décharges de comportement)
243	Apparence masochique du type « névrose de destinée » avec absence d'intégration de satisfactions passives. États de souffrance sans objet, sans désirs et sans modification, à l'occasion, de la maladie qui ne devient pas objet d'investissement
251	Comportements (passages fréquents aux) (Inutile lorsque 123 ou 131)
251	Somnambulisme
261	Dépersonnalisation (manifestations de la)
271	Dépression latente
281	Inhibition, évitement ou répression des représentations et des pensées
282	Répression des expressions pulsionnelles dans le comportement
291	Irrégularités aiguës du fonctionnement mental
292	Déni des réalités (pathologiques ou non)
293	Intellectualisation défensive
294	Utilisation importante de la pensée magique
300	Mentaux (autres mécanismes particulièrement utilisés)
200	Autres

Codification des particularités habituelles de la grille de Pierre Marty dans l'ordre symptomatique (psychanalytique classique ou non)

Répertoire des ordres de l'interprétation :

411	Homosexualité latente
421	Infantilisme régressif
441	Névrose traumatique
451	Sublimations artistiques
461	Sublimations sociales
471	Tradition culturelle ou religieuse pesant sur le fonctionnement psychosomatique
481	Sexuelles (difficultés habituelles : éjaculation précoce, impuissance et frigidité)
482	Notion de traumatismes, d'une situation familiale ou d'une activité parentale ayant pu gauchir l'évolution classique de la sexualité
491	Refus (inconscient ou non) des régressions
492	Conduites d'épuisement libidinal
493	Pesée traumatique permanente
400	Autres

Codification des ordres de l'interprétation de la grille de Pierre Marty

Répertoire des ordres de l'anamnèse :

611	Conversions fréquentes (hystériques ou non)
621 (*)	Deuils anciens non élaborés. Préciser par 623 ou 625
622	Problèmes fondamentaux d'identité
623	Deuils de personnes ou pertes d'objets directement ou indirectement significatifs pendant la grossesse de la mère ou dans les 2 premières années
624	Changement notable de l'économie relationnelle dans les 2 premières années
625	Deuils de personnes ou pertes d'objets significatifs prépubertaires, non élaborés
626	Changement notable, prépubertaire, de l'économie relationnelle
627	Dépansions aiguës ou subaiguës fréquentes (symptomatiques ou sens de la psychanalyse)
628	Dépansions essentielles fréquentes
629	Organisations répétées (rafales de maladies)
631	Homosexualité (pratiques d')
641	Neurologiques centrales (atteintes)
651	Perversions organisées
661	Poly-opérés (antérieurement à la désorganisation ou à la maladie actuelle)
671	Suicide (tentatives antérieures à la désorganisation ou à la maladie actuelle)
681	Tonus libidinal (diminution en rapport avec le vieillissement, quelle que soit la limitation des investissements)
691	Toxicomanies habituelles (iatrogéniques incluses)
692	Psychothérapies antérieures
693	Dépansion de l'adolescence
600	Autres

Codification des ordres de l'anamnèse de la grille de Pierre Marty

C – CARACTÉRISTIQUES ACTUELLES MAJEURES

Elles réunissent des données symptomatiques immédiates, des données anamnestiques récentes, des données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie actuels.

Les caractéristiques actuelles majeures peuvent être, et sont le plus souvent l'objet de plusieurs cotations par sujet.

Répertoire des caractéristiques actuelles majeures :

801	Conversions fréquentes (hystériques ou non)
802	Dépression essentielle
803	Dépression subaiguë ou aiguë (symptomatique au sens de la psychanalyse)
804	Désorganisation progressive
805	Deuils ou pertes d'objets significatifs récents, non élaborés
806	Médico-légal ou professionnel (problème récent pesant sur le fonctionnement psychosomatique)
807	Opératoire (vie)
808	Parent d'un enfant traité en psychothérapie concomitante
809	Psychothérapies (antécédents de moins d'un an)
810	Sexuelles (difficultés effectives récentes : impuissance et frigidité)
811	Suicide (tentative récente de)
812	Toxicomanies récentes (iatrogéniques incluses)
813	Limitations récentes, accidentelles ou non, des activités corporelles)
814	Changement notable de l'économie relationnelle
815	Changement de moins d'un an de l'économie relationnelle
816	Frustration de plaisir sexuel (type névrose actuelle)
820	Réorganisation relative (au moins provisoire) sur un mode hypochondriaque
822	Bénéfices secondaires à la maladie actuelle
800	Autres

Codification des caractéristiques actuelles majeures de la grille de Pierre Marty

D – CARACTÉRISTIQUES RÉSULTANT DE LA PSYCHOTHÉRAPIE (CE CHAPITRE DE LA CLASSIFICATION EST ACTUELLEMENT EN VOIE DE MISE EN PRATIQUE ET D'ÉLABORATION)

Elles réunissent trois ordres de données. Les premières concernent la disparition de caractéristiques actuelles majeures signalées en C lors de l'investigation ou au début de la psychothérapie des sujets. Les deuxièmes concernent soit la transformation de particularités habituelles majeures spécialement défavorables à l'organisation psychosomatique des sujets, soit la reprise de particularités habituelles majeures spécialement favorables à l'organisation psychosomatique des sujets, toutes antérieurement signalées en B. Les troisièmes concernent l'acquisition de nouveaux types de fonctionnement psychosomatique.

Répertoire des caractéristiques résultant de la psychothérapie : Disparition de caractéristiques actuelles majeures signalées en C :

901	Disparition de conversion récente
902	Disparition de dépression essentielle
903	Disparition de dépression subaiguë ou aiguë
904	Disparition de désorganisation progressive
905	Élaboration (du ou) des deuils ou pertes d'objets significatifs récents
907	Disparition de vie opératoire
910	Disparition des difficultés sexuelles effectives récentes
912	Disparition de ou des toxicomanies récentes
916	Disparition de la frustration de plaisir sexuel
922	Disparition des bénéfices secondaires à la maladie
811	Suicide (tentative récente de)
812	Toxicomanies récentes (iatrogéniques incluses)
813	Limitations récentes, accidentelles ou non, des activités corporelles)
814	Changement notable de l'économie relationnelle
815	Changement de moins d'un an de l'économie relationnelle
816	Frustration de plaisir sexuel (type névrose actuelle)
820	Réorganisation relative (au moins provisoire) sur un mode hypochondriaque
822	Bénéfices secondaires à la maladie actuelle
800	Autres

Codification des caractéristiques résultant de la psychothérapie de la grille de Pierre Marty

Transformation de « particularités habituelles majeures » spécialement défavorables à l'organisation psychosomatique des sujets ou reprise de « particularités habituelles majeures » spécialement favorables à l'organisation psychosomatique des sujets, toutes antérieurement signalées en B :

931	Disparition ou atténuation remarquable des angoisses diffuses
932	Atténuation remarquable des angoisses objectales
933	Disparition ou atténuation remarquable des phobies d'ambiance ou d'envahissement
935	Intégration de satisfactions passives
937	Disparition ou atténuation remarquable des passages aux comportements
939	Sortie de la dépression latente
941	Aisance des représentations diurnes et oniriques
943	Aisance de l'ensemble du fonctionnement mental et des expressions libidinales
945	Disparition ou atténuation remarquable des symptômes témoins de la présence du Moi-Idéal
947	Sortie de la névrose traumatique
949	Sortie des difficultés sexuelles habituelles
951	Acceptation des régressions
953	Reprise de certains aspects d'une névrose mentale antérieure
955	Reprise, sous une forme viable, de certains aspects d'expressions caractérielles
957	Sortie des conduites d'épuisement libidinal
959	Disparition des problèmes fondamentaux d'identité
961	Élaboration des deuils ou des pertes d'objets significatifs passés, ultérieures à l'âge de deux ans Disparition ou atténuation remarquable des dépressions
963	Disparition ou atténuation remarquable des dépressions
965	Disparition des désorganisations
967	Disparition ou atténuation remarquable des toxicomanies

Codification de la grille de Pierre Marty quant aux transformations de particularités habituelles majeures spécialement défavorables à l'organisation psychosomatique

Acquisition de nouveaux types de fonctionnement psychosomatique :

<i>Dans le domaine mental</i>	
971	Sublimation marquée du fonctionnement mental
973	Rubriques disponibles en premier lieu
974	Rubriques disponibles en premier lieu
975	Rubriques disponibles en premier lieu
<i>Dans le domaine des expressions</i>	
985	Sublimations artistiques
987	Rubriques disponibles en premier lieu
988	Rubriques disponibles en premier lieu
989	Rubriques disponibles en premier lieu
<i>Dans le domaine de l'organisation sociale</i>	
991	Sublimations sociales
993	Rubriques disponibles en premier lieu
994	Rubriques disponibles en premier lieu
995	Rubriques disponibles en premier lieu
900	Autres

Codification de la grille de Pierre Marty quant à l'acquisition de nouveaux types de fonctionnement psychosomatique

(*) NOTE : Adjointe à la révision de la Classification psychosomatique en avril 1989.

121-122-123 – Le titre de « névrose de caractère », ici périmé, est remplacé.

151 – Idem pour psychose.

241-243-281-623-625-805-961 – Rubriques précisées.

294-493-693 – Rubriques ajoutées.

Les collègues intéressés voudront bien adresser leurs remarques écrites à Pierre MARTY.

Annexe

Tests d'hypothèses sur deux moyennes avec de petits échantillons
 (Sanders, D.H., Allard, F., *Les Statistiques, une approche nouvelle*, McGraw Hill, Québec, 1992.)

**TESTS D'HYPOTHÈSES SUR DEUX MOYENNES
 AVEC DE PETITS ÉCHANTILLONS**

Dans les exemples de ce chapitre, il nous était possible d'utiliser la distribution Z pour faire les tests parce que les échantillons étaient de taille suffisamment grande (supérieure à 30). Il existe des tests pour vérifier l'égalité de deux moyennes lorsque les échantillons sont de *petite taille* (inférieure ou égale à 30); le test que nous allons voir maintenant est applicable seulement si les deux

conditions sont respectées: (1) les deux échantillons proviennent de populations distribuées selon le modèle normal; (2) les écarts types inconnus des deux populations sont égaux.

Les hypothèses de ce nouveau test sont les mêmes que celles que nous avons vues dans le chapitre: ainsi, l'hypothèse nulle est:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

et l'hypothèse alternative est l'une des trois suivantes:

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 > \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 < \mu_2$$

Pour définir la ou les régions de rejet, nous utiliserons la distribution de Student (*t*) au lieu de la distribution Z. Le nombre de degrés de liberté sera alors égal à

$$d.l. = n_1 + n_2 - 2$$

Par exemple, si l'échantillon 1 est de taille 14 et l'échantillon 2 de taille 16, alors

$$d.l. = 14 + 16 - 2 = 28$$

Avec ces échantillons, la valeur *t* appropriée pour un *test bilatéral* au seuil de signification de 0,05 est égale à 2,048 et la règle de décision consiste à accepter H_0 si le rapport critique se situe entre -2,048 et 2,048.

Avant de calculer le rapport critique, nous devons d'abord calculer une *estimation* de l'erreur type de la différence des moyennes. Puisque l'on suppose, dans ce test, que les écarts types inconnus des deux populations sont égaux, il apparaîtra normal d'estimer l'écart type commun de ces deux populations en réunissant l'information contenue dans les deux échantillons. On obtient alors un écart type pondéré dont la formule est la suivante:

$$s_p = \sqrt{\frac{s_1^2(n_1 - 1) + s_2^2(n_2 - 1)}{n_1 + n_2 - 2}}$$

et la formule de l'erreur type estimée est:

$$\hat{\sigma}_{\bar{x}_1 - \bar{x}_2} = s_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$$

Annexe : LES TESTS D'HYPOTHÈSES SUR 2 MOYENNES AVEC DE PETITS ÉCHANTILLONS page 1/3

Maintenant, on peut calculer le rapport critique de la façon suivante:

$$RC = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\widehat{\sigma}_{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}}$$

En résumé, la démarche pour effectuer un test d'égalité de deux moyennes avec de petits échantillons est semblable à celle que nous avons développée dans ce chapitre; les deux seules différences résident (1) dans l'utilisation de la distribution t au lieu de la distribution Z et (2) dans la façon de calculer l'erreur type estimée. Voyons maintenant un exemple.

EXEMPLE AVEC DE PETITS ÉCHANTILLONS

On veut tester deux diètes expérimentales conçues pour faire gagner de la masse aux enfants sous-alimentés du tiers monde. On suppose que les gains de masse résultant de chacune des diètes sont distribués normalement et que les écarts types des populations sont égaux. On soumet 8 enfants à la diète A, tandis que 9 enfants suivront la diète B. Les gains de masse (en kilogramme) observés après six semaines sont les suivants:

Diète A:	1,86	1,95	2,74	2,56	3,86	3,60	2,32	2,23	
Diète B:	3,32	3,05	3,75	3,18	3,00	3,09	4,18	3,45	2,68

Au seuil de 0,05, y a-t-il une différence significative dans le gain de masse entre les deux groupes?

Les *hypothèses* sont les suivantes:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

Puisqu'on cherche uniquement à savoir s'il existe une différence significative dans le gain de masse, le test est bilatéral. On doit utiliser la distribution t avec un nombre de degrés de liberté égal à $9 + 8 - 2 = 15$. Avec $\alpha = 0,05$, la valeur t appropriée est de 2,131.

La *règle de décision* est la suivante:

Accepter H_0 si RC se situe entre -2,131 et 2,131

ou

rejeter H_0 et accepter H_1 si $RC < -2,131$ ou $RC > 2,131$.

Les valeurs des statistiques échantillonnelles apparaissent au tableau ci-dessous:

Échantillon A			Échantillon B		
x	$(x - \bar{x})$	$(x - \bar{x})^2$	x	$(x - \bar{x})$	$(x - \bar{x})^2$
1,86	- 0,78	0,6084	3,32	0,02	0,0004
1,95	- 0,69	0,4761	3,05	- 0,25	0,0625
2,74	0,10	0,0100	3,75	0,45	0,2025
2,56	- 0,08	0,0064	3,18	- 0,12	0,0144
3,86	1,22	1,4884	3,00	- 0,30	0,0900
3,60	0,96	0,9216	3,09	- 0,21	0,0441
2,32	- 0,32	0,1024	4,18	0,88	0,7744
2,23	- 0,41	0,1681	3,45	0,15	0,0225
			2,68	- 0,62	0,3844
<u>21,12</u>		<u>3,7814</u>	<u>29,70</u>		<u>1,5952</u>
$\bar{x}_A = 2,64$	$s_A^2 = \frac{3,7814}{8-1}$		$\bar{x}_B = 3,30$	$s_B^2 = \frac{1,5952}{9-1}$	
	$= 0,5402$			$= 0,1994$	

L'écart type estimé de la population est:

$$\begin{aligned}
 s_p &= \sqrt{\frac{s_A^2(n_A-1) + s_B^2(n_B-1)}{n_A + n_B - 2}} \\
 &= \sqrt{\frac{0,5402 \cdot 7 + 0,1994 \cdot 8}{15}} \\
 &= \sqrt{\frac{3,7814 + 1,5952}{15}} \\
 &\cong 0,60
 \end{aligned}$$

Calculons maintenant l'erreur type estimée de la différence des moyennes et le rapport critique:

$$\begin{aligned}
 \hat{\sigma}_{\bar{x}_A - \bar{x}_B} &= s_p \sqrt{\frac{1}{n_A} + \frac{1}{n_B}} \\
 &= 0,60 \sqrt{\frac{1}{8} + \frac{1}{9}} \\
 &\cong 0,2915
 \end{aligned}$$

et

$$\begin{aligned}
 RC &= \frac{\bar{x}_A - \bar{x}_B}{\hat{\sigma}_{\bar{x}_A - \bar{x}_B}} \\
 &= \frac{2,64 - 3,30}{0,2915} \\
 &\cong - 2,26
 \end{aligned}$$

Conclusion: on doit rejeter H_0 , car $RC < -2,131$. Le gain de masse moyen avec la diète A n'est pas égal au gain de masse moyen avec la diète B, au seuil de 0,05.

Annexe : LES TESTS D'HYPOTHÈSES SUR 2 MOYENNES AVEC DE PETITS ÉCHANTILLONS page 3/3

BIBLIOGRAPHIE

- AISENSTEIN, M., (1987), Solution psychosomatique – issue psychosomatique ? Notes cliniques : l'homme de Birmanie, Les Cahiers du Centre de Recherche et de Psychothérapie, n° 14, pp.73-92.
- ALLEN, R.G.D. (1960), Mathematical Economics, MacMillan and Co Ltd, London, New York, St Martin's Press
- ASSOUN, P – (1981), Introduction à l'épistémologie freudienne, Puis, Payot
- BION, W.F (1976), L'attention et l'interprétation, Paris, Payot.
- BRAUNSCHWEIG, D (1975), La nuit, le jour, essai psychanalytique sur le fonctionnement mental, Paris, PUF
- P. CHANGEUX J-P., (1983), L'homme neuronal, Paris, Librairie Arthème Fayard.
- COVELLO, L, (1970), La maladie épileptique et son "sujet", Interprétation, vol4, n°4, pp.3-11
- DEBRAY, R (1983), L'équilibre psychosomatique, organisation mentale des diabétiques, Paris, Dunod.
- DEJOURS, C (1986), Le corps entre biologie et psychanalyse, Paris, Payot
- DINGLI, A (1987), Les aléas du travail de deuil en psychosomatique, V°Journée d'Etudes, Paris, Hôpital de Poterne des Peupliers, 21 juin 1987, 36 pages.
- FAIN, M., DEJOURS, C., (1984) Corps malade et corps érotique, Paris, Masson.
- FAIN, M, « Du corps érotique au corps malade : complexité de ce passage », p.123-135, in FAIN, M, DEJOURI (1994), Corps malade et corps érotique, Paris, Masson.
- FAIN, M., (1991), Préambule à une étude métapsychologique de la vie opératoire, Revue Française de Psychosomatique, n°1, 59-79.
- FAIN, K. (1992), La vie opératoire et les potentialités de névrose traumatique, Revue Française de Psychosomatique, n°2, 5-24.
- FINE, A (1989), La pulsion de mort au regard de la maladie somatique, Revue Française de Psychanalyse, n°2, pp.721-735.
- FREUD, S., (1968), Essais de psychanalyse, Paris, Petite Bibliothèque Payot
- FREUD, S., (1971), Nouvelles conférences sur la psychanalyse, Paris, Idées NRF Gallimard.
- FREUD, S., (1979), La naissance de la psychanalyse, Paris, Presses Universitaires de France. (Esquisse d'une psychologie scientifique, p.309 à 396).
- FREUD, S. (1967), L'interprétation des rêves, Paris, PUF
- GRANGER, G-G (1960), Pensée formelle et sciences de l'homme, Aubier, Editions Montaigne, Paris. GRINBERG, L, SOR, D., TABAK de BIANCHEDI, E.(1972). Introduction aux idées psychanalytiques de Bion, Paris, Dunod, 1976.
- HEMPEL, G.G, (1972), Éléments d'épistémologie, Paris, Armand Colin.
- JACKSON, J. H (1932), Selected Writings edited by James Taylor, vol2. Hodder and Stoughton limited London, (ouvrage prêté par la bibliothèque de la Faculté de Médecine)

JASMIN, CL, LÉ, M.G., MARTY, P, HERZBERG, R, et le groupe de recherche psychoncologique, (1990 Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case-control study, *Annals of Oncology*, I : 22-29, 1990).

JONES, E.(↑13), (1961), *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud*, tomes 1,2 et 3, Paris, PUF

KLEIN, M.,(1985), *Hommages à Mélanie Klein contributions de James Gammill, Didier Anzieu, Florence Bégoïn Guignard, Jean-Louis Lang, Victor Smirnoff, André Green, Jean Bégoïn, et Jean Gillibert*, Lyon, Césure Lyon Ed.

Klein, M., HEIMANN, P., ISAACS, S., RIVIERE.J. *Développements de la Psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France.

KOHUT, H., (1974), *Le Soi*, Paris, Presses Universitaires de France.

KREISLER, L (1997), *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, TOULOUSE-Privat.

L'HEUREUX LE BEUF, D (1979), Réactivation de la névrose infantile parentale : un cas d'encoprésie chez un jeune enfant suivi de discussion de J. Lorigod. Congrès 1979.

LEBEUF, J (1988), Le projet de psychologie scientifique de S. Freud (1895) : un premier essai de théorie sexuelle infantile ? Communication à la SPP, 22 octobre 1988.

LEBOVICI, S., (1988) Note à propos de la classification des troubles mentaux en psychopathologie de l'enfant, *Psychiatrie de l'enfant*, XXI, fasc. 1, 135-149.

LORIOD, J., MARTY, P., (1986), Fonctionnement mental et fonctionnement psychosomatique, in *Corps et Histoire*, IV° Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence. Paris, Les Belles Lettres, pp.143-204.

MARTY, P (1976), *Les mouvements individuels de vie et de mort Essai d'économie psychosomatique*, Tome 1, Paris, Payot

MARTY, P., (1980), *L'ordre psychosomatique*, tome 2, Paris, Payot.

MARTY, P., DEBRAY, R, (1989), « Current concepts of character disturbance », in *Psychosomatic Medicine, Theory, Physiology and practice*, edited by Stanley CHEREN, Madison (Connecticut) International Universities Press, Inc.

MARTY, P., HERZBERG, R., STORA, J.B (1987) (↑44), *Organisation psychosomatique et risque de cancer*, recherche de décembre 1987, manuscrit original non publié.

MARTY, P., STORA, J.B (1988), *La Classification psychosomatique MARTY/IPSO, méthode d'aide au diagnostic des organisations psychosomatiques et des maladies somatiques*. Médecine et Hygiène.

MARTY, P., STORA, J.B (1989), *La clasificación psicomatica MARTY/IPSO : método diagnostico de las organizaciones psicomaticas y enfermedades somaticas*, *Psicoterapia Analítica*, VoL 1, n° 1, pp.19-31.

MARTY, P (1990), *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, PUF, (Que sais-je ? n° 1850).

McDOUGALL, J., *Corps et langage. Du langage du soma aux paroles de l'esprit*, *Revue Française de Psychosomatique*, n°2, 69-96.

MELTZER, Dr., HARRIS, M., (1980), Les deux modèles de fonctionnement psychique selon Mélanie Klein et selon W.F. Bron, *Revue Française de Psychanalyse*, n°2, 355-367.

MILNER, G.A (1978) *Psychology*, London, Penguin Books.

MISES, R, FORTINEAU, J, JEAMMET, Ph., LANG, J-L., MAZET, PH., PLANTADE, A., QUEMADA, N, (1988), Classification française des troubles mentaux de l'adolescent, *Psychiatrie de l'enfant*, XXXI, fasc. 1, 67-133

NEYRAUT – SUTTERMAN, M. Th (1991), Un rêve de F. Dostoïevski, *Revue Française de Psychosomatique*, n°1, pp. 137-147.

OBADIA, J-P, (1984), Le problème économique des régressions (à propos de deux observations de malades rhumatoïdes) in *Corps malade et corps érotique*, éd. par Fain Michel et Dejours Christophe, Paris, Masson, pp.4 l.

PARAT, C (1987), À propos de la co-excitation libidinale, *Revue Française de Psychanalyse*, n°3, pp-925-935.

PIAGET, J (1970), *Psychologie et Épistémologie*, Paris, éditions Denoël.

SANDLER, J., (1964), L'index de Hampstead outil de la recherche psychanalytique, *Revue Française de Psychanalyse*, n°1, 37-45.

SANDLER, J.(↑1), J., Kawenoka, M., Neurath, L., Rosenblatt, B., Schnurmann, A., & Sigal, J. (1962), The classification of superego material in the Hampstead index, *The psychoanalytic study of the child*, vol. 17, 107-128.

SCAPA, V (1984), *Essai d'analyse du fonctionnement de l'Hôpital de la Poterne des Peupliers. Les critères d'admission (adultes)*, Paris bibliothèque de l'IPSO, 7p.

SMADJA, CL, MARTY, P, (1991), Les traits de caractère allergique, *Séminaire de l'Institut de Psychosomatique*, B 1285.

SMADJA, CL (1991), Le concept de pulsion : essai d'étude comparative chez Freud et P. Marty, *Revue Française de Psychosomatique*, n°1, pp. 149-168.

SZWEC, G, SMADJA, Cl., (1992), Arguments – états somatiques, *Revue Française de Psychosomatique*, n° 2, pp.34.

DIAGNOSTIC ET CLASSIFICATION PSYCHOSOMATIQUES : QUE PEUT RÉVÉLER UNE ÉTUDE STATISTIQUE ?

JEAN-BENJAMIN STORA ET PIERRE MARTY

Octobre 1990

À l'Hôpital de la Poterne des Peupliers de l'Institut de Psychosomatique, les consultants remplissent pour chaque patient des fiches dites de "cursus"⁵⁹, après chaque investigation.

Dans les six premiers mois de la thérapie, le psychothérapeute-psychosomaticien peut modifier les cotations de cette fiche de cursus. Cette fiche contient 4 cotations : [A] pour la structure fondamentale relative à l'organisation psychosomatique individuelle ; [B] pour les particularités habituelles majeures relevant de l'ordre symptomatique, de l'interprétation et de l'anamnèse ; [C] pour les caractéristiques actuelles majeures, données concernant le mode de vie et le fonctionnement mental actuels ; [D] pour les caractéristiques résultant de la psychothérapie.

Dans cette fiche de cursus, il existe deux rubriques, « Rectification de la classification psychosomatique » et « Nouveaux événements de santé », modifiant et/ou complétant la fiche médicale.

Notre étude statistique, commence en janvier 1987, j'étudie les diagnostics des 323 patients ayant consulté, de janvier 1978 à décembre 1985 par 38 investigateurs-psychosomaticiens. Nous avons numéroté, de 1 à 38 ces observateurs qui ont examiné, les patients soit en première, soit en deuxième consultation ; la deuxième consultation ayant pour objet de modifier le diagnostic.

Notre étude statistique⁶⁰ est une contribution à l'épistémologie de la classification psychosomatique, ayant valeur heuristique. En effet, la classification psychosomatique MARTY/IPSO, métalangage de cette discipline, fondant la clinique et la théorie, doit être testée sur le plan statistique pour recevoir un début de validation scientifique.

⁵⁹ Les fiches de « cursus » comprennent les informations médicales des patients et patientes auxquelles Pierre Marty en tant que Médecin-chef ajoutait les observations de l'investigation psychosomatique (données psychiques du fonctionnement mental).

⁶⁰ La base de données statistiques a été élaborée avec l'aide du Dr. Pierre Marty que je tiens à remercier vivement pour l'ensemble de ses conseils. Je suis seul responsable de l'analyse statistique et des commentaires.

LE DIAGNOSTIC PSYCHOSOMATIQUE

Le diagnostic est établi par le consultant en moins de deux heures d'investigation, ce qui relève de l'exploit puisqu'il s'agit d'évaluer « l'essentiel vital d'un individu »⁶¹. Il va sans dire que le savoir-faire clinique et les connaissances du consultant sont fortement sollicités.

21 consultants ont examiné, en première observation les 323 patients de l'hôpital, service des adultes. On peut constater que 4 de ces observateurs ont examiné, 79,8 % des patients, et que l'un d'eux a diagnostiqué 118 patients (soit 36,53 %).

1. Résultats du diagnostic

Structure Fondamentale	Nombre	Pourcentage
121	127	39,3
122	137	42,4
123	41	12,7
131	6	1,9
141	1	0,3
151	1	0,3
181	7	2,2

94,4 % de névroses de caractère, 1,9 % de névroses de comportement et 2,2 % d'organisations allergiques essentielles. 5 rubriques utilisées sur les 10 existantes ; notre première question portera sur la méthodologie utilisée pour procéder à la sélection des malades somatiques. Ne pouvant répondre à cette question, nous émettrons plusieurs hypothèses à approfondir dans le cadre de futures recherches.

Hypothèse 1 : Les consultants, profondément influencés par leur formation psychanalytique première, ne retiennent principalement que les névroses de caractère.

Hypothèse 2 : L'échantillon de l'hôpital est représentatif de la population française où les névroses de caractère prédominent.

Pour compléter ces informations, il est important de savoir que 177 patients présentent les symptômes d'une maladie somatique, 87 deux maladies, 38 trois maladies et 17 quatre maladies. Celles-ci pour 263 d'entre eux, soit 81,4 % sont de type lésionnel, et pour 57 de type fonctionnel.

2. Modification du diagnostic initial

Le diagnostic est resté le même pour 275 patients, soit 85,1 % de la population étudiée, et il a été modifié pour 48 patients, soit 14,9 %.

Les modifications ont été effectuées par 29 thérapeutes ; 4 d'entre eux ont procédé à des changements portant sur 37 patients. Les observateurs n°2 n'étant pas les mêmes que les n°1 sauf pour dix d'entre eux ; ceux-ci ont soit modifié le premier diagnostic de patients qu'ils ont investigué soit le diagnostic de patients qu'ils n'ont pas investigué.

⁶¹ Cf. Pierre Marty « La psychosomatique de l'adulte », PUF, 1990, (Que sais-je ? n° 1850), p. 82.

Résultats du deuxième diagnostic effectué pour 48 patients

Codage modifié	#	%	Répartition deuxième diagnostic en #					
			121	122	123	131	151	181
121	11	3,41	0	8	3	0	0	0
122	16	4,95	11	0	4	0	0	1
123	16	4,95	3	10	0	2	0	1
131	4	1,24	2	0	2	0	0	0
151	1	0,31	0	1	0	0	0	0
Total	48	14,86	16	19	9	2	0	2

Un deuxième diagnostic a été posé pour 48 patients sur 323 au total

Nous tenons à rappeler qu'il s'agissait des premières années de mise en œuvre de la classification, et que vraisemblablement les consultants ont eu des difficultés pour apprécier le niveau de fonctionnement mental individuel. Pour quelles raisons ?

1-Certains investigateurs ont horreur du vide mental, par conséquent, cela peut expliquer qu'après avoir classé 11 cas en névrose de caractère bien mentalisée (121), il soit possible après 6 mois de déceler 8 névroses de caractère à mentalisation incertaine et 3 névroses de caractère mal mentalisées.

2-Au contraire des premiers investigateurs, d'autres recherchent à tout prix le vide mental jusqu'à le voir dans de très nombreux cas : sur 16 cas de névrose de caractère à mentalisation incertaine, 11 ont été reclassées en névroses de caractère bien mentalisées ; de même, sur 4 cas de névroses de comportement, 2 ont été reclassées en névroses de caractère bien mentalisées (121).

La structure fondamentale est considérée comme inamovible à l'âge adulte, donc constante dans le temps. Ce qui est en question ici, c'est la perception de l'observateur piégé par son contre-transfert auquel s'ajoute la multiplicité des critères qualifiant un fonctionnement mental.

Le contre-transfert a été évoqué plus haut ; on peut y ajouter la séduction unilatérale ou réciproque, ou le rejet conduisant à améliorer ou à dévaluer l'appréciation du fonctionnement mental ; la toute-puissance de l'investigateur peut à son insu et momentanément, ranimer le fonctionnement mental, et aveugler l'observateur... Toutes ces remarques doivent nous conduire à développer, dans le cadre de la formation, l'analyse du contre-transfert du psychosomaticien.

Les critères descriptifs de la structure fondamentale sont très nombreux ; ils reposent sur la théorie psychosomatique appréhendant les deux systèmes topiques freudiens et les qualités du préconscient. Si l'on prend en considération l'exemple donné par Pierre Marty⁶² des difficultés cliniques différentielles, on aboutit à plus de 14 macro-variables à apprécier lors d'une investigation :

- blessure narcissique causée par une perte d'Objet à distinguer d'un complexe de castration ;
- offenses narcissiques à distinguer d'une culpabilité, post-œdipienne, etc. ;
- qualités du préconscient ;
- symbolisme des représentations ;
- etc.

⁶² Cf. Pierre Marty « La psychosomatique de l'adulte », PUF, 1990, (Que sais-je ? n° 1850), p. 77.

Le nombre élevé de critères, les difficultés inhérentes au fonctionnement différencié, des deux topiques et les difficultés de perception de l'observateur, causées par le contre-transfert, nous éclairent sur la réalité du fonctionnement mental du psychosomaticien : un fonctionnement faisant appel à la pensée associative et un fonctionnement de type logico-rationnel. Ce va-et-venir continu ne facilite pas l'élaboration mentale et peut, au cours de l'investigation clinique, être à l'origine de pertes d'informations importantes. Les erreurs de diagnostic sont faibles chez les psychosomaticiens ayant une longue expérience clinique, aussi nous suggérons :

- 1-de compléter la classification actuelle par un glossaire facilitant la définition des différentes rubriques afin que le contenu sémantique soit compris de tous (j'ai inséré un glossaire dans la nouvelle approche de la classification) ;
- 2-d'utiliser une classification simplifiée dans le premier temps du diagnostic ; moins de rubriques pour se concentrer sur l'essentiel ; plus détaillée lors de l'approfondissement du fonctionnement mental par le thérapeute ;
- 3-d'utiliser les thérapeutes, témoins de la consultation, pour remplir tous ensemble les fiches de cursus, l'imitation des experts de la méthode prédictive appelée « Méthode DELPHI », ou bien avoir des grilles détaillées comme dans les méthodes multicritères, ce qu'est, en vérité, la classification psychosomatique actuelle.

Nous suggérons, en conclusion de ce point, que des profils cohérents de fonctionnement mental soient établis, car il y a souvent antinomie des rubriques, des particularités habituelles majeures. Notre étude nous permet de comparer les observateurs entre eux quant à l'annonce, du diagnostic premier.

Structures en pourcentage des observations

n° d'observateur	121	122	123	131	151	181
1	37,2	50	10,17	1,69	0	0
17	71,4	14,2	14,2	0	0	0
2	30,4	39,1	19,5	4,3	0	6,5
4	46,5	40	6,6	1,6	1,6	1,6
6	38,2	32,5	20,5	0	0	5,8
8	55,5	11,1	33,3	0	0	0
9	68,7	31,2	0	0	0	0

Pour chaque observateur, pourcentage des structures attribuées lors des observations

Par rapport à la moyenne arithmétique de chaque structure, on peut dire que les observateurs 17, 2, 8 et 9 sont éloignés ou très éloignés de celle-ci : 39,3 pour la structure 121 (névrose de caractère bien mentalisée) ; seuls deux observateurs pour 122 (17 et 4) et pour 123 (1 et 17) sont proches des moyennes observées. À cet égard, notre conclusion est qu'il est préférable de préciser de façon détaillée les différences entre névrose de caractère à mentalisation incertaine et névrose de caractère mal mentalisée.

Modification des particularités habituelles majeures et des caractéristiques actuelles majeures (deuxième diagnostic et/ou après six mois de thérapie)

Les pièges de l'investigation psychosomatique sont encore plus grands lorsqu'il s'agit de faire la différence entre angoisses diffuses et angoisses objectales, entre sado-masochismes, narcissiques, relationnels, moraux, mentaux ou de comportement, entre dépression essentielle et dépression symptomatique mentalisée, ou d'apprécier les discontinuités du fonctionnement mental, etc.

Codage	Ordre du ou de	# de rubriques de la classification	# de rubriques utilisées lors du premier diagnostic	# rubriques révélées après 6 mois
Particularités habituelles majeures	symptomatique	26	13	11
	l'interprétation	12	5	2
	l'anamnèse	19	1	1
Caractéristiques actuelles majeures		19	5	5

Nombre de rubriques utilisées dans les fiches du cursus par les consultants lors de la première consultation et nombre de rubriques utilisées lors de la modification du diagnostic : particularités et caractéristiques

Ce tableau indique clairement que les consultants dans leur activité d'investigation se concentrent plus sur les symptômes et leurs interprétations que sur l'anamnèse, alors que la formation et la pratique psychanalytique sont obligatoires pour les psychosomaticiens. Cette remarque est encore plus valable lors de la modification des particularités et caractéristiques. Soit le diagnostic psychosomatique exige un descriptif plus grand des symptômes et de leurs interprétations, soit les consultants considèrent comme allant de soi certains événements relevant de l'anamnèse et ne les signalent pas sur la fiche de cursus, soit, comme l'indique Pierre Marty, les difficultés d'estimer les discontinuités du fonctionnement mental et de distinguer entre les différentes dépressions (toutes rubriques de l'ordre de l'anamnèse) sont si grandes qu'elles ne peuvent être appréciées qu'au cours de certaines investigations.

Il nous semble cependant que ce nombre de rubriques insuffisamment remplies conduit à appauvrir le diagnostic dans le cadre de la classification psychosomatique, privant ainsi les thérapeutes et les chercheurs de données indispensables pour les traitements et les recherches. Cette pratique actuelle ne permet pas de comparer de façon scientifique les cas cliniques, car les catégories utilisées sont trop générales ; ainsi la classification psychosomatique est vidée de son sens.

Particularités et Caractéristiques

n°	Rubriques	Présence	% patients	Apparition	Disparition	Total	% modification
211	Angoisses diffuses	89	27,6	26	14	101	31,46
221	Angoisses objectales	60	18,6	20	8	72	22,43
231	Allergique	38	11,8	10	12	36	11,21
232	Anal et obsessionnel	23	7,1	10	4	29	9,03
234	Hystérique	113	35	18	21	110	34,27
237	Phallique narcissique	23	7,1	6	1	28	8,72
238	Phobique d'ambiance	36	11,1	14	5	45	13,9
239	Phobique d'Objet	20	6,2	-	-	-	-
241	Sado-masochique	42	13	21	8	55	17,12
251	Passages fréquents aux comportements	20	6,2	-	-	-	-
271	Dépressions latentes	66	20,4	29	15	80	24,92
281	Inhibition, évitement ou répression des représentations	66	20,4	24	7	83	25,86
291	Irrégularités aiguës du fonctionnement mental	47	14,6	10	7	50	15,58
411	Homosexualité latente	24	7,4	-	-	-	-
431	moi idéal	23	7,1	-	-	-	-
451	Sublimations artistiques	39	12,1	7	6	40	12,46
461	Sublimations sociales	19	5,9	22	3	38	11,76
471	Tradition culturelle ou religieuse	26	8	-	-	-	-
621	Deuils anciens non élaborés	30	9,3	14	8	36	11,21
802	Dépression essentielle	32	9,9	2	3	31	9,66
803	Dépression subaiguë	107	33,1	15	7	115	35,83
804	Désorganisation progressive	32	9,9	5	4	33	10,28
805	Deuil récent non élaboré	21	6,5	4	1	24	7,48
809	Psychothérapies	43	13,3	11	1	53	16,51

Evolution des particularités habituelles et des caractéristiques actuelles

Au total, les fiches de cursus de 98 patients ont été modifiées, soit 30,53 % des patients de l'hôpital ; parmi ces 98 patients, nous trouvons les diagnostics de 48 hommes et femmes dont la presque totalité de la fiche a été transformée : structures fondamentales, particularités et caractéristiques. « Une dépression essentielle récente, même de longue durée, peut avoir disparue au moment de la consultation, alors qu'une maladie grave poursuit son cours » (Pierre Marty) ; notre tableau nous révèle que, pendant les six premiers mois de traitement, trois dépressions essentielles ont disparu, et deux sont apparues. De même, le temps a permis aux thérapeutes de différencier entre angoisses diffuses et angoisses objectales, etc.

En conclusion de cette brève étude épistémologique, nous soulignerons l'importance d'une méthode de classification psychosomatique comme aide au diagnostic du fonctionnement

mental de malades somatiques. En l'état actuel, cette méthode a besoin d'être accompagnée d'un glossaire conceptuel pour une meilleure utilisation par le plus grand nombre, car il subsiste à cet égard de nombreuses ambiguïtés sémantiques. L'écoute psychosomatique, différente de l'écoute psychanalytique, accroît la difficulté de l'investigation. La classification psychosomatique, reflet de la clinique et de la théorie psychosomatique actuelles, exige une connaissance et un savoir-faire approfondis en la matière, d'où la nécessité, si l'on souhaite que cette approche soit diffusée et systématisée, d'un véritable manuel de l'utilisateur enrichi et complété par l'expérience clinique.

Notre travail n'a eu pour objet que de souligner les forces et faiblesses de la méthode actuelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. MARTY P., STORA J.B*. (1987), La Classification MARTY/IPSO, méthode d'aide au diagnostic des organisations psychosomatiques et des maladies somatiques ; application de la méthode aux patients de l'Hôpital de la Poterne des Peupliers de janvier 1978 à décembre 1985. (Inédit en français) Document de travail.

Parution en espagnol, in *Psicoterapia Analítica*, vol 1, n°1, 1989 p.19-32 et en arabe in *Psychosomatiques*, 1989 Tripoli, Liban.

Cet article a été écrit après avoir élaboré la première base de données informatisées de l'IPSO. Cette base de données est à l'heure actuelle résidente dans le système IBM du Groupe HEC qui a eu l'amabilité de l'accueillir en attendant l'informatisation de l'IPSO.

Toutes les sécurités ont été mises en œuvre pour protéger les données.

2. MARTY P., STORA J.B., GAUTIER J.M. (1989) Sémiologie Psychosomatique in *Cahiers de Recherche HEC*, CR 331/1989. Il s'agit d'une étude de l'organisation mentale des principales maladies des patients de l'Hôpital de la Poterne des Peupliers : Cancers du sein, Hypertension, Crohn, RCH, Céphalées, Migraines, SEP.

*Doyen Honoraire de la Faculté de HEC, psychanalyste-psychothérapeute de l'IPSO.

**MÉTHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC
DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE,
ÉVALUATION GLOBALE DU RISQUE PSYCHOSOMATIQUE
JBS-PSYSOMA – VERSION 22 MAI 2011 – THE PSYCHOSOMATIC GRID**

ELABORÉE PAR J.B. STORA DE 1993 À 2011

Une première classification a été élaborée par Pierre Marty (1987), et comme on l'a vu dans les précédentes études, il existait de nombreuses lacunes théoriques et cliniques. Après le décès de Pierre Marty et mon départ de l'IPSO pour le GHU La Pitié-Salpêtrière, j'ai progressivement développé sur de nombreuses années une nouvelle approche, qui n'est pas une classification ; elle 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, par de nombreux psychanalystes des années 20 et 30 ayant développé les dimensions théorico-cliniques de la période archaïque et de la période pré-génitale du processus de développement psychosexuel. J'ai complété cette nouvelle approche en y ajoutant toutes mes recherches sur le stress professionnel avec ses conséquences sur la santé psychique et somatique. Cette méthode conduit à une évaluation du risque psychosomatique : risque psychique et risque somatique.

FICHE PATIENT

[à remplir par le thérapeute Psychosomaticien et à remettre au service médical dans le dossier du patient. Ainsi les médecins peuvent consulter la fiche et compléter l'observation du patient]

Nom	Prénom :
Date naissance :	Date début traitement :
Examen clinique du :	Date fin traitement :
Histoire de la maladie : <i>[informations recueillies dans le dossier médical, cf. Axe 5 de la grille]</i> <i>[Prière d'utiliser la classification internationale des maladies]</i>	
Histoire du patient : <i>[grille à remplir après investigation. Axes 1, 2, 3 et 4]</i>	
Évaluation globale du fonctionnement psychosomatique : <i>[avec détermination du profil de risque. À ne remplir qu'après avoir établi l'histoire du patient, son fonctionnement psychique et ses troubles somatiques]</i>	

Remarques :

- ***[Le [tableau synthétique des événements de vie et des troubles somatiques](#) se trouve avant la [grille](#) et doit être rempli avant avoir complété les rubriques de la [grille](#)]***
- ***[Cette [grille](#) est à remplir au début, en cours et en fin de traitement : Diagnostic, pronostic, stratégie thérapeutique]***
- ***[Un [glossaire](#) des concepts figure en fin de document (ce glossaire était absent dans les travaux de Pierre Marty)]***

FICHE PATIENT (suite)

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]

[La méthode repose d'abord sur le récit des évènements de vie dans leurs relations avec les troubles somatiques. Une lecture attentive du tableau peut permettre d'élaborer des hypothèses sur les temps de latence]

Commentaires	Evénement de vie	Dates et âges	Troubles somatiques
⋮	⋮	⋮	⋮

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

FICHE PATIENT (suite)

Évaluation globale du risque psychosomatique composée de :

- l'évaluation du risque psychique
- l'évaluation du risque somatique.

[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 5 systèmes que je développe]

L'évaluation du risque psychique

Les 4 dimensions du fonctionnement psychique :

[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]

Axe 1- LES PROCESSUS ET MÉCANISMES PSYCHIQUES, LES POINTS DE FIXATIONS, LES MANIFESTATIONS CARACTÉRIELLES ET LES ACTIVITÉS SUBLIMATOIRES

Axe 2- LA PRÉVALENCE DES COMPORTEMENTS

Axe 3- LA CAPACITÉ D'EXPRESSION DES AFFECTS (RUBRIQUES MODIFIÉES)

Axe 4- RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL, SOCIO-PROFESSIONNEL ET SOCIO-POLITIQUE

Évaluation des 4 dimensions du fonctionnement psychique	Notes
<p><u>Axe 1</u>. Les processus et mécanismes psychiques, les points de fixations, les manifestations caractérielles et les activités sublimatoires</p> <p><i>[En fonction de vos observations, vous devez arriver à évaluer les processus psychiques du patient ou de la patiente, et noter soit 1, 2, 3 ou 4 en vous référant aux 4 propositions ci-dessous :</i></p> <p>1- Fonctionnement psychique équilibré : Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent – passé, Capacité d'élaboration</p> <p>2- Fonctionnement psychique momentanément altéré : <u>irrégularités du fonctionnement mental</u> – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations</p> <p>3- Fonctionnement psychique profondément altéré : <u>vie et pensée opératoire</u></p> <p>4- Fonctionnement psychique gravement altéré : <u>désorganisations progressives</u> – <u>dépression essentielle</u></p> <p>Activités sublimatoires ; évaluer les ressources dont disposent le patient habituellement lorsqu'il ou elle fait face aux difficultés de la vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressources spirituelles, - Ressources oniriques] 	...

Évaluation des 4 dimensions du fonctionnement psychique	Notes
<p align="center">Axe 2. Prévalence des comportements</p> <p><i>[À établir à partir des résultats d'observation de l'axe 2.]</i></p> <p>1- Comportement contrôlé et intégré 2- Faible 3- Moyenne 4- Forte]</p>	...
<p align="center">Axe 3. Capacité d'expression des affects</p> <p><i>[Cf. explications dans le glossaire À établir à partir des résultats d'observation de l'axe 3.]</i></p> <p>1- Large gamme d'expression des affects 2- Répression des affects (trois destins possibles) 3- Prédominance des affects dans la relation intersubjective ou Affects de vitalité : réactivation en miroir de relation intersubjective thérapeute-patient. Le patient réagit en miroir aux manifestations affectives du thérapeute 4. Affects traumatiques et somatisations 5. Alexithymie]</p>	...
<p align="center">Axe 4. Risques liés à l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nature de l'environnement - Environnement familial et environnement professionnel. <p><i>[À partir de cette notation apprécier les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes). À partir des résultats d'observation de l'axe 4.]</i></p> <p><i>Évaluer les réactions psychosomatiques à partir des informations anamnestiques concernant l'histoire familiale passée et actuelle, de même pour l'environnement professionnel. Environnement familial et environnement professionnel.</i></p> <p><i>L'examen évalue les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes).</i></p> <p><i>Plusieurs notations possibles :</i></p> <p>1- Niveau très satisfaisant 2- Satisfaisant 3- Légère altération temporaire 4- Difficultés d'intensité moyenne 5- Altération importante 6- Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire 7- incapacité durable de fonctionnement autonome]</p>	...

FICHE PATIENT (suite)							
L'évaluation du risque psychique (suite)							
<u>Axe 1</u> : Processus Psychiques	1	2	3	4	4	4	4
<u>Axe 2</u> : Comportement	1	2	3	4	4	4	4
<u>Axe 3</u> : Affect	1	2	3	3	3	3	3
<u>Axe 4</u> : Environnement	1	2	3	4	5	6	7
Total	4	8	12	15	16	17	18
Signification							
Absence de risque stable, débordement passager :	4						
Risque faible à modéré :	5 à 10						
Risque intermédiaire : (possibilité de réversibilité, réorganisation à partir des points de fixations-régression, surveillance, instabilité)	10 à 15						
Risque élevé à très élevé : (instabilité globale de l'unité psychosomatique à risque de désorganisation)	>15						

<p>Rappel – Évaluation globale du risque psychosomatique composée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'évaluation du risque psychique - <u>l'évaluation du risque somatique.</u> <p><i>[Vous devez comparer le risque psychique (tableau ci-dessus 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 5 systèmes développée en psychosomatique intégrative (Jean-Benjamin Stora)]</i></p> <p>(suite)</p>	
<u>Axe 5. L'évaluation du risque somatique</u>	Notes
<p><u>[À partir des résultats d'observation et de diagnostic de l'axe 5 et des pronostics communiqués par les médecins du patient.</u></p> <p>5 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - risque très élevé - risque élevé - risque moyen - risque faible - absence de risque] 	...

FICHE PATIENT (suite)	
Évaluation globale du fonctionnement psychosomatique	
<i>[Rapprocher le risque psychique du risque somatique pour parvenir à une évaluation globale]</i>	
Risque global	Évaluation globale du fonctionnement psychosomatique
Sujet à risque élevé	Instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée
Sujet à risque moyen	Possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible
Sujet à risque faible	Potentialité élevée de réorganisation
Sujet stable	Atteint par un débordement passager de l'appareil psychique
DIAGNOSTIC structure fonctionnelle psychosomatique	
<u>Nosographique psychosomatique dynamique</u>	
19/11/2008 – Jean Benjamin Stora	
<i>[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]</i>	
<i>[Le diagnostic psychosomatique a été 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). Les descripteurs qui suivent vont vous permettre de situer le patient ou la patiente dans les trois catégories ci-dessous :</i>	
1- <u>Névroses de transfert</u> , névroses classiques au sens des indications de psychanalyse	
2- <u>Névroses actuelles</u>	
3- <u>Troubles axe auto-conservatif</u> : troubles narcissiques, troubles du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient – inorganisation)	
4- <u>Psychoses</u> (Pour les psychoses et troubles de l'humeur, nous conseillons de vous référer au manuel DSM V).	
<i>Les structures fonctionnelles psychosomatiques ci-dessous sont dynamiques et non pas inamovibles comme le déclarait P. Marty]</i>	

FICHE PATIENT (suite)		
Les structures fonctionnelles psychosomatiques		
1. <u>Névroses de transfert</u> (Psychonévroses de défense, S. Freud) / (Névrose bien mentalisée : Certitude)		
SF	Classification nosographique	Diagnostic
110		Névrose obsessionnelle
120		Symptômes de phobie
130		Hystérie
135	Névrose mentale symptomatologiquement organisée, au fonctionnement soutenu.	Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue. Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément. (P. Marty, 1987)
136	Borderline névrose de transfert / névrose actuelle	Hystérie de conversion

Tableau nosographique des névroses de transfert

2. <u>Névroses actuelles</u> (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 : - Épaisseur de l'ensemble des formations représentatives - Fluidité des liaisons entre les représentations - Permanence habituelle du fonctionnement.		
SF	Classification nosographique	Diagnostic
140		Hystérie d'angoisse
141		Névrose d'angoisse
142		Névrose de caractère
145		<u>Hypocondrie</u> (différents états)
146		Névrose traumatique
147		Névrose relation d'Objet allergique

Tableau nosographique des névroses actuelles

FICHE PATIENT (suite)		
Les structures fonctionnelles psychosomatiques (suite)		
3. <u>Troubles Axe Auto-Conservatif</u> : Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient ; inorganisation-névroses non mentalisées)		
SF	Classification nosographique	Diagnostic
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. Green. É. Kestemberg

Tableau nosographique des troubles de l'axe auto-conservatif

4. <u>Psychoses délirantes</u>		
Consulter la méthode de diagnostic DSM V pour l'ensemble des psychoses et des troubles de l'humeur		
SF	Classification nosographique	Diagnostic
	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.
	Troubles de la personnalité	Paranoïaque, schizoïde, anti-sociale, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, non spécifié.
Consulter le manuel DSM V pour plus de détails		

Tableau nosographique des psychoses délirantes

Comment évaluer la première dimension – l'axe 1 – les processus et mécanismes psychiques ?

[À 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 ci-dessous qui peut être utilisé comme aide-mémoire]]

Décomposition en 6 dimensions de l'axe 1	Processus et mécanismes psychiques
Sur l' <u>axe 1A</u> : La relation d'Objet	<u>anobjectale</u> , <u>préobjectale</u> , présence introjectée.
	évaluation de la <u>dimension narcissique</u> et constatation de la présence des structures narcissiques (<u>Soi grandiose</u> et <u>Idéal du Moi</u>)
	la <u>dimension masochique</u>
	l'évaluation de l' <u>épaisseur du préconscient</u> : capacité de l'imaginaire ; tenter d'apprécier les capacités associatives et la capacité de rêver (nouvelle rubrique de l'axe 1A n° <u>170</u>)
Sur l' <u>axe 1B</u> : États psychiques et événements de vie personnels	<u>angoisses</u>
	<u>deuils</u>
	<u>dépressions</u>
	<u>traumatismes</u>
	<u>influence de la culture</u> sur le fonctionnement psychique
Sur l' <u>axe 1C</u> : Points de fixation régression	<u>fixations somatiques</u>
	<u>fixations psychiques</u>
Sur l' <u>axe 1D</u> : Mécanismes de défense du MOI	cf. listes des <u>rubriques de l'axe 1D</u>
Sur l' <u>axe 1E</u> : Présence de traits de caractère	<u>phobique</u>
	<u>hystérique</u> (archaïque et génitale)
	<u>pervers</u>
	à dominante <u>orale</u>
	à dominante <u>anale</u>
	à dominante <u>phallique</u>
à dominante <u>sado-masochiques</u>	
Sur l' <u>axe 1F</u> : Activités sublimatoires	cf. listes des <u>rubriques de l'axe 1F</u>

Tableau répertoriant suivant les axes les processus et mécanismes psychique.

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

(J.B. Stora, 15 mars 2010)

FICHE PATIENT (suite)
Les axes de la grille selon l'observation <i>[Après l'investigation du patient commencer par remplir les axes de la grille selon l'observation]</i>
AXE 1A : RELATION D'OBJET Organisation du MOI
<i>[Il s'agit ici des premières étapes du processus de maturation psychosexuel : du noyau du Soi jusqu'à l'introjection de l'Objet. Développement de l'organisation du Préconscient : relation avec la Mère de la grossesse jusqu'à l'âge d'un an, périodes de séparation, mères substitutives, Figure Paternelle, fréquence et âge lors de changements de situation, événements ayant favorisé ou entravé les organisations de la sensori- motricité, du langage, et en général de toutes les liaisons internes et externes. L'Objet est-il introjecté ? Dimension narcissique du Moi. Dimension masochique du Moi. Organisation du Préconscient (1ère topique de S. Freud)]</i>

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1A	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1A – Relation d'Objet –
150	Anobjectal Stade d'indifférenciation	Stade de relation non objectale coïncidant plus ou moins avec celui du narcissisme primaire – stade d'indifférenciation ou stade de non-différenciation, car la perception, l'activité et le fonctionnement sont insuffisamment organisés chez le nourrisson, sauf dans une certaine mesure dans les sphères vitales tels le métabolisme, les fonctions alimentaires, circulatoires, respiratoires, etc. 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. « [...] le Soi constitue la première configuration organisée de l'appareil psychique qui émane de l'unité mère-enfant et lui succède [...] avant que ne soit instaurée la distinction entre le sujet et l'Objet ». É. Kestemberg, La psychose froide, p.96. Cf. aussi. Winnicott. Stade de Prédominance de traits narcissiques et de fusion.
151	Pré-objectal	M. Klein : position schizo-paranoïde dans la relation à l'Objet (bon et mauvais, aimé et haï). Rapprocher de R. Spitz âge de trois mois Prédominance de traits de la pré-généralité.
152	Objectal	Intégration de la position dépressive du 9° mois ; mise en place de l'Objet. Prédominance du comportement oedipien génital
153a	Narcissisme primaire	
153b	Narcissisme de mort	Cf. glossaire

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1A	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1A – Relation d'Objet –
154	Narcissisme secondaire	
154a	Narcissisme de vie	Cf. glossaire
155	Soi grandiose	Ref. Kohut « Le Soi » ; pour le Soi consulter ma note pédagogique.
156	Idéal du Moi	Imago parentale idéalisée (Kohut)
157	Moi idéal	Cf. glossaire
158	Apparence masochique	Du type névrose de destinée avec absence d'intégration des satisfactions passives. États de souffrance sans objet , sans désirs et sans modification à l'occasion de la maladie qui ne devient pas objet d'investissement
159	Masochisme mortifère	Désinvestissement de l'Objet et pour le monde objectal suite à l'affaiblissement de la libido objectale (cf. Benno Rosenberg) le masochisme mortifère implique un processus sous-jacent de désintrinsication pulsionnelle.
160	Masochisme de vie	
161	Lacunes de l'organisation du Préconscient	Les lacunes fondamentales sont les insuffisances quantitatives et qualitatives des représentations psychiques ainsi que les insuffisances de connotations affectives de ces représentations. Ces insuffisances tiennent soit aux déficiences congénitales ou accidentelles des fonctions sensori-motrice 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.

Rubriques de l'axe 1A de la relation d'Objet

FICHE PATIENT (suite)		
Les axes de la grille selon l'observation (suite)		
AXE 1B : ÉTATS PSYCHIQUES ET ÉVÉNEMENTS DE VIE PERSONNELS		
Observés lors de l'anamnèse : États psychiques du Moi et conséquences sur son organisation		
Approche psycho-dynamique : conflits du Moi / Ça, Surmoi, monde extérieur		
N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1B	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1B – états psychiques et événements de vie personnels –
200	Angoisses diffuses	Angoisses automatiques des épisodes de détresse
201	Angoisses objectales	Signaux d'alarme accompagnées de liaisons représentatives
202	Deuils période pré-pubertaire	Deuils de personne ou pertes d'objets significatifs pré-pubertaires non élaborés
203	Deuils récents	Deuils ou pertes d'objets significatifs récents non élaborés
204	Dépressions	Aiguës ou subaiguës fréquentes au sens de la psychanalyse
205	Dépression de l'adolescence	
206	Dépression latente	
207	Post-partum blues	
208	Dépression essentielle	DE précédant la somatisation, DE fréquentes se référer à l'histoire du patient et à l'histoire de la maladie. Selon les hypothèses, tenter d'établir les dates.
209	Trauma permanent	Pesée traumatique permanente
210	Traumatisme	Notion de traumatismes, d'une situation familiale, ou d'une activité parentale ayant pu gauchir l'évolution classique de la sexualité
211	Traumatisme de la naissance	
212	Névrose traumatique	Incapacité pour la psyché de lier un événement traumatique ; sidération de l'appareil mental ; absence de figurabilité ; rupture affect et représentation ; à relier aussi au PTSD, Post-Traumatic Stress Disorder (importance du facteur quantitatif économique dans l'occurrence de l'événement).
213	Traumatisme professionnel	Licenciement, harcèlement, violence au travail, etc.
215	Pensée dite « magique » ou bien système de croyance dans les sociétés traditionnelles.	Utilisation importante de la pensée magique ou tradition culturelle ou religieuse pesant sur le fonctionnement psychosomatique

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1B	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1B – états psychiques et événements de vie personnels –
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	Cf. Glossaire
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 d'article).
219	Désintrinsication pulsionnelle	Noter le niveau d'organisation auquel la désintrinsication a eu lieu selon vos hypothèses. Ne pas oublier que l'intrinsication pulsionnelle implique la présence d'un Objet internalisé.
220	Désorganisation progressive	Noter la ou les dates des événements ainsi que l'hypothèse du fonctionnement psychique.

Rubriques de l'axe 1B des états psychiques et événements de vie personnels

FICHE PATIENT (suite)
Les axes de la grille selon l'observation (suite)
AXE 1C : POINTS DE FIXATIONS-RÉGRESSIONS⁶³ Stades de maturation psychosexuelle du Moi et organisations psychosomatiques (hypothèse Jean-Benjamin Stora, cf. ouvrage de « Neuropsychanalyse » coll QSJ, PUF, 2006 et depuis 2011 MJW-Fédition, Paris)

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1C	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1C – points de fixations-régressions –
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	Fonction alimentaire	Estomac, foie, pancréas, troubles du comportement alimentaire
304	Fonction excrétion	Rein, colon, contrôle sphinctérien
305	Fonction motrice	Musculo-squelettique, articulations
306	Métabolisme	Troubles du métabolisme / endocrinologie
307	SNC	
308	Axe endogène opioïde	
309	Axe hypothalamique- hormonal	Envisager toutes les dimensions de l'axe hypothalamique
310	SN Sympathique	
311	SN Parasympathique	
350	1 ^{er} Organisateur psy.	Organisation cénesthésique , relation pré-objectale, processus primaire (Cf. René Spitz).
351	2 ^e Organisateur psy.	Mise en place au 8 ^e mois ; établissement de l'Objet ; organisation diacritique ; processus secondaires ; passage de la passivité à l'activité.

⁶³ Points de fixations-régression et Stades de développement de la sexualité. Forte adhésion de la pulsion à des objets ou à des voies de satisfaction liées à des phases antérieures du développement. L'existence de points de fixation conduit à la voie de la régression. La fixation désigne l'immobilisation de motions pulsionnelles à un stade infantile du développement : fixations prégénitales.

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

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1C	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1C – points de fixations-régressions –
352	3 ^e organisateur psy.	Mise en place du mécanisme et de la fonction d'identification ; acquisition du signe de la Négation (Freud, 1925) ; pulsion agressive, motricité et emprise.
353	Position autistique	Syndrome symbiotique
354	Position schizo- paranoïde	Cf. Mélanie Klein
355	Position dépressive	Cf. Mélanie Klein
356	Fixation passive orale	
357	Fixation sadique orale	
358	Fixation anale 1 ^{er} temps	
359	Fixation sadique anale 2 ^e temps	Donne accès à l'organisation œdipienne. La seconde phase du stade anal signe la maturation de la première organisation topique et donc la voie d'accès à l'Œdipe. Par ailleurs la liaison des représentations de mots et des représentations de choses constitue une des formes essentielles de la maîtrise, d'où son importance dans le développement mental (Cf. P. Marty p. 91 et 92 « Les mouvements individuels de vie et de mort »).
360	Fixation phallique	
361	Fixation homosexuelle	
362	Fixation génitale	

Rubriques de l'axe 1C des points de fixations-régressions

FICHE PATIENT (suite)		
Les axes de la grille selon l'observation (suite)		
AXE 1D MÉCANISMES DE DÉFENSE DU « MOI »		
N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1D	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1D – mécanismes de défense du « moi » –
380	Déni de la réalité psychique	Nous devons parler de pluralité de dénis de la réalité ; pour Freud dans une première définition il s'agit d'un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est évoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses. Il s'agit en vérité d'un mécanisme de défense à l'égard de la réalité extérieure. La notion de clivage du Moi vient éclairer celle du déni. Dans « L'homme aux loups » Freud développe le concept de clivage de la personnalité en divers courants indépendants. On peut dire que le déni de castration est le prototype des autres dénis de réalité. Le clivage du Moi est à distinguer du processus de refoulement, car il s'agit de la coexistence de deux types de défense du Moi et non pas d'un conflit entre le Moi et le Ça ; une des défenses du Moi porte sur la réalité extérieure, il s'agit d'un déni d'une perception.
381	Clivage du Moi	

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1D	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1D – mécanismes de défense 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 peut porter sur un Objet total. Un des premiers objets partiels que rencontre le nourrisson est le sein maternel, un clivage peut alors s'opérer : le sein en tant que source de satisfaction est un bon objet alors qu'en tant que source de frustrations, il est un mauvais objet. Cela va donner lieu à toute une série de processus projectifs et introjectifs qui vont permettre à l'enfant de s'approprier le monde et plus tard de le penser. Le bon objet sera gardé à l'intérieur, le mauvais est expulsé à l'extérieur, le clivage va permettre l'organisation de l'univers sensoriel et émotionnel du jeune enfant. Pour Mélanie Klein, le clivage va servir de base au refoulement, un clivage initial excessif risque de rendre difficile toute communication entre l'inconscient et le conscient, et donc de déboucher sur un mécanisme de refoulement ultérieur d'une rigidité névrotique. Un clivage excessif peut amener une désintégration du Moi, le clivage est aussi à la base de mécanismes tels que l'idéalisation ou l'angoisse de persécution. Pour Mélanie Klein le clivage de l'Objet ne peut avoir lieu sans qu'un clivage du Moi ne l'accompagne ; le Moi pourrait être effrayé par son agressivité (au sens d'angoisse à l'égard de l'Objet) et par conséquent va maintenir séparé 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>

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1D	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1D – mécanismes de défense du « moi » –
383	Identification projective	Terme introduit par Mélanie Klein en 1932, il s'agit de décrire les fantasmes d'attaque contre l'intérieur du corps maternel. L'identification projective est une modalité de la projection, c'est-à-dire rejet à l'extérieur de ce que le sujet refuse en lui, projection du mauvais. Ce mécanisme en relation étroite avec la position schizo-paranoïde consiste en une projection fantasmatique à l'intérieur du corps maternel de parties clivées de la propre personne du sujet, de façon à contrôler la mère de l'intérieur. Ce fantasme est la source d'angoisses comme celle d'être emprisonné et persécuté à l'intérieur du corps de la mère. Un autre danger pour le Moi est de se trouver affaibli dans la mesure où il risque de perdre dans l'identification projective de bonnes parties de lui-même. En résumé il s'agit d'un mécanisme se traduisant par des fantasmes où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'Objet et pour lui nuire, le posséder et le contrôler.
384	Refoulement	Il s'agit d'un processus psychique qui peut être considéré comme un processus universel, en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme. C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion (Cf. les travaux de Sigmund Freud).
385	Formation réactionnelle	Il s'agit d'une défense directement en opposition avec la réalisation du désir ; c'est une attitude de sens opposé aux désirs refoulés et constitués en réaction contre celui-ci par exemple la pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes. À propos de la névrose obsessionnelle Sigmund Freud dégage un mécanisme psychique particulier consistant à lutter directement contre la représentation pénible en la remplaçant par un symptôme primaire de défense consistant en des traits de personnalité : scrupulosité, pudeur, etc. qui sont en contradiction avec l'activité sexuelle infantile à laquelle s'était d'abord livré le sujet pendant une première période dite « d'immoralité infantile ». Le processus de formation réactionnelle joue un rôle important dans l'édification des caractères ; la constitution du Surmoi est en partie attribuée aux mécanismes de formation réactionnelle.
386	Isolation	Mécanismes de défense qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions sont rompues avec le reste de l'existence du sujet. Par exemple : une pause dans le cours de la pensée, utilisation de formules, de rituels et d'une façon générale toutes les mesures permettant d'interrompre le cours des pensées et des actes.

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1D	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1D – mécanismes de défense du « moi » –
387	Annulation rétroactive	Il s'agit d'un mécanisme à l'œuvre dans les rituels obsessionnels : « à une action qui met en exécution une certaine injonction succède immédiatement une autre qui arrête ou annule la première, même si elle ne va pas jusqu'à mettre à exécution son contraire » (Sigmund Freud-le Moi et les mécanismes de défense 1936). On doit comprendre que ce mécanisme psychologique permet au sujet de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus. Le sujet utilise pour ce faire une pensée ou un comportement ayant une signification opposée.
388	Introjection	Le terme d'introjection a été forgé par Sándor Ferenczi en 1909 ; le sujet fait passer sur un mode fantasmatique, du dehors au dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel sans pour autant impliquer nécessairement une référence à la limite corporelle puisqu'il s'agit, par exemple, d'introjection dans le Moi de l'Idéal du Moi ; l'introjection est dans un rapport étroit avec l'identification.
389	Retournement sur soi	Le retournement sur soi et le renversement dans le contraire font partie de ce que Freud appelle les destins des pulsions à côté du refoulement et de la sublimation. Alors que dans le renversement dans le contraire le processus concerne le but de la pulsion, avec le retournement sur la personne propre ou sur soi le processus concerne l'objet de la pulsion. Freud illustre par deux exemples ces deux processus : celui du sado-masochisme et celui du voyeurisme-exhibitionnisme. Le renversement du sadisme dans le masochisme implique à la fois le passage de l'activité à la passivité et une inversion des rôles entre celui qui inflige et celui qui subit les souffrances. Les deux processus peuvent évidemment fonctionner dans le sens opposé : transformation de la passivité en activité, retournement à partir de la personne propre sur autrui.
390	Renversement dans le contraire	Cf. retournement sur soi.
391	Sublimation	Cf. Glossaire

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1D	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1D – mécanismes de défense du « moi » –
392	Négation par le fantasme	Die Verneinung, Freud 1925 donne une explication métapsychologique précise : 1- La dénégation est un moyen de prendre connaissance du refoulé ; 2- Ce qui est supprimé, c'est seulement une des conséquences du processus du refoulement, à savoir que le contenu représentatif ne parvient pas à la conscience. Il en résulte une sorte d'admission intellectuelle du refoulé tandis que persiste l'essentiel du refoulement ; 3- Au moyen du symbole de la dénégation, la pensée se libère des limitations du refoulement ». Il s'agit donc d'un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent.
393	Idéalisation	« [...] L'idéalisation est un processus qui concerne l'Objet et par lequel celui-ci est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changée. L'idéalisation est possible aussi bien dans le domaine de la libido du Moi que dans celui de la libido d'Objet ». (Freud, pour introduire le narcissisme). L'idéalisation notamment celle des parents fait nécessairement partie de la constitution au sein du sujet des instances idéales : Moi idéal, Idéal du Moi. Il peut s'agir de l'idéalisation d'un Objet aimé : « nous voyons que l'Objet est traité comme le Moi propre et que donc dans la passion amoureuse une quantité importante de libido narcissique déborde sur l'Objet » (Freud, psychologie des foules et analyse du Moi).
394	Identification à l'agresseur	Ce mécanisme a été décrit par Anna Freud en 1936 ; le sujet, confronté à un danger extérieur représenté par une critique émanant d'une autorité, s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. Anna Freud voit à l'œuvre l'identification à l'agresseur dans des situations variées : agressions physiques, critique, etc. le comportement observé est le résultat d'un renversement de rôles – l'agressé se fait agresseur. Ce mécanisme joue un rôle important dans la constitution du Surmoi. Pour René Spitz, ce mécanisme est prépondérant dans l'acquisition du « non », verbal et gestuel, vers le 15e mois.
395	Intellectualisation défensive	Ce mécanisme permet de maîtriser les émotions ou les conflits psychiques par une mise à distance en adoptant une formulation rationnelle, abstraite et détachée de la manifestation pulsionnelle. Il s'agit de la neutralisation des affects. (cf. Anna Freud (1946), Le Moi et les mécanismes de défense, Paris, PUF 1967).

Rubriques de l'axe 1D des mécanismes de défense du Moi

FICHE PATIENT (suite)		
Les axes de la grille selon l'observation (suite)		
AXE 1E : TRAITS DE CARACTÈRE		
N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1E	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1E – traits de caractère –
400	Phobique	D'ambiance ou d'envahissement
401	Phobique d'Objet	Liaisons représentatives
402	Hystérie archaïque	Conflits de nature psychotique plutôt que névrotique enfouis ; par exemple, aimer est l'équivalent de dévorer ou d'être dévoré. L'exploration analytique de ces fantasmes érotiques primitifs dans la relation transférentielle provoque la disparition des symptômes psychosomatiques ainsi que l'atténuation des inhibitions intellectuelles. Il s'agit ici de manifestations de la sexualité archaïque et du rôle qu'elle joue dans les diverses manifestations de somatisation (Joyce 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 définition nosographique de Pierre Marty. Les représentations sont absentes ou rares, superficielles, peu associatives, caractéristiques à rapprocher des névroses de comportement.
407	Phallique-narcissique	
408	Psychotiques	Tableau symptomatique
409	Sado-masochiques	Relations érotisées physiques comme morales

Rubriques de l'axe 1D des traits de caractère

FICHE PATIENT (suite)
Les axes de la grille selon l'observation (suite)
AXE 1F : ACTIVITÉS SUBLIMATOIRES Nature des investissements surinvestissements, activités diverses : activités sociales, etc. sublimations, etc.

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 1F	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 1F – activités sublimatoires –
490	Activités artistiques	
491	Activités sociales	
492	Activités spirituelles	
493	Activités sportives	
494	Activités culturelles	

Rubriques de l'axe 1F des activités sublimatoires

FICHE PATIENT (suite)		
Les axes de la grille selon l'observation (suite)		
AXE 2 : COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION		
N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 2	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 2 – comportements et manifestations corporelles dans la relation –
450	Hypertonie musculaire	Débordement de l'appareil mental par les émotions
451	Posture	Tonicité de la posture, elle rend compte d'emblée de la tension interne du sujet
452	Hypertonie musculaire et agressivité	(Pierre Marty) à la mesure des conflits habituels réactivés lors de la consultation et non encore exprimés (agressivité directement musculaire de type primaire court-circuitant l'élaboration mentale, l'hypertonie musculaire va souvent de pair avec une anxiété diffuse qui reconnaîtra plus tard son objet. Elle s'accompagne de tremblements de mains surtout, et s'oppose à une aisance relationnelle.
453	Manifestations vago-sympathiques	Ces manifestations témoignent du surplus d'excitations ; rires, pleurs, ou mimique de fantôme révélant la tentative d'une élaboration mentale.
454	Comportements de déni de réalité	Mode de défense reflété dans le comportement des patients qui refusent de reconnaître la réalité d'une perception traumatique, par exemple diabète à un âge précoce, etc.
455	Hypocondrie I (archaïque)	État hypocondriaque où la relation transférentielle est impossible ; court-circuit du travail psychique avec engagement dans une somatisation. Evolution possible vers un délire paranoïaque, une mélancolie ou une affection somatique grave.
456	Hypocondrie II	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.

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 2	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 2 – comportements et manifestations corporelles dans la relation –
466	Conversions fréquentes	Hystériques, ou apparentements hystériques (cf. Pierre Marty).
467	Identité	Problèmes fondamentaux transgénérationnels, culturels, et avatars du développement de la personnalité.
468	Économie relationnelle précoce	Changement notable de l'économie relationnelle dans les deux premières années de vie
469	Économie relationnelle prépubertaire	Changements notables
469a	Économie 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 I	Tentatives antérieures à la désorganisation ou à la maladie actuelle
474	Suicide II	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.

Rubriques de l'axe 2 des comportements et manifestations corporelles dans la relation

FICHE PATIENT (suite)
Les axes de la grille selon l'observation (suite)
AXE 3 : EXPRESSION DES <u>AFFECTS</u>
<p>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.</p> <p style="text-align: center;">(Cf. Glossaire, terme Affects)</p> <p style="text-align: center;">« Chaque événement, chaque impression psychique est pourvue d'un certain quota d'affect dont le Moi se débarrasse ou par le moyen d'une réaction motrice ou par une activité psychique associative » Freud, 1893.</p> <p>Dans la théorie de Freud, l'affect est une des deux composantes de la Pulsion, l'autre étant la représentation.</p>

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 3	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 3 – expression des <u>affects</u> –
500	Expression émotionnelle (large gamme des...)	Expression des émotions sans répression, manifestation spontanée et authentique – large gamme d'expression richesse émotionnelle
501	Conversion somatique des affects	Hystérie de conversion, l'affect est transformé en innervation somatique, et la représentation est refoulée ;
502	Déplacement	Déplacement de l'affect sur une autre représentation dans la névrose obsessionnelle.
503	Transformation	Transformation de l'affect : névrose d'angoisse, mélancolie.
504	Alexithymie	<p>Sifnéos fait une nette différence entre émotion et sentiment ; l'émotion est exprimée par des moyens comportementaux et médiatisée par le système limbique, dimension biologique de l'affect. Les sentiments sont l'aspect psychologique de l'affect, ce sont les pensées et les fantaisies subjectives qui sont associées à l'affect. L'activité néocorticale est nécessaire pour qu'il existe des sentiments. Quatre éléments définissent l'alexithymie :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments 2- limitation de la vie imaginaire 3- tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits 4- description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques.

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 3	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 3 – expression des affects –
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 représentance de l'affect.</p>
511	Fatigue	Cf. Glossaire
512	Douleur	Cf. Glossaire

Rubriques de l'axe 3 de l'expression des affects

FICHE PATIENT (suite)
Les axes de la grille selon l'observation (suite)
AXE 4 : ENVIRONNEMENT PERSONNEL, FAMILIAL, ET SOCIO-PROFESSIONNEL. LE MOI ET LE MONDE EXTÉRIEUR
Données de l'environnement familial et socioprofessionnel ; données symptomatiques immédiates, données anamnestiques récentes, données concernant le fonctionnement mental d'adaptation (coping) ; état de la famille ancien et actuel, scolarité, évolution professionnelle, évolution de la sexualité, intérêts divers, etc.

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 4	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 4 – le moi et le monde extérieur –
600	Env. familial stable	Durée des périodes de stabilité
601	Env. familial perturbé	Au cours de l'enfance, de l'adolescence, à l'âge adulte ; rupture d'équilibre au sein de la famille.
602	Env. socio-professionnel stable	Durée des périodes de stabilité
603	Env. Socio-professionnel instable	Conflits, harcèlement professionnel, etc.
603a	Nature de l'environnement Perturbation temporaire	Identifier ici la source de la perturbation : familial, socio-professionnel, environnemental, sociétal, etc.
603b	Perturbation durable ou permanente	
604	Rupture avec famille	Séparation, divorce, déménagement,
605	Rupture avec travail	Licenciement, recherche d'emploi, etc.
607	Autre	Adaptation à un nouvel environnement professionnel Déroulement de la carrière : différentes étapes, début, milieu, et fin de carrière ; départ à la retraite.
608	Conversion récente	Hystérique ou non
609	Désintrication et intrication des pulsions	Reprise intrication pulsionnelle à apprécier
610	Affects	Changements significatifs de l'expression des affects
611	Médico-légal	Problème récent pesant sur le fonctionnement psychosomatique
612	Psychothérapie	Parent d'un enfant traité en psychothérapie concomitante
613	Sexuelles	Difficultés sexuelles récentes : impuissance et frigidité
615	Toxicomanie récente	Iatrogéniques incluses

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 4	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES des items de l'axe 4 – le moi et le monde extérieur –
616	Atteints aux activités corporelles	Limitations récentes accidentelles ou non des activités corporelles
617	Économie relationnelle I	Changement notable
618	Économie 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	À la maladie actuelle
622	Autre	Déplacement et remplacement par un symptôme somatique

Rubriques de l'axe 4 de l'environnement personnel, familial, et socio-professionnel. Le Moi et le monde extérieur

FICHE PATIENT (suite)
Les axes de la grille selon l'observation (suite)
AXE 5 : ÉVALUATION DE L'ÉTAT SOMATIQUE – CODE CIM-9-MC
<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 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>

N° Item	LISTE DES ITEMS DE L'AXE 5 – évaluation de l'état somatique – code CIM-9-MC –
700	Maladies du système nerveux
701	Maladies de l'appareil circulatoire
702	Maladies de l'appareil respiratoire
703	Néoplasmes
704	Maladies endocriniennes
705	Maladies de la nutrition
708	Maladies métaboliques
709	Maladies des organes génito-urinaires
710	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques
711	Maladies de l'œil
712	Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge
713	Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif
714	Maladies de la peau
715	Anomalies congénitales, malformations et aberrations chromosomiques
716	Maladies de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches
717	Infections par le virus de l'immunodéficience humaine
718	Maladies infectieuses
719	Surdosages

Rubriques de l'axe 5 de l'évaluation de l'état somatique – CODE CIM-9-MC

FICHE PATIENT (Fin)

GLOSSAIRE

– Affects –

- 1- Large gamme d'expression des affects : représentations et affects sont bien intégrés, c'est-à-dire que les liaisons ont été établies et sont solides.
- 2- Répression des affects et névrose – trois destins possibles :
 - a- l'affect se sépare de la représentation et se déplace (mécanisme du déplacement) sur une autre représentation (symptôme de la névrose obsessionnelle, phobie, etc.)
 - b- l'affect est délié de la représentation, il est transformé en « innervation somatique » : hystérie de conversion, la représentation est refoulée
 - c- transformation de l'affect : névrose d'angoisse, mélancolie, nous sommes ici proches des somatisations.
- 3- Prédominance des affects de vitalité dans la relation intersubjective suggérant une régression archaïque ; rappel : Pour le nourrisson les affects jouent le même rôle dans la communication que les processus secondaires chez l'adulte. La perception affective et les échanges affectifs précèdent le développement de toutes les autres fonctions psychiques jusqu'à la fin de la première année.
- 4- Affects traumatiques et troubles somatiques ; l'affect est coupé de la représentation, annonce de désorganisations somatiques probables. L'affect représente alors la mémoire d'un vécu irreprésentable traumatique. Lacan utilise le concept de forclusion de l'affect comme Joyce McDougall.

Parmi les destins possibles de l'affect Freud a suggéré celui d'une véritable éradication de la représentation psychique de la pulsion. Suppression totale de la représentation psychique et non pas seulement abolition aux niveaux du préconscient et de la conscience.

Il existerait donc des affects inconscients distincts de leurs corrélats physiologiques.

Depuis la contribution de Sigmund Freud dans « le Moi et le Ça », il n'y a pas pour l'affect de passage obligé par le préconscient, d'où la réflexion d'André Green : « si l'affect peut court-circuiter le préconscient, il peut alors se donner comme un représentant de l'inconscient à l'état pur, c'est-à-dire comme un représentant du système mémoire, le système perceptif étant lié à la conscience.

Cette fonction assignerait à l'affect d'être un représentant de l'histoire du Moi-sujet. Elle n'apparaîtrait dans toute son ampleur que lorsque l'affect cesse d'être intégré à la chaîne des représentations comme connotation qualitative du connaissable par la représentation » (André Green, le langage par la psychanalyse, Langages, les Belles Lettres, 1984, page 203).

L'éradication de la représentation d'affect serait ainsi l'origine essentielle d'une véritable coupure fonctionnelle entre le soma et la psyché, à l'articulation du psychique avec le somatique. Il s'agit donc de la neutralisation à la source de la production du sens et du souvenir.

On peut faire alors hypothèse en psychosomatique (Pierre Marty, Christian David, Michel Fain) que la neutralisation de l'affect est le fait d'une absorption complète de l'énergie d'investissement dans le cas de certaines maladies somatiques graves ; il s'agit d'une absorption de toute la motion pulsionnelle.

Nous avons à faire alors à un corps largement coupé de la représentation soumis à la désorganisation progressive (Pierre Marty).

L'affect pur serait alors un affect sans accompagnement. On se trouverait ainsi devant une réalité psychique infigurée, sans aucune référence directe à la nature de ce qui est représenté affectivement, mais co-extensive à des réactions physiologiques

« l'affect serait le représentant de la pulsion de vie dans la fonction sexuelle ».

GLOSSAIRE

5- Alexithymie – Quatre éléments définissent l'alexithymie :

- 1- incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments
- 2- limitation de la vie imaginaire
- 3- tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits
- 4- description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques.

6- Affects de vitalité : Nous pouvons compléter l'approche clinique et conceptuelle de l'affect en insistant sur ce que Daniel Stern appelle l'accordage affectif, la résonance émotionnelle mère-nourrisson que nous retrouvons dans toutes les relations thérapeutiques psychosomatiques et qui doit être présente lors des investigations cliniques. Ces affects de vitalité sont différents des affects catégoriels de Darwin (cf. notes ci-dessous).

Notes : Réflexions sur les affects de vitalité, concept proposé par Daniel Stern, dans « Le monde interpersonnel du nourrisson ». Paris, PUF.

Habituellement, on pense les expériences affectives en fonction de catégories discrètes d'affects – bonheur, tristesse, crainte, colère, dégoût, surprise, intérêt, peut-être honte, et leurs combinaisons. Ce fut la grande contribution de Darwin (1872) de postuler que chacun d'eux avait une expression faciale discrète et innée ainsi qu'un caractère distinct de sensation et que ces patterns innés se développent quand des signaux sociaux « compris » par tous les membres d'une espèce pour en accroître la survie.

On fait l'expérience de chaque catégorie discrète d'affect dans deux dimensions au moins : l'activation et l'hédonisme. L'activation renvoie à la notion d'intensité ou au caractère plus ou moins irrépressible de l'émotion, tandis que l'hédonisme se réfère au seuil d'intensité à partir desquels l'émotion est agréable ou désagréable.

Les théories habituelles concernant les affects ne s'appliquent pas facilement aux affects de vitalité, qui, pour cette raison, mérite une dénomination distincte. Pourtant, ce sont des émotions qui appartiennent bien au domaine de l'expérience affective. Nous les appellerons affect de vitalité pour les distinguer des affects catégoriels traditionnels ou darwiniens de colère, de tristesse, etc. Les affects de vitalité surviennent à la fois en présence et en l'absence des affects catégoriels. Par exemple on peut voir quelqu'un se lever de sa chaise de façon « explosive » : on ne sait pas si le caractère explosif du lever est dû à la colère, à la surprise, à la joie ou à la peur. On peut comparer l'expressivité des affects de vitalité à celle d'un spectacle de marionnettes. En général c'est de la façon dont les marionnettes se déplacent que nous déduisons les différents aspects de vitalité – des profils d'activation qu'elle dessine. L'une peut être léthargique, avec les bras tombants et la tête baissée, une autre pleine de force et une autre enjouée.

La danse moderne et la musique sont deux exemples par excellence de l'expressivité des affects de vitalité. Le plus souvent le chorégraphe essaye d'exprimer une façon de sentir et non pas un sentiment en particulier. Le nourrisson se trouve dans la même position que le spectateur d'une danse moderne lorsqu'il observe le comportement de ses parents. La façon dont un parent agit exprime un affect de vitalité. Il ne s'agit pas d'un monde de choses vues, entendues ou touchées.

Les expériences précoces de la vie du nourrisson lui permettent de développer un sens du Soi émergent et interpersonnel que nous allons retrouver dans la relation thérapeutique avec nos patients lors de la relation d'investigation clinique. Il s'agit de manifestations de ce que Daniel Stern appelle un affect de vitalité tel que par exemple lorsqu'un parent essaie de calmer le nourrisson, il peut dire « aller, allez, allez... » Donnant plus d'amplitude de force à la première syllabe et ralentissant sur la deuxième. Cette façon de le calmer sera ressentie comme une expérience d'affect de vitalité. Nous pouvons comprendre la façon de développer une mère pare-excitatrice. La perception amodale (fondée sur des qualités abstraites de l'expérience, qui inclut les affects discrets et les affects de vitalité) et les affects constructivistes (fondés sur la simulation, l'accommodation,

GLOSSAIRE

l'association et l'identification des invariants) sont les processus par lesquels le nourrisson fait l'expérience de l'organisation. Alors que ces processus ont été surtout étudiés dans la perception, ils s'appliquent également bien à la formation d'organisation dans tous les domaines de l'expérience : activités motrices, affectivité et état de conscience. Ils s'appliquent aussi à la combinaison d'expériences de différents domaines (sensoriel et moteur, au perceptif, etc.).

Daniel Stern appelle accordage affectif ce qui est le reflet de la relation intersubjective exprimant les états psychiques et affectifs internes au sujet. L'accordage affectif traduit la sensation. Il s'agit dans la relation mère-nourrisson de processus qui font référence à l'induction automatique d'un affect chez une personne par la vue ou l'audition de l'expression d'un affect chez quelqu'un d'autre. Daniel Stern appelle ce processus un « appariement d'affect ». Nous sommes en présence de processus d'inter-affectivité, et non pas d'intersubjectivité qui est une notion beaucoup plus large se rapportant au partage mutuel d'états psychiques. Nous nous référons plus spécialement à ce qu'on pourrait appeler la résonance émotionnelle que nous retrouvons dans les manifestations de contre-transfert du psychothérapeute psychosomatique.

Notes prises à partir de :

(Daniel N. Stern, Le monde interpersonnel du nourrisson, Paris, PUF, 1989) : certaines réflexions concernant la psychosomatique et la psychothérapie psychosomatique sont de mon fait.

Prédominance des affects dans la relation intersubjective suggérant une régression archaïque ; rappel : Pour le nourrisson, les affects jouent le même rôle dans la communication que les processus secondaires chez l'adulte. La perception affective et les échanges affectifs précèdent le développement de toutes les autres fonctions psychiques jusqu'à la fin de la première année.

– Annulation rétroactive –

Il s'agit d'un mécanisme à l'œuvre dans les rituels obsessionnels : « à une action qui met en exécution une certaine injonction succède immédiatement une autre qui arrête ou annule la première, même si elle ne va pas jusqu'à mettre à exécution son contraire » (Sigmund Freud-le Moi et les mécanismes de défense 1936). On doit comprendre que ce mécanisme psychologique permet au sujet de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus. Le sujet utilise pour ce faire une pensée ou un comportement ayant une signification opposée.

– Clivage de l'Objet –

Dès 1946 Mélanie Klein décrit 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 peut porter sur un Objet total. Un des premiers objets partiels que rencontre le nourrisson est le sein maternel, un clivage peut alors s'opérer : le sein en tant que source de satisfaction est un bon objet alors qu'en tant que source de frustrations, il est un mauvais objet. Cela va donner lieu à toute une série de processus projectifs et introjectifs qui vont permettre à l'enfant de s'approprier le monde et plus tard de le penser. Le bon objet sera gardé à l'intérieur, le mauvais est expulsé à l'extérieur, le clivage va permettre l'organisation de l'univers sensoriel et émotionnel du jeune enfant. Pour Mélanie Klein, le clivage va servir de base au refoulement, un clivage initial excessif risque de rendre difficile toute communication entre l'inconscient et le conscient, et donc de déboucher sur un mécanisme de refoulement ultérieur d'une rigidité névrotique. Un clivage excessif peut amener une désintégration du Moi, le clivage est aussi à la base de mécanismes tels que l'idéalisation ou l'angoisse de persécution. Pour Mélanie Klein le clivage de l'Objet ne peut avoir lieu sans qu'un clivage du Moi ne l'accompagne ; le Moi pourrait être effrayé par son agressivité (au sens d'angoisse à l'égard de l'Objet) et par conséquent va maintenir séparer les parties de lui-même

GLOSSAIRE

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.

– Dénier de la réalité psychique –

Nous devons parler de pluralité de dénis de la réalité ; pour Freud dans une première définition il s'agit d'un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est évoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses. Il s'agit en vérité d'un mécanisme de défense à l'égard de la réalité extérieure. La notion de clivage du Moi vient éclairer celle du déni. Dans « L'homme aux loups » Freud développe le concept de clivage de la personnalité en divers courants indépendants. On peut dire que le déni de castration est le prototype des autres dénis de réalité. Le clivage du Moi est à distinguer du processus de refoulement, car il s'agit de la coexistence de deux types de défense du Moi et non pas d'un conflit entre le Moi et le Ça ; une des défenses du Moi porte sur la réalité extérieure, il s'agit d'un déni d'une perception.

– Dépression essentielle – ou – [DE] –

Pierre Marty « l'investigation psychosomatique (1963) : « ce sont des dépressions sans objet, ni auto accusation, ni même culpabilité consciente, où le sentiment de dévalorisation personnelle et de blessure narcissique s'oriente électivement vers la sphère somatique. Un tel tableau, pour nous, est de toute évidence à mettre en rapport avec la précarité du travail mental. »

Pierre Marty, 1966, à propos de la dépression essentielle dans la Revue française de Psychanalyse, numéro 3 : « la dépression psychosomatique, qu'à plusieurs reprises échappent les dépressions sans objet, serait en définitif mieux nommée dépression essentielle, puisqu'elle constitue l'essence même de la dépression à savoir l'abaissement de niveau du tonus libidinal sans contrepartie économique positive quelconque. »

Pierre Marty, 1990, La psychosomatique de l'adulte, (p. 29-30), « Cette symptomatologie dépressive se définit par le manque : effacement, sur toutes les chaînes de la dynamique mentale (déplacements, condensations, introjections, projections, identifications, vie fantasmatique et onirique). On ne rencontre pas, dans cette dépression « bienséante », le « rattachement libidinal » régressif et bruyant des autres formes de dépressions névrotiques ou psychotiques. Sans contrepartie libidinale donc, la désorganisation et le morcellement dépassant sans doute le domaine mental, le phénomène est comparable à celui de la mort où l'énergie vitale se perd sans compensation. Moins spectaculaire que la dépression mélancolique, elle conduit sans doute plus sûrement à la mort. L'Instinct de Mort et le maître des lieux de la DE. Le temps passé dans la DE est de plus en plus néfaste aux sujets. »

Pierre Marty, 1980, L'ordre psychosomatique, « la DE s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont il déborde les capacités d'élaboration [...]. On doit aller à la recherche des manifestations négatives, naturellement peu notable.

Des angoisses diffuses précèdent souvent la DE. Automatiques au sens classique, envahissantes [...]. Elles traduisent la détresse profonde de l'individu, détresse provoquée par l'afflux de mouvements instinctuels non maîtrisés [...]. Le Moi submergé montre ainsi [...] sa désorganisation. L'angoisse ne représente pas ou ne représente plus le signal d'alarme [...]. Elle est l'alarme [...]. Automatiques, ses angoisses diffuses reproduisent un état archaïque de débordement [...].

On note l'effacement fonctionnel des deux systèmes topiques freudiens [...]. On cherche en vain des

GLOSSAIRE

désirs ; on ne trouve que des intérêts machinaux [...]. Le Moi remplit au plus mal, de manière évidente, ses rôles de liaison, de distribution et de défense. Il est en fait [...]. Coupé de ses sources et désorganisé [...]. La disparition sans doute des sentiments inconscients de culpabilité [...] constitue l'un des signes principaux de la DE. L'inconscient reçoit mais n'émet pas [...]. C'est au niveau du Préconscient, dans l'effacement des fonctions habituellement actives, que se constatent surtout les dommages [...]. la suppression des relations originales avec les autres et avec soi-même [...] la perte de l'intérêt pour le passé et le futur [...]. L'absence de communications avec l'inconscient constitue une véritable rupture avec sa propre histoire. Le factuel et l'actuel s'imposent à l'ordre de chaque jour[...].

Démunies d'une partie de ses significations antérieures, les diverses figures de rhétorique (comme la symbolique) devenues sans emploi, la parole semble seulement conservée pour décrire les événements et médiatiser les relations [...]. La sexualité, au sens le plus large, se trouve ainsi exclu du verbe [...] le pénis n'évoque plus la castration [...]. »

– Douleur –

L'investigateur doit, en présence de la douleur, se poser toujours la question du rôle joué par celle-ci dans l'équilibre psychosomatique du patient.

Quel que soit son mécanisme initiateur somatique, neurologique ou psychologique, la douleur constitue dans tous les cas une expérience subjective. Le phénomène douleur est toujours une expérience subjective donc un phénomène neuropsychologique. La douleur occupe une place particulière parmi les perceptions, du fait de la composante affective qui lui confère sa tonalité désagréable, pénible parfois insupportable. Cette composante fait partie de l'expérience douloureuse et peut se prolonger vers des états émotionnels plus différenciés (anxiété et dépression). La composante affective est déterminée non seulement par le stimulus nociceptif lui-même, mais également par le contexte dans lequel le stimulus est appliqué. La signification de la maladie, l'incertitude sur son évolution sont autant de facteurs qui vont venir moduler la composante affective de la douleur en clinique.

– Fatigue –

Pierre Marty définit la fatigue comme une sensation ou un sentiment du sujet, accompagné d'une dépense énergétique excessive. La tension interne n'est pas absorbée par le travail d'élaboration psychique, aucune évocation du passé ou de l'avenir. Lorsque la voie mentale est bloquée, on peut constater pendant un certain temps des céphalalgies, ensuite on voit éclore des troubles somatiques. C'est la motricité et la sensorialité qui sont en général les premières fonctions atteintes, parce qu'avant le développement de l'activité psychique, la sensorialité et la motricité ont constitué l'essentiel des relations du petit enfant avec sa mère, puis avec les autres objets extérieurs. (présence d'une hyperactivité comportementale dont les aspects narcissiques et masochiques doivent être appréciés).

– Hypochondrie –

[Jean Benjamin Stora, 2 avril 2004 (extraits de conférence sur l'hypochondrie)]

La clinique de l'hypochondrie se présente sous les formes les plus diverses : passage d'une manifestation hypocondriaque qui peut durer des années à la maladie redoutée ou souhaitée inconsciemment, ou manifestations simultanées (symptômes hypocondriaques et maladie organique atteignant une autre fonction ou un autre organe).

Si l'on admet que la décompensation somatique témoigne parfois d'un échec de l'hypochondrie en tant que solution plus psychique ou mentalisée, cela nous conduit à avancer l'hypothèse avec bien d'autres cliniciens de l'angoisse hypocondriaque comme signal d'alarme.

L'angoisse hypocondriaque signerait un état d'alerte concernant l'investissement narcissique du

GLOSSAIRE

corps propre (thèse défendue par R. Stolorow, Stolorow, R., D. (1977). Notes on the signals function of hypocondriacal anxiety, *The International Journal of Psycho-Analysis*, 58, p. 245-246).

On peut imaginer qu'à la faveur d'un repli narcissique se produise « un grossissement à une échelle gigantesque » (Freud, 1917) de sensations corporelles encore silencieuses, comme dans le rêve. Ce surinvestissement narcissique permettrait parfois un réaménagement des distributions de la libido ; par contre sa mise en échec serait la voie ouverte à l'entrée dans la maladie.

L'hypocondrie, comme la conversion hystérique, révèle une faille du travail psychique ; les perceptions douloureuses, l'engagement du corps impliquerait alors un échec partiel du travail mental, ce que Freud avait proposé en faisant de l'hypocondrie la troisième névrose actuelle. Étant donné que l'hypocondrie peut se combiner à des états très variés de mentalisation, on peut supposer qu'il y a plusieurs états hypocondriaques possibles. Ces états peuvent aller d'une défense psychique solide à des états si peu mentalisée qu'ils sont moins protecteurs au niveau somatique (hypothèse psychosomatique de la théorie de Pierre Marty).

La fixation hypocondriaque pourrait être un point d'arrêt d'une désorganisation psychosomatique.

Dans son texte sur la névrose d'angoisse, Sigmund Freud indique que « tous les facteurs qui empêchent l'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique... (conduisent au) divorce entre le somatique et le psychique ». Une organisation névrotique ou psychotique peut être remise en cause par l'accumulation d'une excitation non élaborable psychiquement, qui dévie dans le somatique. « Ce surinvestissement des sensations corporelles cherche à pallier le manque de représentations inconscientes correspondantes » (M. Aisenstein).

La plainte de l'hypocondriaque est constante, car il craint de ne pas être entendu ; « il pense, écrit Freud, que la langue est trop pauvre pour lui permettre de dépeindre ses sensations ; ses sensations sont quelque chose d'unique, que l'on ne saurait parvenir à décrire parfaitement ». En 1915, Sigmund Freud dira que le langage hypocondriaque est un langage d'organes, dans lequel il remarque la prédominance des représentations de mots sur les représentations de choses. L'hypocondriaque ne parle que de son corps, il est désespéré, envahi par les affects mais sans représentations.

Le malade hypocondriaque, croyant être atteint d'une affection somatique, est souvent déçu des capacités médicales à diagnostiquer sa maladie, à la soigner et à la guérir.

Nous sommes en présence d'une coupure entre le corps réel et le corps libidinal (psychisé).

Nous pouvons distinguer deux grands types d'états hypocondriaques : Une hypocondrie suffisamment mentalisée pouvant constituer un point de fixation psychique assez solide pour constituer une défense psychique et éviter une désorganisation somatique. L'angoisse hypocondriaque dans ce cas de figure peut être comprise et le psychothérapeute pourra avec le patient comprendre la signification du symptôme et développer la mentalisation.

Une hypocondrie archaïque court-circuitant toute possibilité de travail psychique ; une hypocondrie développée dans les premiers temps de la vie facilitant le basculement dans le somatique, et ne constituant pas un palier d'arrêt dans la désorganisation progressive. On peut avancer dans ce cas-là que le symptôme corporel peut prendre valeur de véritable Objet psychique, révélant ainsi le défaut d'introjection d'un Objet.

– Hystérie archaïque –

Joyce McDougall (1964, 1978, 1982) postule l'existence d'une sexualité encore plus primitive que celle étudiée par Sigmund Freud, sexualité dotée d'aspects sadiques et fusionnels, qui peut être à l'origine de régressions psychosomatiques que l'on peut considérer comme des défenses contre des vécus mortifères. Elle en est venue à parler « d'hystérie archaïque » pour qualifier ces symptômes de l'unité psychosomatique. Alors que l'hystérie névrotique (Sigmund Freud) se construit à partir de liens verbaux (représentation de mots), l'hystérie archaïque cherche à préserver non pas le sexe ou

GLOSSAIRE

la sexualité du sujet, mais son corps tout entier, sa vie, son identité, et se construit à partir de liens somatopsychiques pré-verbaux.

Dans les affections somatiques, le dommage physique est bien réel – c'est le corps réel qui est en cause et non pas l'imaginaire – le matériel rapporté par les patients au cours de psychothérapies ne révèle pas à première vue de conflits psychotiques ou névrotiques. Le « sens » est d'ordre pré-symbolique et court-circuite la représentation de mots. Les processus de pensée des patients somatiques cherchent à vider la parole de sa signification affective.

– 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).

– 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.

– Introjection –

Le terme d'introjection a été forgé par Sándor Ferenczi en 1909 ; le sujet fait passer sur un mode fantasmatique, du dehors au dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel sans pour autant impliquer nécessairement une référence à la limite corporelle puisqu'il s'agit, par exemple, d'introjection dans le Moi de l'Idéal du Moi ; l'introjection est dans un rapport étroit avec l'identification.

– Irrégularités du fonctionnement mental –

Les lacunes secondaires de l'organisation Pcs peuvent donner lieu à des irrégularités graves du fonctionnement mental ; elles sont liées à l'incertitude dans le temps de la remémoration de plages plus ou moins vastes de représentations non refoulées mais facilement sujettes à évitements et à répressions. Les plages de représentations en cause semblent liées longitudinalement à des tonalités désagréables correspondant à une ou plusieurs périodes de la vie du sujet.

– Isolation –

Mécanismes de défense qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions sont rompues avec le reste de l'existence du sujet. Par exemple : une pause dans le cours de la pensée, utilisation de formules, de rituels et d'une façon générale toutes les mesures permettant d'interrompre le cours des pensées et des actes.

– Moi idéal –

Cf. P. Marty « la psychosomatique de l'adulte » Que sais-je ? PUF. Le Moi idéal représente la

GLOSSAIRE

déméasure ; sa présence peut être fondamentale ou apparaître lors de désorganisations ou de régressions psychiques. On le ressent du dehors comme un sentiment de toute-puissance du sujet vis-à-vis de lui-même comme vis-à-vis du monde extérieur.

– Narcissisme de mort –

« Au narcissisme positif il faut accoler son double inversé que je propose d'appeler narcissisme négatif. Ainsi Narcisse est aussi Janus. Au lieu de soutenir la visée de l'unification du Moi par le biais des pulsions sexuelles, le narcissisme négatif sous la domination du principe de Nirvana, représentant des pulsions de mort, tendent vers l'abaissement au niveau zéro de toute libido, aspirant à la mort psychique. Au-delà du morcellement qui fragmente le Moi et le ramène à l'auto-érotisme, le narcissisme primaire absolu veut le repos mimétique de la mort. Le Moi n'est jamais plus immortel que lorsqu'il soutient n'avoir plus d'organes, plus de corps. Tel l'anorexique qui refuse être dépendant de ses besoins corporels et réduit ses appétits par une inhibition drastique, se laisse mourir. » André Green.

La concentration-investissement libidinal majoritaire dans le Moi est un témoignage du besoin défensif qui tend à montrer qu'il y a une menace interne constante dont la source est la pulsion de mort.

– Narcissisme de vie –

Retrait de la libido investissant les Objets pour l'investir dans le Moi / perte d'Objet (Freud) / l'Objet étant bi-pulsionnellement investi, il y a retrait de la libido mais aussi de la pulsion de mort vers l'appareil psychique / du point de vue pulsionnel cette augmentation de l'investissement narcissique du Moi est un accroissement des capacités d'autoconservation du Moi dans une situation de désintrinsication pulsionnelle.

– Négation par le fantasme –

Die Verneinung, Freud 1925 donne une explication métapsychologique précise :

- 1- La dénégation est un moyen de prendre connaissance du refoulé
- 2- Ce qui est supprimé, c'est seulement une des conséquences du processus du refoulement, à savoir que le contenu représentatif ne parvient pas à la conscience. Il en résulte une sorte d'admission intellectuelle du refoulé tandis que persiste l'essentiel du refoulement
- 3- Au moyen du symbole de la dénégation, la pensée se libère des limitations du refoulement ». Il s'agit donc d'un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent.

– Organisation cénesthésique –

Extrait d'un article sur une Nouvelle approche Psychosomatique (J.B. Stora, décembre 2002).

Le système cénesthésique, comme organisation première.

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. Les auteurs et chercheurs se référant à René Spitz, citent de préférence l'angoisse du huitième mois comme organisateur de la psyché. Ceci correspond en vérité à une étape plus évoluée du développement de l'organisation psychique. Cette angoisse du 8^e mois révèle « que l'enfant a établi une véritable relation objectale et que la mère est devenue son Objet libidinal, son Objet d'amour ». Or notre recherche se situe à un niveau de développement plus précoce, dans les premières semaines de la vie, c'est-à-dire dans la période préobjectale période de prédominance du processus primaire, de non-intrication pulsionnelle, d'investissement de l'énergie libidinale.

GLOSSAIRE

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. La pulsion se manifestant de façon constante aux confins de la psyché et du soma va permettre le développement de cette première organisation. Il s'agit d'une organisation plus vaste que celle du stade oral décrite par S. Freud.

Spitz 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, centrée dans le système nerveux autonome et se manifeste sous forme de manifestations émotionnelles. 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 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 deuxième 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 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 continue de fonctionner jusqu'à la mort ; elle reste la puissante source de toute vie même si notre 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 (3^e mois) les traces mnémoriques 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 coordonnée et dirigée ; Freud (1923) a appelé ce premier noyau du Moi, le Moi corporel.

Spitz situe plus tôt que Glover l'âge de formation du Moi corporel, c'est-à-dire à trois mois, si bien 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

GLOSSAIRE

stimuli sont réparties parmi les divers 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, hâtant le développement de l'appareil psychique.

– Organisation Diacritique –

Le deuxième organisateur constitue un chaînon indispensable dans le continuum somatopsychique, il établit les relations entre les fonctions viscérales et motrices. On passe ainsi au cours du processus de développement psychosexuel, d'un mode somatique à un mode psychique de décharge de l'énergie. L'organisation cénesthésique 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. Nous n'avons jusqu'à présent retenu que la formation de cette organisation, il est temps d'introduire les autres composants du fonctionnement psycho-émotionnel. Comme on le sait l'être humain est confronté au cours de son développement et plus tard dans sa vie à des épreuves difficiles : stress aigu ou permanent, traumatismes divers : deuils, séparations, perte d'amour, etc. La forte destructivité naissant de la charge émotionnelle, et de la douleur permanente d'origine traumatique et le stress permanent d'origine socio-professionnel et familial sidèrent l'appareil mental paralysant son fonctionnement ; la charge émotionnelle transite alors par l'organisation cénesthésique activant l'encodage neuronal des programmations établies durant les premiers mois de la vie. Nous pouvons alors être les témoins de l'apparition à terme de troubles somatiques. Pour mieux comprendre la façon dont l'organisation cénesthésique est programmée sur le plan neuronal, nous avons fait appel au concept de « marqueurs somatiques » du Pr. A. Damasio. Nous préférons les dénommer « marqueurs somatopsychiques ».

– Pensée opératoire – Vie opératoire –

Notions de pensée et de vie opératoire chez Pierre Marty : La notion de vie opératoire se substitue en 1980 à celle de pensée opératoire pour mieux tenir compte de la réduction de la pensée face à l'importance des comportements. Les représentations sont pauvres, répétitives, marquées du sceau de l'actuel et du factuel. On est en présence d'une réduction de l'individu à une certaine uniformité sociale. Des comportements liés à l'origine aux instincts et aux pulsions tels que l'alimentation, le sommeil, les activités sexuelles et agressives demeurent réduites à l'état de fonctionnement automatique. Les désirs ont disparu pour seulement laisser la place à la satisfaction des besoins isolés les uns des autres.

La pensée opératoire est en résumé une pensée consciente, sans liaison avec des mouvements fantasmatiques appréciables. Elle double et illustre l'action : « j'ai pris mon petit-déjeuner, je fais ma toilette puis j'irai au travail ».

Le patient opératoire : « Le patient taciturne parfois accoutumé aux consultations médicales procède automatiquement, sans insight, en présentant l'actualité de sa symptomatologie immédiate. On ne perçoit ni restrictions verbales ou diversions, on ne rencontre ni associations d'idées, ni traces d'identifications même partielles au consultant. Le verbe paraît privé de sa substance, réduit presque à une activité vocale exprimant des constatations, des affects ou des représentations apparemment rudimentaires qui concernent quelques réalités de l'heure ». Pierre Marty, L'ordre psychosomatique. (p.97)

Caractéristiques : À la suite de chocs traumatiques (stress) les victimes refuseront plus tard d'abandonner ces traits de caractère, moyen de leur survie, même quand ils ne leur sont plus utiles. La « paralysie » des sentiments évoquée dans les publications sur l'holocauste se réfère à ce mécanisme. Des réactions socioculturelles ou psychodynamiques sous forme d'usage excessif de mécanisme de déni ou de régression peuvent également être à l'origine d'une alexithymie secondaire.

GLOSSAIRE

– Retournement sur soi –

Le retournement sur soi et le renversement dans le contraire font partie de ce que Freud appelle les destins des pulsions à côté du refoulement et de la sublimation. Alors que dans le renversement dans le contraire le processus concerne le but de la pulsion, avec le retournement sur la personne propre ou sur soi le processus concerne l'Objet de la pulsion. Freud illustre par deux exemples ces deux processus : celui du sado-masochisme et celui du voyeurisme-exhibitionnisme. Le renversement du sadisme dans le masochisme implique à la fois le passage de l'activité à la passivité et une inversion des rôles entre celui qui inflige et celui qui subit les souffrances. Les deux processus peuvent évidemment fonctionner dans le sens opposé : transformation de la passivité en activité, retournement à partir de la personne propre sur autrui.

– Renversement dans le contraire –

Cf. retournement sur soi.

– Soi grandiose –

Heinz Kohut : « l'équilibre du narcissisme primaire est troublé par les lacunes inévitables des soins maternels, mais l'enfant rétabli la perfection initiale :

a- en établissant une image grandiose et exhibitionniste du soi : le Soi grandiose

b- en abandonnant la perfection antérieure à un Soi-Objet transitionnel admiré et omnipotent : imago parentale idéalisée. Le terme de Soi grandiose sera désormais utilisé dans ce travail au lieu de Soi narcissique utilisé auparavant pour désigner la structure basée sur des fantasmes de grandeur et d'exhibitionnisme qui est la contrepartie de l'imago parentale idéalisée. Selon moi, le narcissisme ne se définit pas par le lieu de l'investissement instinctuel (que ce lieu soit le sujet lui-même ou un Objet) mais par la nature ou la qualité de la charge instinctuelle elle-même. Le petit enfant, par exemple, investit les autres de libido narcissique et les perçoit selon le mode narcissique, c'est-à-dire comme des Soi-Objets.

Dans les meilleures conditions, l'exhibitionnisme et le sentiment de grandeur du Soi archaïque s'atténue petit à petit et la structure tout entière s'intègre éventuellement dans la personnalité adulte pour fournir la charge instinctuelle nécessaire aux ambitions et aux visées syntones au Moi, à la capacité de prendre plaisir à ses activités et à des aspects importants de l'estime de soi.

Dans les mêmes circonstances favorables l'imago parentale idéalisée s'intègrent-elles aussi à la personnalité adulte. Un projectile comme le Surmoi idéalisé, elle devient une composante importante de l'organisation psychique en proposant son idéal comme modèle de conduite.

Si toutefois l'enfance subit de graves traumatismes narcissiques, le Soi grandiose ne se fond pas avec le contenu approprié du Moi, mais est conservé tel quel et s'emploie alors à réaliser ses buts archaïques.

De même si l'enfant est déçu de façon traumatique par l'adulte admiré, l'imago parentale idéalisée est-elle aussi conservée telle quelle, elle ne se transforme pas en structure psychique régulatrice de tension, mais demeure un Soi-Objet archaïque, transitionnel, requis pour le maintien de l'équilibre narcissique.

– Sublimation –

Le processus de sublimation consiste en une dérivation de la force pulsionnelle vers un nouveau but non sexuel où elle s'investit ; Freud a décrit comme activités de sublimation principalement l'activité artistique et l'investigation intellectuelle. On ne doit pas exclure les activités sociales et culturelles ainsi que les activités politiques ; toute activité à but non sexuel. Il est important d'examiner pour chaque patient sa capacité à mettre en œuvre des activités de sublimation pulsionnelle.

À propos de la création et du développement scientifique de cet instrument méthodologique

Cet instrument de diagnostic psychosomatique a été développé à partir de mes recherches sur le stress professionnel entreprises dès 1980 ; celles-ci ont fait l'objet de nombreuses publications nationales internationales, plus particulièrement avec le Pr. Cary Cooper de l'Université de Manchester et avec un groupe de chercheurs appartenant à 24 pays de la planète. J'ai rejoint en 1984 Pierre Marty à l'Institut de Psychosomatique qu'il avait créé en 1978 ; et j'ai entrepris, à ses côtés, à partir de 1987 des recherches sur la classification psychosomatique qu'il avait développée en 1987. J'ai publié conjointement avec lui les résultats de certaines de nos recherches, et après son décès, j'ai poursuivi l'application de cette classification aboutissant à des publications dans des revues psychiatriques. L'application de cette classification m'a conduit à la conclusion que la classification P. Marty était incomplète et ne pouvait être utilisée en l'état par les médecins et psychologues en vue d'en faire une méthode de diagnostic psychosomatique et une méthode de recherche épidémiologique. Pierre Marty possédait une expérience clinique considérable qu'il n'avait pas encore intégrée dans les prémisses de sa classification.

J'ai eu recours pour mes recherches à de nombreuses classifications, et j'ai fini par établir la présente méthode dont j'ai utilisé une première ébauche pour évaluer le risque plus ou moins grand de rejet de patients greffés du cœur. Ma publication constitue aujourd'hui un chapitre de l'ouvrage de cardiologie publié par le service de greffes cardiaques de La Pitié-Salpêtrière.

Cette méthode permet d'établir un diagnostic et une stratégie de suivi psychothérapique. Je sais que les analystes sont opposés à de telles recherches, mais du vivant de Pierre Marty et par la suite nos publications ont prouvé que c'était possible. La recherche épidémiologique n'a pas d'objectifs thérapeutiques, mais des objectifs de comparaison de structures de fonctionnement psychique et psychosomatique permettant d'établir les facteurs de vulnérabilité des patients en vue d'évaluer leur fonctionnement psychosomatique, et par conséquent leurs facteurs de risque dans les dimensions psychiques et somatiques.

Tout patient observé (anamnèse) doit d'abord être replacé dans les trois dimensions dans lesquels l'être humain est inscrit, suivant en cela le modèle développé à Boston par le Pr. Engel : modèle bio-psycho-social.

Je me réfère aussi :

- 1- au modèle de l'appareil psychique de la métapsychologie de S. Freud, 1^{ère} et 2^e topique, articulée selon la proposition théorique de Pierre Marty de l'intégration du 2^e temps du stade anal ; de même je retiens la théorie des pulsions de S. Freud en insistant sur le mécanisme d'intrication et de désintrication (j'insiste particulièrement sur la deuxième théorie des pulsions, pulsions de vie, pulsions de mort) ;
- 2- pour une étude plus précise des étapes de développement prégénital, modèle de Mélanie Klein, Metzler, Winnicott, Bion, Joyce McDougall, É. Kestemberg ;
- 3- pour le narcissisme, les contributions surtout de Kohut (Soi grandiose et Idéal du Moi), de Grunberger et d'André Green ;
- 4- pour le masochisme, les contributions de Freud et plus récemment l'important travail de B. Rosenberg.

Cette liste n'est pas exhaustive. Cf. bibliographie de mes ouvrages. J'ai aussi pris en considération l'approche génétique qui considère les points de fixations régressions, ainsi que les approches topiques, dynamiques et économiques (S. Freud).

Je prépare un complément de la méthode afin d'y introduire la dimension des neurosciences à laquelle je me réfère dans mon enseignement et dans mon dernier ouvrage : La Neuropsychanalyse (MJW-Fédition, 2011). J'ai l'intention en complément des travaux de R. Spitz et D. Stern d'introduire les concepts de structures psychosomatiques ou somatopsychiques (cf. dernier chapitre de mon ouvrage).

J.B. Stora, octobre 2012, dernière version.

ANNEXE CODE CIM-9-MC

La Classification internationale des maladies, dont l'appellation complète est Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (en anglais : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), est publiée par l'[OMS](#) pour l'enregistrement des causes de [morbidité](#) et de [mortalité](#) touchant les êtres humains à travers le monde.

La désignation usuelle abrégée de « Classification internationale des maladies » est à l'origine du sigle couramment utilisé pour la désigner : « la CIM » (en anglais : ICD).

La CIM permet le codage des maladies, des traumatismes et de l'ensemble des motifs de recours aux services de santé.

Elle a été conçue pour « permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions à des époques différentes » (volume 2 p. 2). Son histoire a commencé avec la Classification des causes de décès de [Jacques Bertillon](#) (1893). Cette classification a fait l'objet de cinq révisions décennales jusqu'en 1938. À la création de l'OMS en 1945, celle-ci se vit confier l'évolution et la mise à jour de la classification de Bertillon. La sixième révision devint en 1948 la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès : elle cessait en effet de ne répertorier que les causes de décès pour s'intéresser de façon plus générale à la morbidité.

Les travaux pour l'élaboration de la dixième révision (CIM-10, en anglais : ICD-10) – actuellement utilisée (2006) – ont commencé en 1983 et ont été achevés en 1992. La CIM-9 ayant vu le jour en 1975, la CIM-10 a rompu le rythme décennal des révisions. L'un des motifs en est l'importance des modifications effectuées. L'OMS avait prévu que les révisions décennales seraient remplacées par des [mises à jour](#). La première a été publiée en 1996, suivie d'autres selon un rythme annuel.

Les affections (symptômes, maladies, lésions traumatiques, empoisonnements) et les autres motifs de recours aux services de santé sont répertoriés dans la CIM avec une précision qui dépend de leur importance, c'est-à-dire de leur fréquence et de l'intensité du problème de santé public qu'ils posent (par exemple, le chapitre des maladies infectieuses est le plus gros et le plus détaillé parce que ces maladies sont la première cause mondiale de morbidité et de mortalité).

La CIM est une classification statistique et mono-axiale. Elle est statistique en ce sens que l'entité faisant l'objet d'un codage ne peut être attribuée qu'à une et une seule catégorie de la classification. Cela découle des règles de codage pour le choix de l'affection principale ou de la cause de mortalité. Elle est mono-axiale en ce sens que chaque entité (maladie) ne correspond qu'à un seul code, les ambiguïtés de classement étant levées par les règles d'exclusion. La CIM attribue aux entités répertoriées un code alphanumérique comportant trois à cinq caractères.

La CIM-10 comprend trois volumes, publiés respectivement en 1993 (vol. 1), 1995 (vol. 2) et 1996 pour le vol. 3.

Volume 1

Il est essentiellement constitué par la Table analytique de la classification.

La table analytique comporte vingt-deux chapitres depuis 2006, du fait de sa plus récente mise à jour ; elle en comptait vingt et un auparavant. Chaque chapitre est divisé en catégories affectées d'un code à trois caractères, par exemple : asthme J45. La majorité des catégories propose un niveau de détail supplémentaire ou sous-catégorie dont le code est précisé par un quatrième caractère (séparé des trois premiers par un point), par exemple : asthme allergique J45.0.

Les vingt-deux chapitres avec l'indication des codes des première et dernière catégories qu'ils contiennent sont les suivants :

Chapitre	Codes	Titre
I	A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires
II	C00-D48	Tumeur
III	D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
IV	E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
V	F00-F99	Troubles mentaux et du comportement
VI	G00-G99	Maladies du système nerveux
VII	H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes
VIII	H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
IX	I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire
X	J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire
XI	K00-K93	Maladies de l'appareil digestif
XII	L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
XIII	M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
XIV	N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire
XV	O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité
XVI	P00-P96	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
XVII	Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
XVIII	R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
XIX	S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
XX	V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité
XXI	Z00-Z99	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
XXII	U00-U99	Codes d'utilisation particulière

Seuls les vingt et un premiers chapitres sont aujourd'hui présents dans l'édition papier de la CIM-10. Le chapitre XXII est accessible en anglais sur le site Internet de l'OMS, avec l'ensemble des [mises à jour](#) faites depuis 1996. Il est aussi accessible avec les mises à jour, en français, sur le site de [l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#).

Morphologie des tumeurs : c'est une nomenclature anatomopathologique qui provient de l'adaptation de la CIM à l'oncologie.

Annexes du volume 1 :

- Listes spéciales pour la mise en tableau des causes de mortalité et de morbidité
- Définitions.

Volume 2

C'est le Manuel d'utilisation de la CIM. Il contient les règles et directives pour l'établissement des certificats de décès et pour le codage de la mortalité et de la morbidité.

Cet ouvrage est indispensable à la compréhension des règles de codage de la cause initiale de décès, de l'affection principale et des autres affections.

Enfin, le volume 2 contient un chapitre consacré à l'historique du développement de la CIM.

Volume 3

Il contient l'Index alphabétique de la table analytique du volume 1. L'ensemble fournit un thesaurus de quelque 14 790 entrées.

ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE DES TRANSPLANTÉS CARDIAQUES

JEAN BENJAMIN STORA⁶⁴

EXTRAIT DE L'OUVRAGE PARU CHEZ ODILE JACOB EN 2006 : « VIVRE AVEC UNE GREFFE, ACCUEILLIR L'AUTRE ». 200 PATIENTS GREFFES ONT ÉTÉ INVESTIGUÉS PENDANT 5 ANS PERMETTANT LA RÉDACTION DE CET OUVRAGE.

Le but de notre étude est d'évaluer les différents états émotionnels et psychiques de patients transplantés et de les comparer entre eux en vue de définir les différents profils de risque décelés par les paramètres psychologiques ; cette étude a aussi comme résultats d'établir la capacité d'adaptation à la nouvelle situation créée par la greffe et donc la qualité de vie des patients transplantés. Nous avons adopté l'approche de psychosomatique fondée sur la méthode développée depuis le décès de Pierre Marty : « Méthode d'évaluation de la santé psychosomatique (cf. article précédent La Classification Psychosomatique de Pierre Marty) à partir d'une première classification développée par Pierre Marty⁶⁵, le fondateur, au début des années soixante, de l'Ecole (psychosomatique) de Paris. Cette méthode⁶⁶ permet de comparer facilement les malades entre eux, de communiquer rapidement avec les spécialistes de la discipline et d'évaluer avec rigueur l'évolution des patients au cours des thérapeutiques. À la suite de nombreuses recherches effectuées dans les dernières années⁶⁷ nous avons complété cette méthode pour aboutir à une « [Grille Psychosomatique](#) » de 153 items (cf. article précédent MÉTHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE, Évaluation globale du risque psychosomatique) décrivant non seulement les différents paramètres du fonctionnement mental d'un individu mais aussi l'inscription du sujet dans ses dimensions sociales et somatiques ; nous avons ainsi adopté l'approche bio-psychosocial du Pr. Engel⁶⁸ car les seuls paramètres somatiques ne nous permettaient pas d'appréhender le fonctionnement dynamique d'un sujet et ses capacités de récupération post-opératoires.

APPROCHE METHODOLOGIQUE : LA « [GRILLE PSYCHOSOMATIQUE](#) ».

L'investigation psychosomatique permet de déterminer soit au cours d'un entretien d'une durée maximale de 90 minutes ou de deux entretiens la structure psychique du sujet, c'est-à-dire une organisation mentale résultant des processus de maturation psychosexuelle dans le cadre d'un environnement familial et prenant en considération les comportements, les émotions et les pensées dans leurs interrelations spécifiques. L'investigateur apprécie la psychodynamique conflictuelle du patient et son économie mentale, à savoir insuffisance mentale de l'appareil psychique avec facilité des désorganisations, irrégularités de fonctionnement mental – débordement momentané des possibilités d'élaboration par excès d'excitations ou répression de représentations mentales (suite par exemple à la transplantation ou à la réanimation), régressions, désorganisations au cours de dépressions essentielles. L'investigateur se pose les questions suivantes : « comment le patient est-il organisé et d'abord mentalement (notion de structure) ? comment a-t-il fonctionné et fonctionne-t-il ordinairement et moins ordinairement dans sa vie intime et relationnelle (notion de particularités habituelles majeures) ? comment est-il devenu somatiquement malade, quels changements sont intervenus en même temps ou précédemment dans sa vie intime et

⁶⁴ Service de Chirurgie cardio-vasculaire et Service d'Endocrinologie Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière 47-83, boulevard de l'Hôpital 75013 Paris

⁶⁵ Marty, P. *L'investigation psychosomatique*. 1963, Paris, PUF

Marty, P. *La psychosomatique de l'adulte*. 1990, Paris, PUF (Que sais-je ? n° 1850)

⁶⁶ Stora, J.B. Sémiologie psychosomatique. *Annales de Psychiatrie*, 1994, 9, n° 2, 117-124.

⁶⁷ Stora, J.B. Organisations mentales et maladies somatiques. *Annales de Psychiatrie*, 1995, 10, n°1, 5-11.

⁶⁸ Engel G.L. The need for a new medical model : a challenge for biomedicine, *Science*, 1977, 196, 4286, 129-136.

relationnelle ? À quelles références de sa vie antérieure (de sa petite enfance et de son enfance surtout) les évolutions des pathologies somatiques passées, récentes ou actuelles, peuvent-elles renvoyer ? »⁶⁹. Une fois l'investigation achevée il est possible de coder les items de la grille psychosomatique ; il va sans dire que seul un investigateur ayant une expérience clinique psychanalytique et psychosomatique, qu'il soit médecin ou psychologue, peut à l'heure actuelle remplir cette grille. Le ou la psychosomaticien-ne peut à présent utiliser le glossaire de termes scientifiques de la grille en vue d'une utilisation élargie, et d'une validation statistique. Les items de la Première Grille Psychosomatique (MARTY/STORA)⁷⁰ sont répartis en huit catégories :

- 1-particularités habituelles majeures regroupant des données symptomatiques ;
- 2-données comportementales et modes de pensée spécifiques ;
- 3-modes privilégiés d'expression des affects ;
- 4-données anamnestiques ;
- 5-caractéristiques actuelles majeures concernant le fonctionnement mental et le mode de vie actuel ;
- 6-données de l'environnement familial et socioprofessionnel ;
- 7-fixations psychosomatiques ;
- 8-données du comportement post-opératoire : confirmation de l'état pré-opératoire, disparition de symptômes ou apparition de nouveaux symptômes.

Une fois la grille remplie, il est possible de remplir la dernière partie qui est l'établissement du diagnostic psychosomatique. Dans le cadre de ce travail de recherche et, sur les conseils du Dr. Richard Dorent, nous avons retenu quatre paramètres somatiques : le poids du patient, le nombre de rejets de la greffe, l'existence d'un cancer, la présence de maladies coronaires. Le modèle de fonctionnement psychique est le modèle de l'appareil psychique de S. Freud combiné avec le modèle développé en psychosomatique Intégrative ; les items se réfèrent donc à des concepts métapsychologiques des phases archaïques et prégénitales du développement dans leurs relations avec les organes et fonctions somatiques. Dans la suite des études épidémiologiques précédentes, il s'agit de la première étude consacrée au risque psychique dans les greffes d'organe.

Nous sommes conscients des critiques que pourraient développer les psychanalystes à notre rencontre surpris de constater qu'il est possible d'étudier les fonctionnements psychiques de plusieurs patients et de les comparer entre eux ; je rappelle (cf. article précédent Recherche Épidémiologique (1989)) que nous avons lancé avec Pierre Marty une étude pionnière sur près de 321 patients. Nous reprendrons les arguments de celui-ci vis-à-vis de ceux qui seraient opposés par une telle démarche : cette classification engage la Psychosomatique d'inspiration analytique dans une voie scientifique puisqu'elle révèle les incertitudes d'appréciation du fonctionnement psychique (au niveau symptomatique immédiat et au niveau conceptuel) en forçant les psychosomaticiens à les reconnaître ; de plus la numérotation des items et leurs traitements statistiques inciteraient à penser dans un premier temps à une « déshumanisation de ses propres malades » alors que ceux qui utilisent la classification savent que ces chiffres combinés en formules multiples permettent de donner un sens aux psychothérapies ainsi qu'aux mesures préventives. La formule suivante « 122-211-271-291-623-624-802-805 »

⁶⁹ Marty, P. La classification psychosomatique, 1987, document de travail ronéotypé.

⁷⁰ Marty, P. *Grille MARTY-IPSO*, 1987. grille revue par Stora J.B, de 1994 à 2000 en vue de développer une méthodologie de recherches épidémiologiques d'inspiration psychanalytique et psychosomatique.

révèle des irrégularités de fonctionnement mental et le pronostic beaucoup plus sombre d'une maladie évolutive.

Les études actuelles sur la qualité de vie des transplantés cardiaques ne retiennent que peu de variables psychologiques et s'attachent soit à la dimension émotionnelle⁷¹ sans définir la nature de l'émotion, ni le rôle joué par l'expression de l'émotion dans l'équilibre psychologique individuelle ; soit aux risques liés à la non-observance accroissant les risques de rejet aiguë dus à une dépression persistante (Odds Ratio, OR=4.67), à la manifestation de l'hostilité (OR=8.00), à la non-observance (OR=6.91) et à l'obésité (OR=9.92) ; le risque de mortalité étant accru si les transplantés satisfaisaient aux critères de l'échelle de désordre du stress post-traumatique (OR=13.74)⁷². Les concepts de dépression, d'hostilité sont trop généraux et vastes pour être significatifs ; nous ne savons pas de quel type de dépression il s'agit (dépression aiguë de type objectal, dépression essentielle, dépression narcissique, etc.) ni à la suite de quels évènements : transplantation, évènements familiaux, socioprofessionnels, etc. Quel est le rôle joué par la dépression dans le retour à l'équilibre mental ? Il en est de même pour les manifestations agressives ou la non-observance. Une phase dépressive post-opératoire est une étape nécessaire pour le passage à un autre état de fonctionnement ; cette dépression peut s'aggraver s'il y a réactivation d'un deuil pathologique par exemple ou n'être qu'une transition qui prendra fin dès que les mécanismes d'adaptation mentale se seront mis en place. Nous pensons qu'il existe trop d'imprécisions sur les concepts pour aboutir à des résultats pertinents. La méthode d'évaluation de la santé psychosomatique précise avec soin la nature de la dépression, son rôle dans l'économie mentale ainsi que les différentes formes de manifestation des pulsions agressives et leurs conséquences (décharges dans les comportements, manifestation du masochisme mortifère ou du masochisme gardien de vie).

⁷¹ Bunzel B., Laederach-Hoffmann K. Long-term effects of heart transplantation : the gap between physical performance and emotional well-being. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 1999 Dec ; 31 (4) :214-22.

⁷² Dew MA, Kormos RL, Roth LH, Murali S, Di Martini A, Griffith B.P. Early post-transplant medical compliance and mental health predict physical morbidity and mortality one to three years after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 1999 Jun ; 18(6) :549-62.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON ET METHODE P.L.S.

Nous avons observé dix patients transplantés dans le cadre de l'hôpital de jour du service de chirurgie cardio-vasculaire sur une période de sept mois. Il s'agit de huit hommes et deux femmes greffés entre 1987 et 1999, soit respectivement : 13 ans (1), 8 ans (1), 7 ans (2), 5 ans (1), 4 ans (2), et un an (3). L'âge des patients variait de 32 à 69 ans ; pour chaque patient nous avons établi en dehors des variables somatiques 75 notations bio-psycho-sociales en notant la présence (1) ou l'absence (0) de l'item observé. La difficulté principale de l'utilisation de la grille psychosomatique réside dans le savoir-faire clinique et sa transcription en notations.

Patient	Poids	Rejet	Cancer	Coron.	SF122	SF123	SF131
1	5,0	2	0	0	0	1	0
2	7,5	1	1	0	0	1	0
3	3,0	1	0	1	0	0	1
4	,0	2	0	0	0	0	1
5	7,0	2	0	0	0	1	0
6	16,0	1	0	0	1	0	0
7	6,0	1	0	0	0	1	0
8	,0	1	1	0	1	0	0
9	10,0	1	1	1	0	1	0
10	5,0	3	0	0	0	1	0

Variables somatiques et structures psychiques des dix patients. 79 données par patient observé.

Pour traiter les variables qualitatives nous avons le choix entre la régression sur composantes principales et la régression PLS (Partial Least Squares regression) ; nous avons préféré la régression PLS, car cette méthode conserve dans le modèle toutes les variables importantes. En effet lorsque, en régression multiple il y a multicollinéarité et/ou un nombre important de variables explicatives par rapport au nombre d'observations, la solution la plus courante consiste à exclure des variables explicatives par des méthodes de pas-à-pas. La régression PLS permet dans ces situations de conserver toutes les variables explicatives en obtenant une équation de régression cohérente. On peut aussi essayer l'analyse canonique lorsqu'il s'agit de relier un ensemble de Y_k à un ensemble de X_j . L'intérêt de cette méthode est souvent faible, car elle ne fait le plus souvent qu'isoler des couples à forte corrélation. Ainsi les variables canoniques expliquent une part qui peut être faible des variances des groupes de variables X et Y . Nous avons fait appel à notre collègue Michel Tenenhaus⁷³ qui a développé la méthode PLS pour les données qualitatives pour analyser notre échantillon. La régression PLS permet de relier un ensemble de variables dépendantes $Y = \{Y_1, \dots, Y_p\}$ à un ensemble de variables indépendantes $X = \{X_1, \dots, X_m\}$ lorsque le nombre de variables indépendantes et/ou dépendantes est élevé. La régression PLS consiste à effectuer une analyse en composantes principales de l'ensemble des variables X sous la contrainte que les (pseudo-) composantes principales de X_j soient aussi explicatives que possible de l'ensemble des variables Y . Il est alors possible de prédire les Y_k à partir des X_j en séparant mieux le signal – ce qui est synthétique, structuré, commun aux données – du bruit – ce qui est plus spécifique de l'échantillon de données étudiées⁷⁴. Notre travail s'appuie sur les recherches de Geladi et Kowalski (1986)⁷⁵, Glen, Dunn et Scott (1989)⁷⁶, et Wold (1989)⁷⁷.

⁷³ Tenenhaus, M. La régression PLS généralisée, *Cahier de Recherche n° 472*, Groupe HEC, 1993, Jouy-en-Josas.

⁷⁴ Tenenhaus M, Gauchi J-P, Ménardo C. Régression PLS et Applications. 1995, *Rev. Statistique Appliquée*, XLIII (1), 7-63.

⁷⁵ Geladi P, Kowalski B.R. Partial Least-Squares Regression : A Tutorial. *Analytica Chimica Acta*, 1986 ; 1, 185, 19-32.

⁷⁶ Glenn W.G, Dunn III W.J, Scott D.R ; Principal Components Analysis and Partial Least Squares Regression, *Tetrahedron Computer Methodology*, 1989, 2, 6, 349-376.

Dans le quadrant I de la Figure 1 la variable somatique « rejet » est à rapprocher des descripteurs psychologiques angoisses diffuses qui est révélateur de détresse analogue à la détresse des nourrissons sur le plan psychoaffectif impliquant désarroi, désespoir et surtout abaissement des défenses mentales ; à ce descripteur s'ajoutent celui de l'apparence masochique qui est un état de souffrance sans objet significatif d'un état de dépression essentielle, dépression décrite par les psychosomatiques comme annonçant un état de vie opératoire précédant dans le temps un état de désorganisation somatique pouvant entraîner la mort. Ces deux descripteurs et d'autres du quadrant I se conjuguent pour attirer notre attention sur la fragilité des patients situés dans ce quadrant ; notre prochaine figure répartira dans l'espace les dix patients étudiés et les classera en fonction de leurs profils de risque.

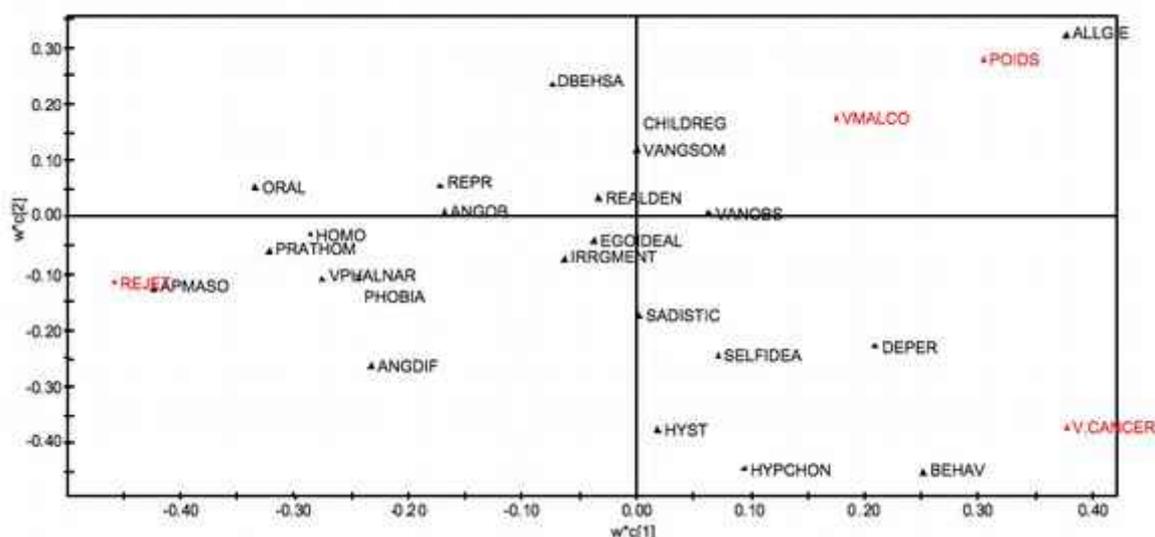


Figure 1 : Relations variables somatiques et descripteurs psychologiques

⁷⁷ Wold S. Multivariate Data Analysis : converting Chemical data Tables to Plots, in *Computer Applications in Chemical Research and Education*, 1989, Dr. Alfred Hüthig, Verlag, Heidelberg.

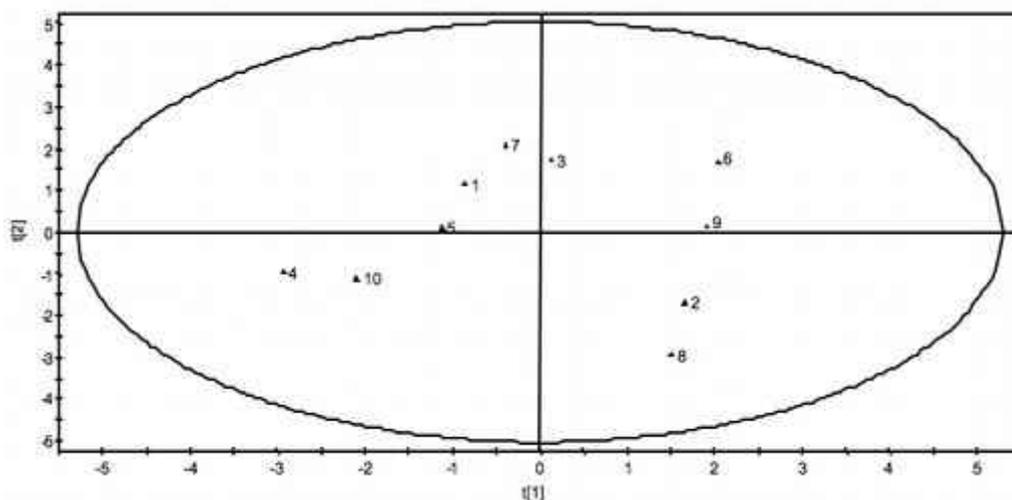


Figure 2 : Répartition des patients

L'analyse PLS regroupant variables somatiques, descripteurs psychologiques et patients nous permet de regrouper les patients dans la figure 2. Quatre profils de patients peuvent être établis lorsque nous rapprochons variables somatiques et descripteurs psychologiques : 1 – les patients à haut risque (patients 4 et 10) ; 2 – les patients à risque moyen (patients 5 et 1) ; 3 – les patients à risque faible (patients 7, 3, 8 et 2) ; 4 – les patients stables (patients 9 et 6).

Commentaires : les patients à haut risque (de type 1) ont à la suite de l'opération de transplantation présenté les particularités de fonctionnement mental suivantes : réactivation de deuils anciens non élaborés sous-jacents à la dépression actuelle faisant suite à la transplantation ; milieu familial instable, facteur de déstabilisation psychologique ; pas d'élaboration mentale ayant pour conséquence la décharge des tensions et excitations dans les comportements ; dépréciation narcissique (faible estime de soi) ; présence de la pulsion de mort due à la désintrication pulsionnelle conduisant à une désorganisation progressive mettant en jeu le pronostic vital ; enfin refus inconscient de la greffe relié à l'incapacité de faire le deuil de l'état antérieur.

Les patients à risque moyen (de type 2) ont eux aussi une réactivation de deuils anciens (nous communiquant leur façon de vivre la période post-opératoire) mais la présence d'une alliance psychique avec le cœur greffé (sous différentes formes : donner un nom, remerciement posthume au donneur, pensée quotidienne envers la famille du donneur, etc.) est un facteur favorable ; décharge des tensions dans les comportements renforçant l'image globale d'êtres qui sont repris après le succès de la greffe par leur passion du travail comme seul facteur d'équilibre psychologique ; ces addicts du travail ont aussi des satisfactions narcissiques (de valorisation de l'estime de soi) renforçant les pulsions d'autoconservation diminuant ainsi les risques de rejet ou les écartant tout au moins sur le plan psychologique. Les patients à risque faible (de type 3) au nombre de quatre font partie d'une catégorie de pleine et entière acceptation de la greffe ; le courant narcissique vital est fortement dominant renforçant le sentiment de toute-puissance de ces sujets mettant pour certains leur équilibre somatique en jeu. Il en est ainsi du patient 7 qui décharge ses tensions dans des conduites d'épuisement libidinal ; le patient 3 a un comportement voisin, mais la conscience de l'existence corporelle le met à l'abri des excès, par contre ce patient est de type alexithymique, c'est-à-dire absence d'expression des émotions. Les patients 8 et 2 sont tous deux addicts du travail (workaholic) ; ils ont des particularités narcissiques différentes avec prédominance d'un Idéal du Moi qui est le support psychique des systèmes de valeurs de l'autorité parentale dont il faut suivre les recommandations pour être aimé. 8 et 2 contrôlent fortement leurs pulsions agressives et répriment leurs manifestations émotionnelles négatives ; chez tous deux, présence d'un noyau

hystérique renforçant les pulsions de vie – relations de séduction. Les patients stables (de type 4) sont eux aussi caractérisés par une prédominance du narcissisme – estime de soi renforcée ; ce renforcement peut être expliquée par le retrait des investissements objectaux suite à la greffe et la nécessité de s’occuper plus de soi (hyp.). Ils ont un noyau hystérique qui se traduit dans la relation à autrui par leur capacité de convaincre – accroissement de l’insight ; meilleure mentalisation et intrication pulsionnelle qui sont des facteurs favorables à une stabilisation de l’état psychosomatique ; enfin présence de masochisme de vie et non pas de mort à l’opposé des patients 4 et 10 – ce type de masochisme permet de mieux vivre sa souffrance, de la dépasser en renforçant les résistances mentales.

CONCLUSION

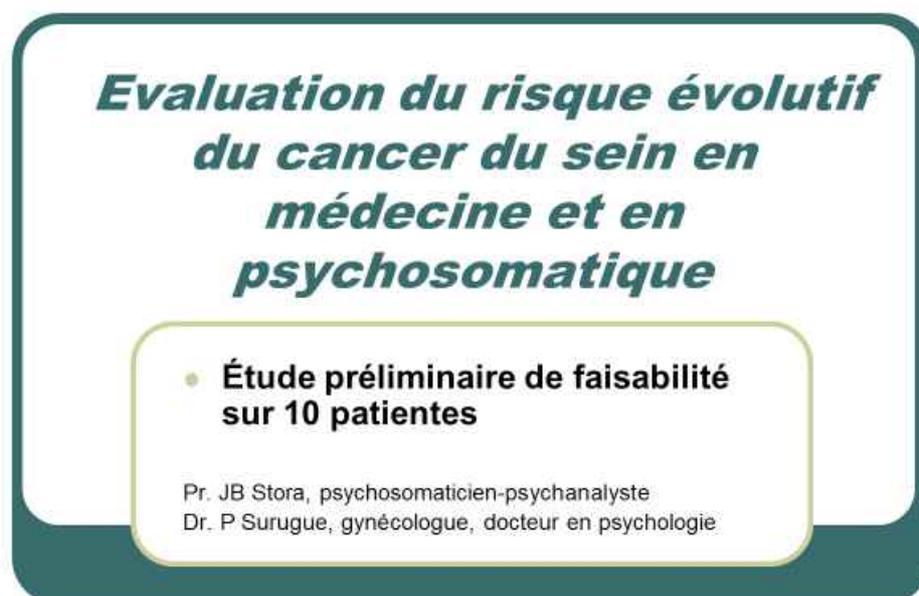
« C’est le plus beau cadeau de ma vie » nous a dit l’un de nos patients ou « on a un lien magique avec le donneur », nous a fait part un autre ; ces paroles, les pensées et sentiments les accompagnant donnent une dimension différente à notre étude par l’apport du vécu affectif, cette épaisseur du psychisme dont parle les psychanalystes psychosomaticiens, mais nous avons préféré dans le cadre de cette recherche nous attacher à l’utilisation de notre méthodologie en vue de la prévention et de l’amélioration des conditions de vie de nos patients. Cette méthode d’investigation permet d’identifier les patients vivant un état opératoire et traversant une phase de dépression essentielle après la transplantation ; ces états sont des indications de fragilité psychique et de danger de désorganisation somatique (patients 4 et 10). Nous proposons de recommander dans ces cas une aide psychothérapique immédiate en vue de soutenir les instincts de vie de façon complémentaire au traitement médical. Les patients bénéficiant d’une greffe cardiaque font face à des traumatismes importants qui pèsent fortement sur leur fonctionnement psychique dans la phase post-opératoire, mais il y a une inégalité entre les sujets. Les patients fragiles psychiquement du fait de leur fonctionnement antérieur vont passer par des phases dépressives nécessitant une aide psychologique ; d’autres, où les composantes d’estime de soi et de capacités relationnelles satisfaisantes (noyau hystérique) sont présentes, peuvent récupérer plus rapidement dans la phase post-opératoire et reprendre leur vie en s’adaptant psychiquement au nouvel état somatique. Ils pourront traverser une phase dépressive nécessaire à la mise en place du mécanisme d’adaptation mentale sans mettre en danger leur homéostasie. Il est fondamental à notre avis que les patients à haut risque soient identifiés précocement.

« On se trouve un jour devant un mur ; ce mur, c’est la mort, et après chacun trouve par la suite le chemin qu’il doit suivre... », nous a dit un de nos patients.

ÉVALUATION DU RISQUE ÉVOLUTIF DU CANCER DU SEIN EN MÉDECINE ET EN PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE

JEAN BENJAMIN STORA, DR. PASCALE SURUGUE

RECHERCHE PRÉSENTÉE PAR LES DEUX AUTEURS AU IV^o SYMPOSIUM DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE LE 21 SEPTEMBRE 2012.



INTRODUCTION : DES QUESTIONS

Objectif de cette présentation :

- > Certaines observations échappent au déterminisme biologique :
 - longue stabilisation, voire rémission de cancers réputés incurables et
 - inversement récidence rapide de petits cancers d'excellent pronostic.
- > Meilleure signature génomique ?
- > Structure psychique, organisation mentale ?
- > Cause/maladie et souffrance/sens ?

MÉTHODOLOGIE

Évaluation du risque médical

L'échelle de risque médical est évaluée en prenant en compte :

- antécédents familiaux,
- âge au diagnostic ;
- taille de la tumeur ;
- état des ganglions ;
- grade histologique ;
- récepteurs d'hormones RE-RP ;
- HERB2 ;
- 5, absence de risque, de 5 à 10, risque faible à modéré, de 10 à 15, risque modéré à élevé, 15 et plus, risque élevé à très élevé.

Évaluation du risque psychique

L'échelle de risque psychique est évaluée en prenant en compte :

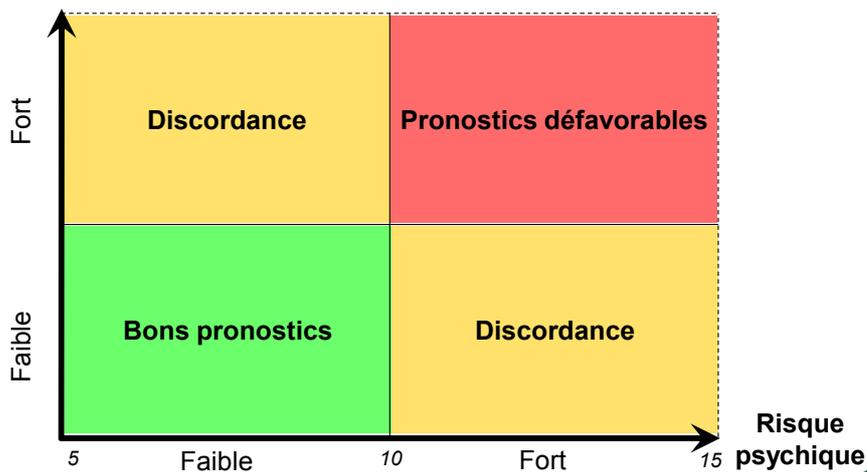
- processus et mécanismes psychiques au moment du cancer ;
- processus psychiques actuels ;
- prévalence des comportements ;
- capacité d'expression des affects ;
- risques liés à l'environnement.

APPROCHE DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE :

- évaluation du risque somatique selon l'approche médicale ;
- évaluation du risque lié au fonctionnement psychique, à l'expression des émotions, des comportements et de l'environnement familial et professionnel (grille élaborée par Jean-Benjamin Stora) ;
- évaluation du risque global.

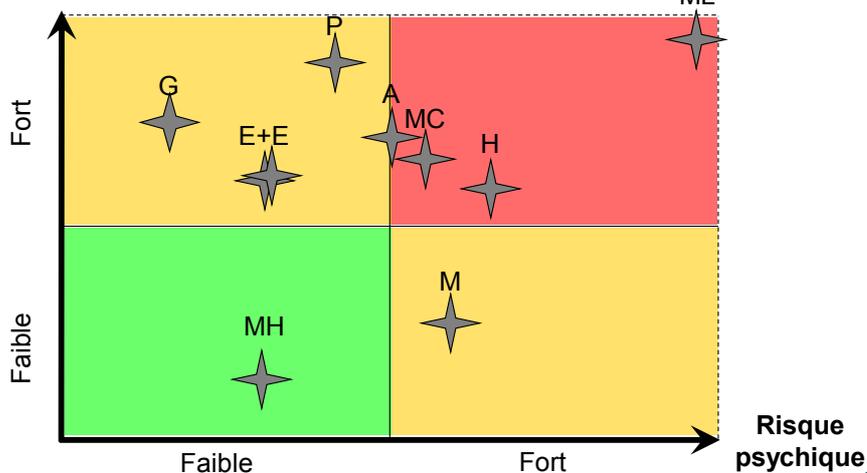
Méthodologie Grille de lecture

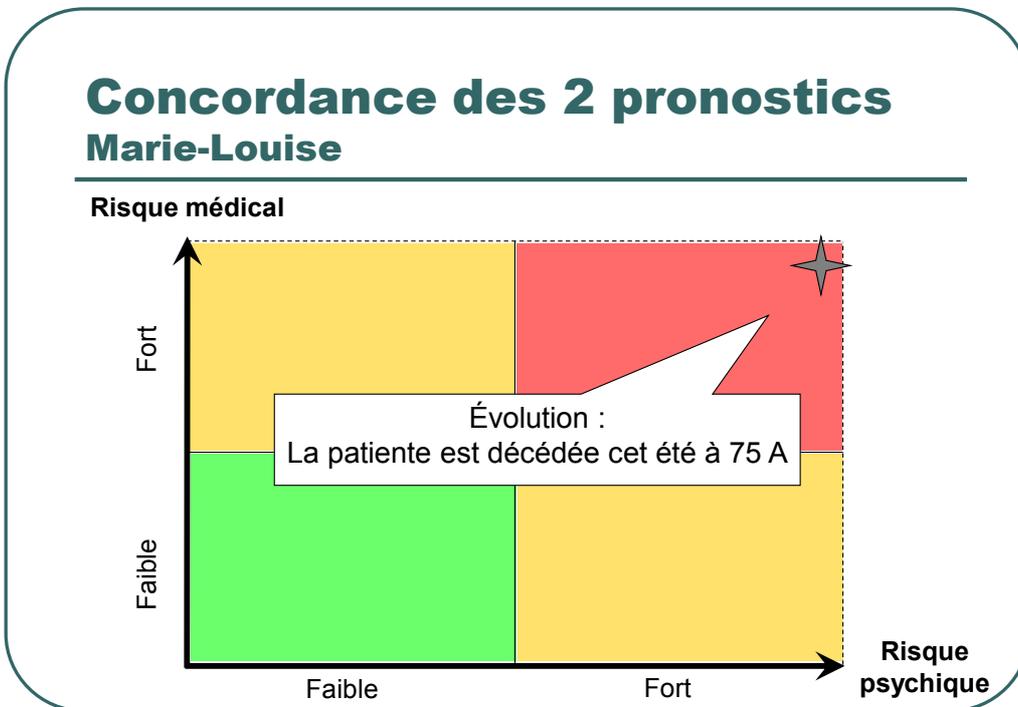
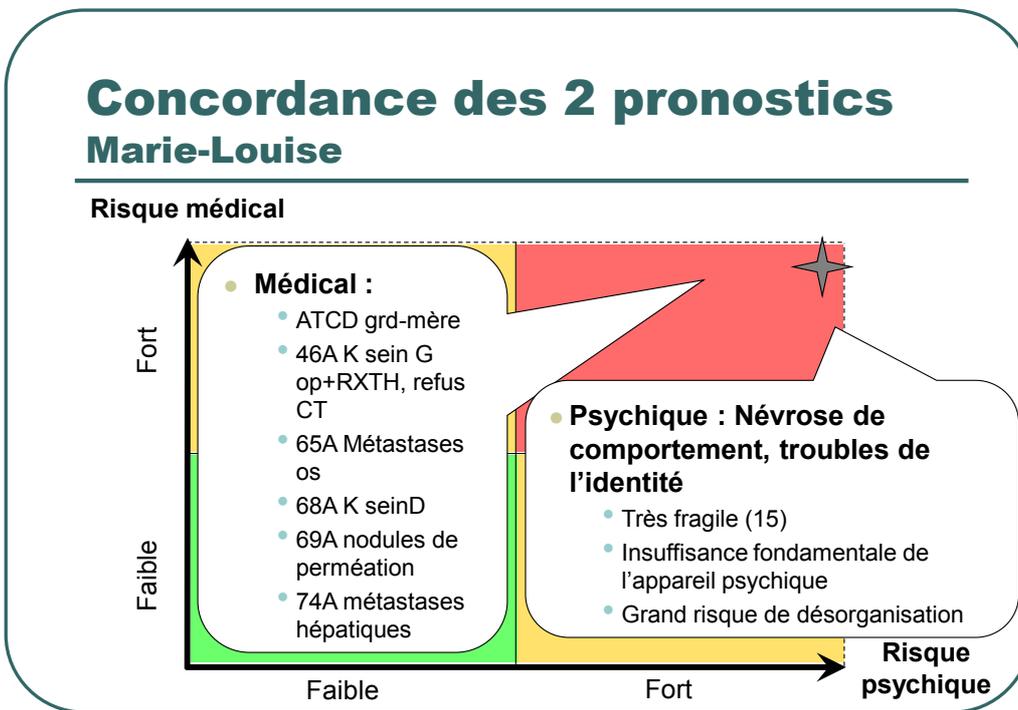
Risque médical

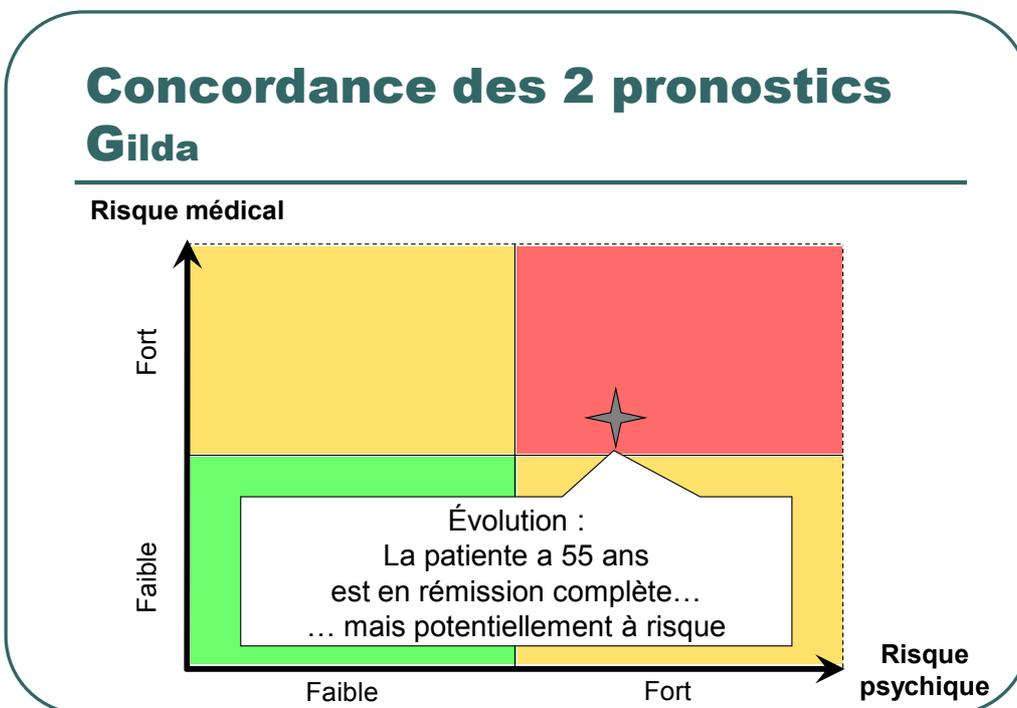
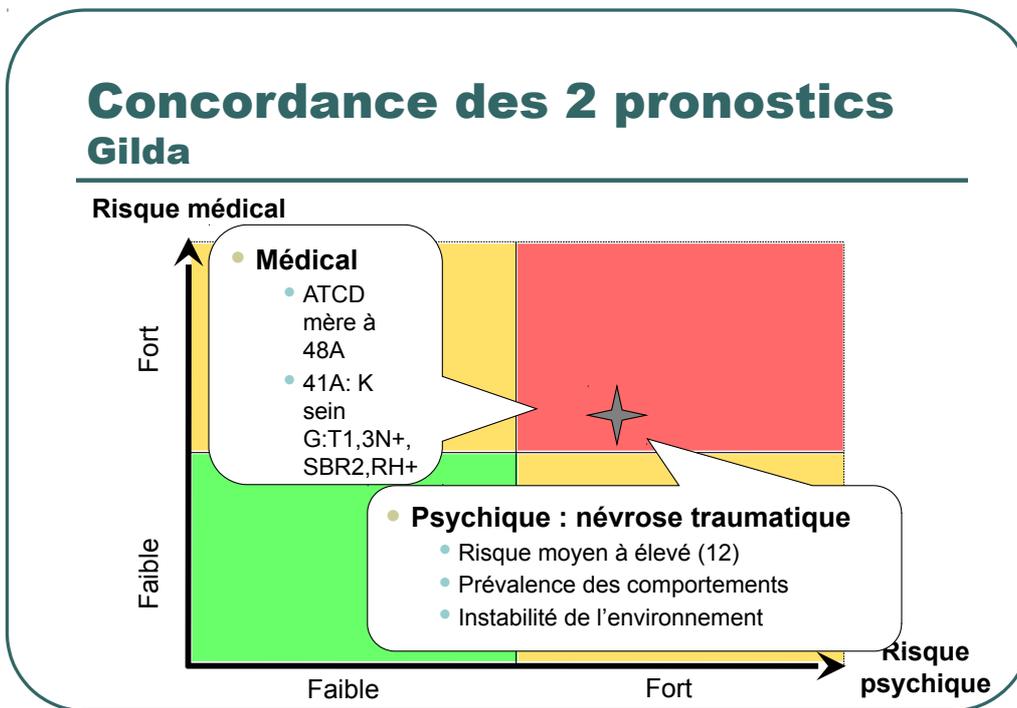


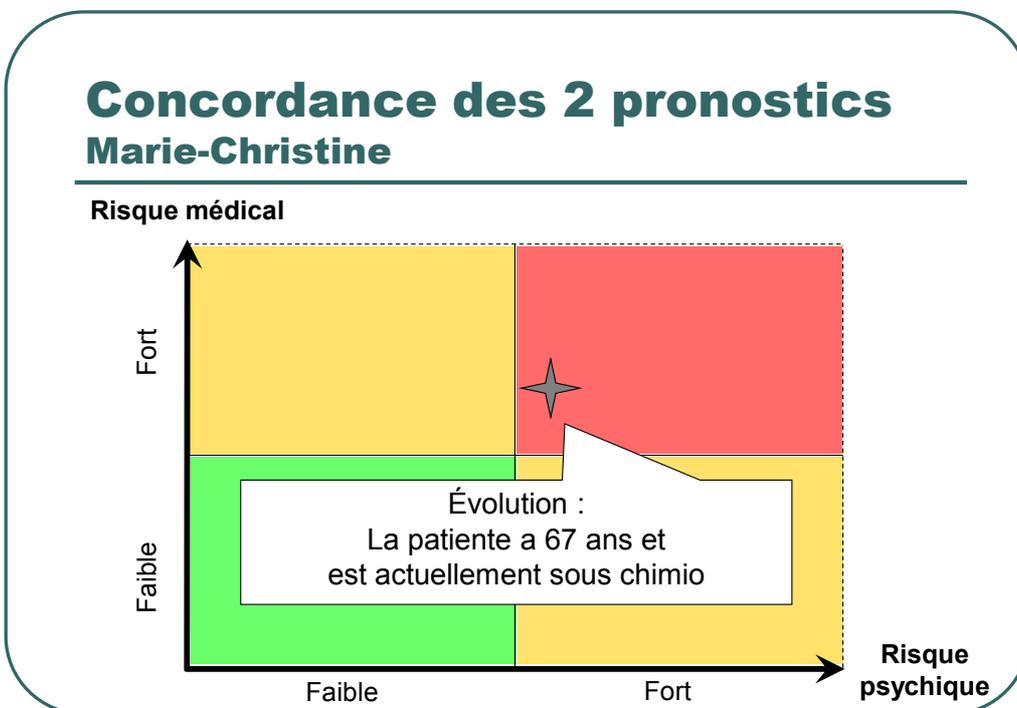
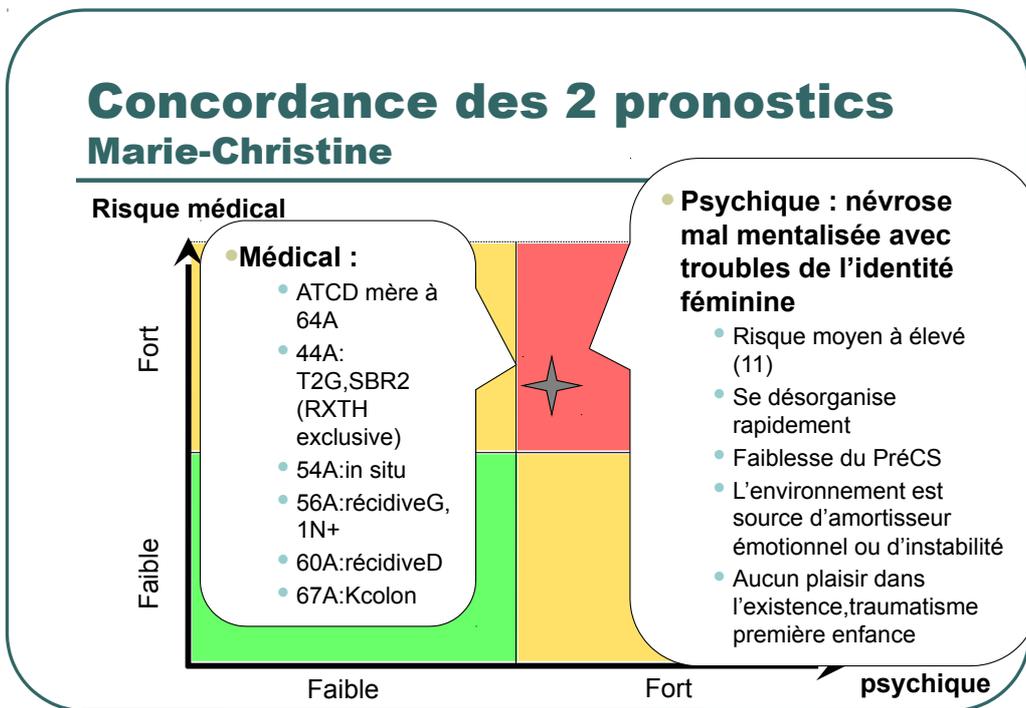
Résultats de l'investigation Évaluation actuelle

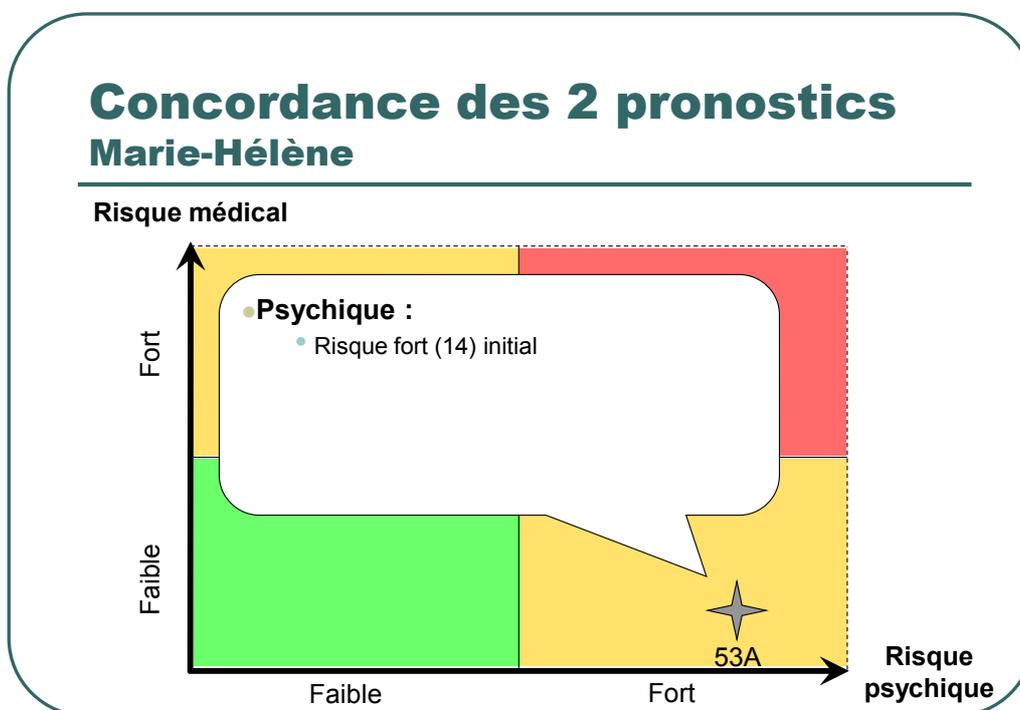
Risque médical

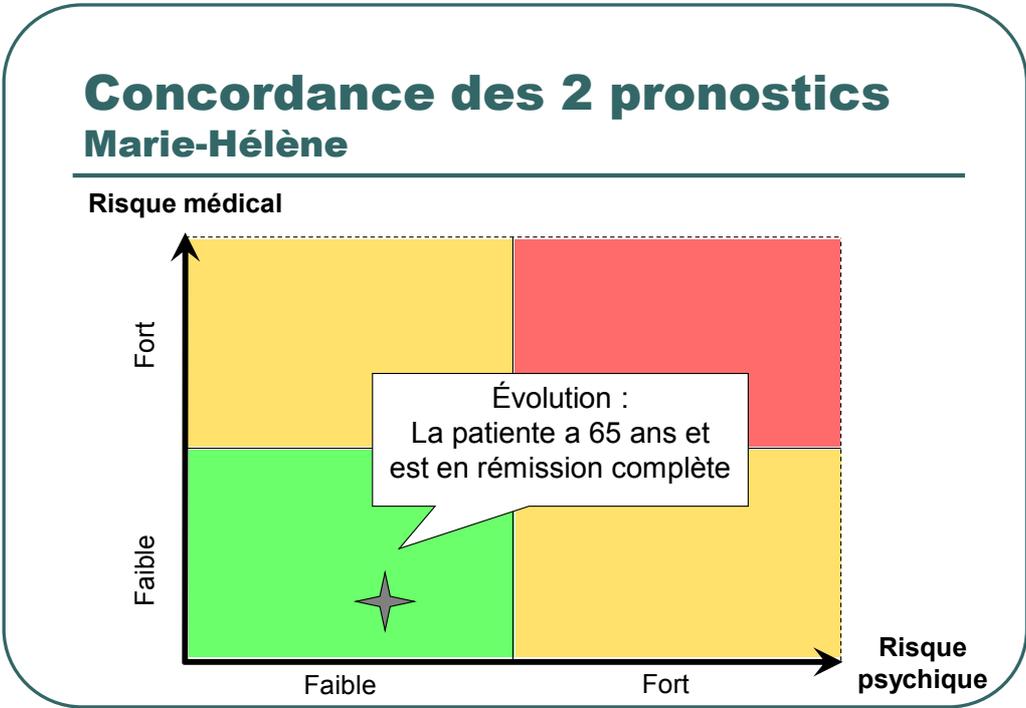
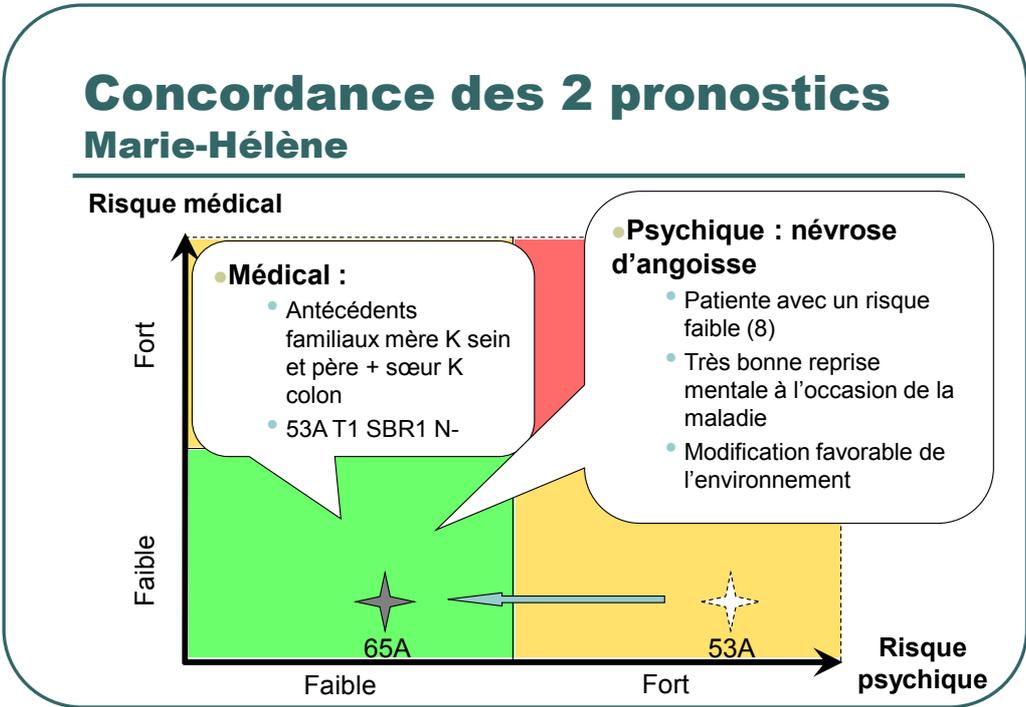


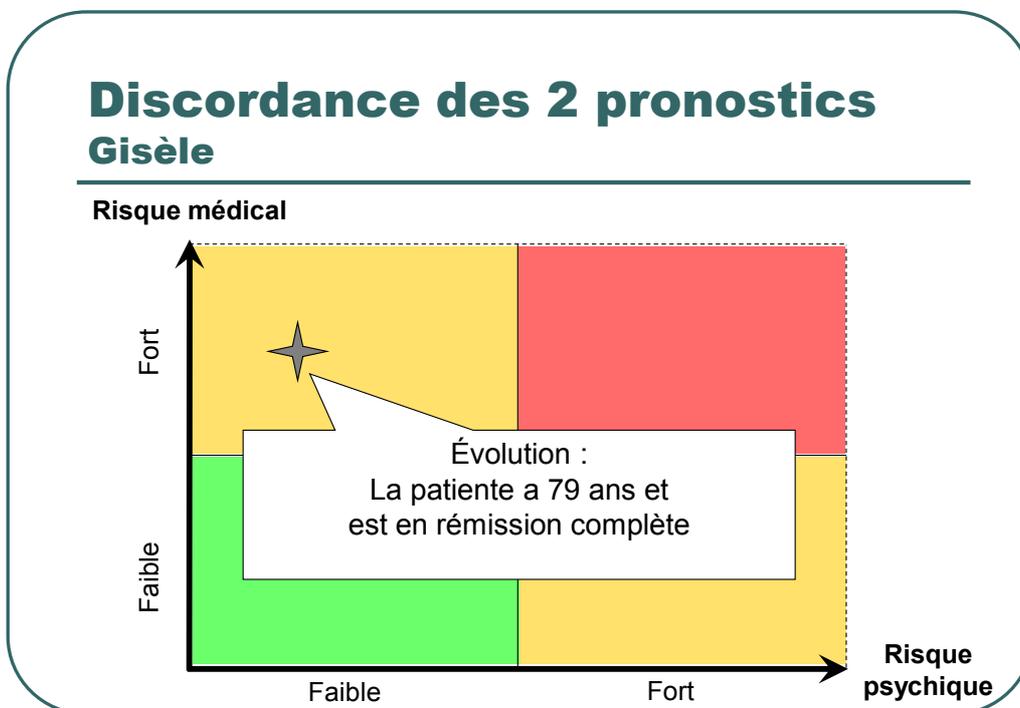
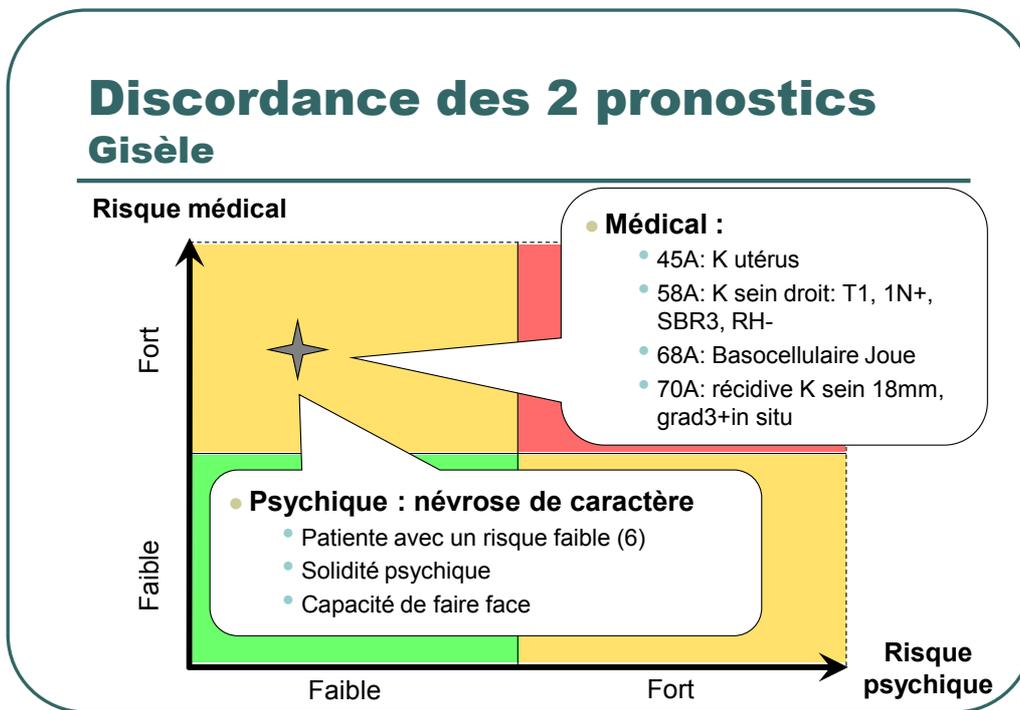


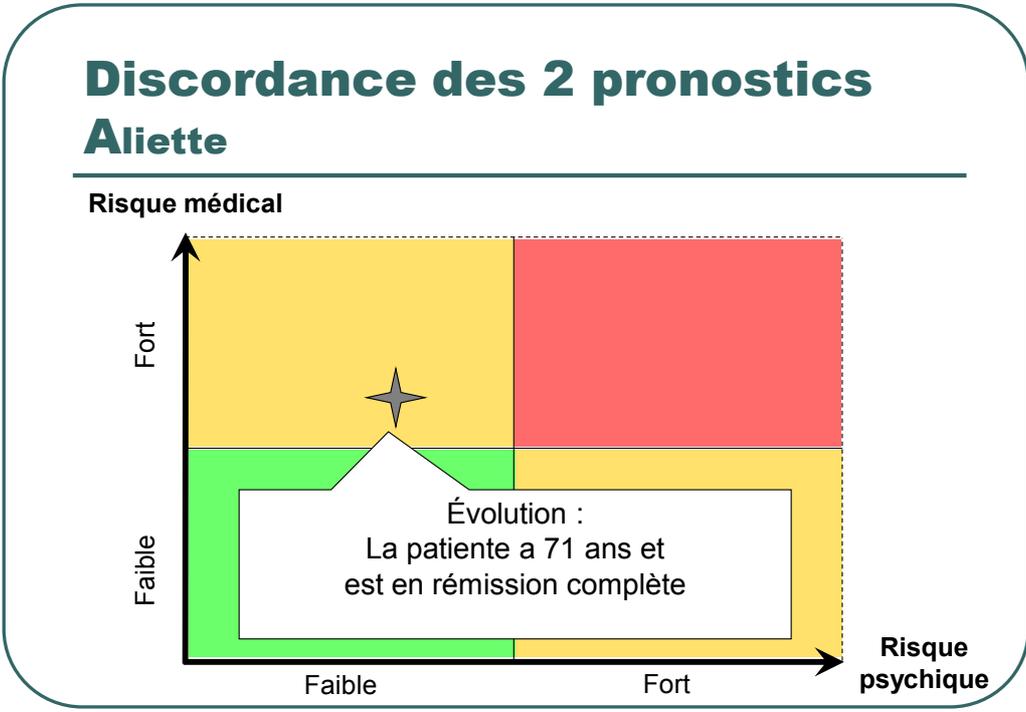
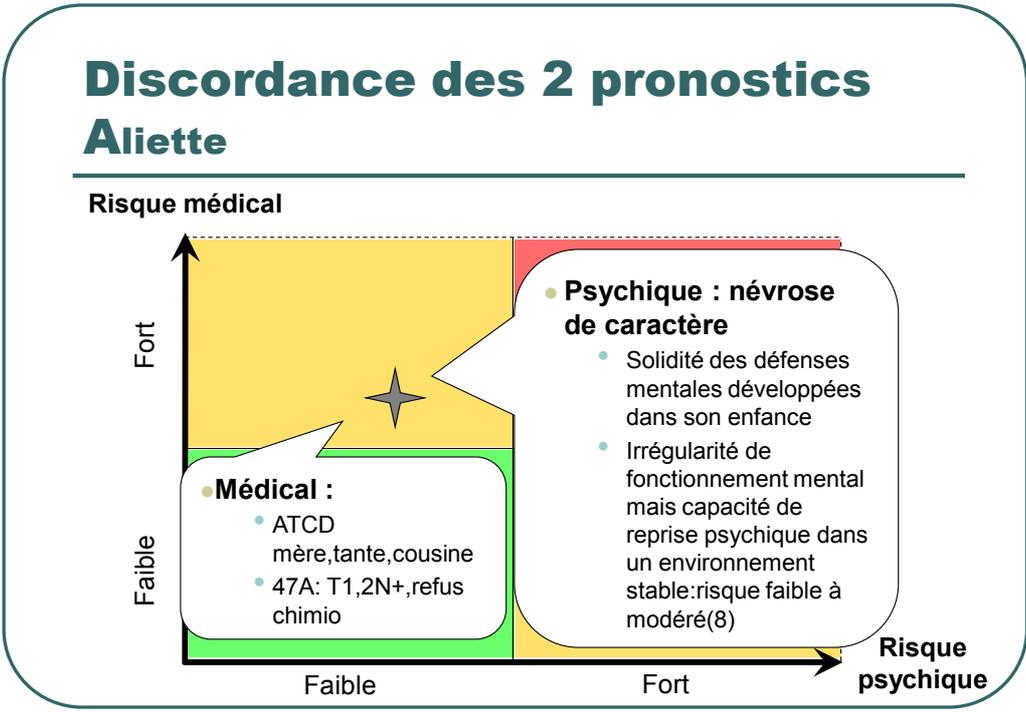


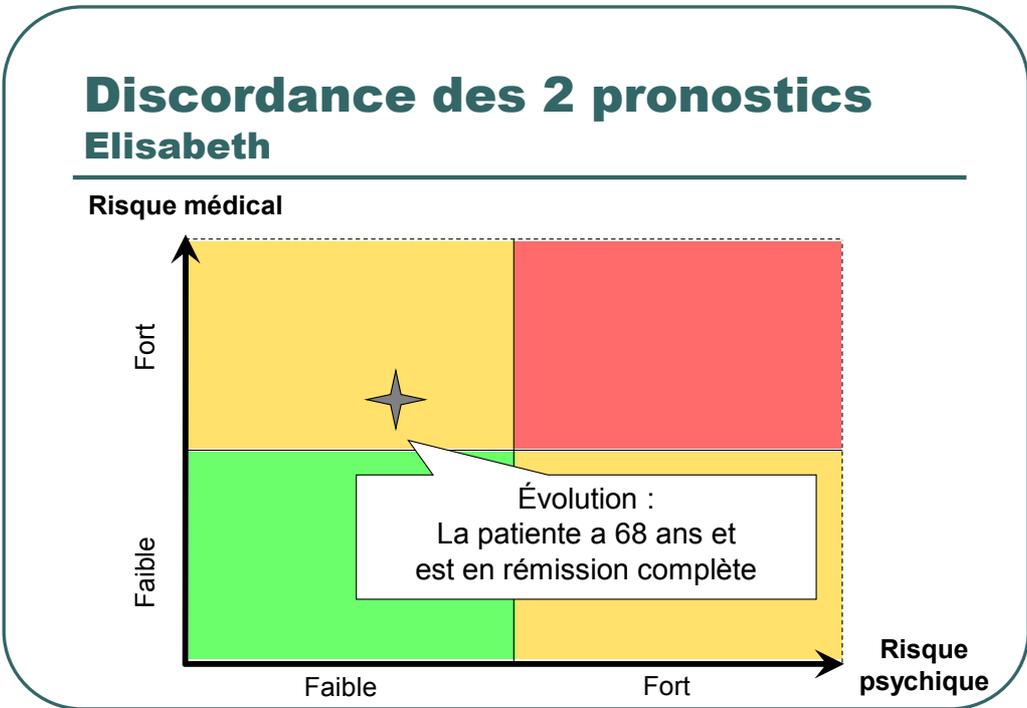
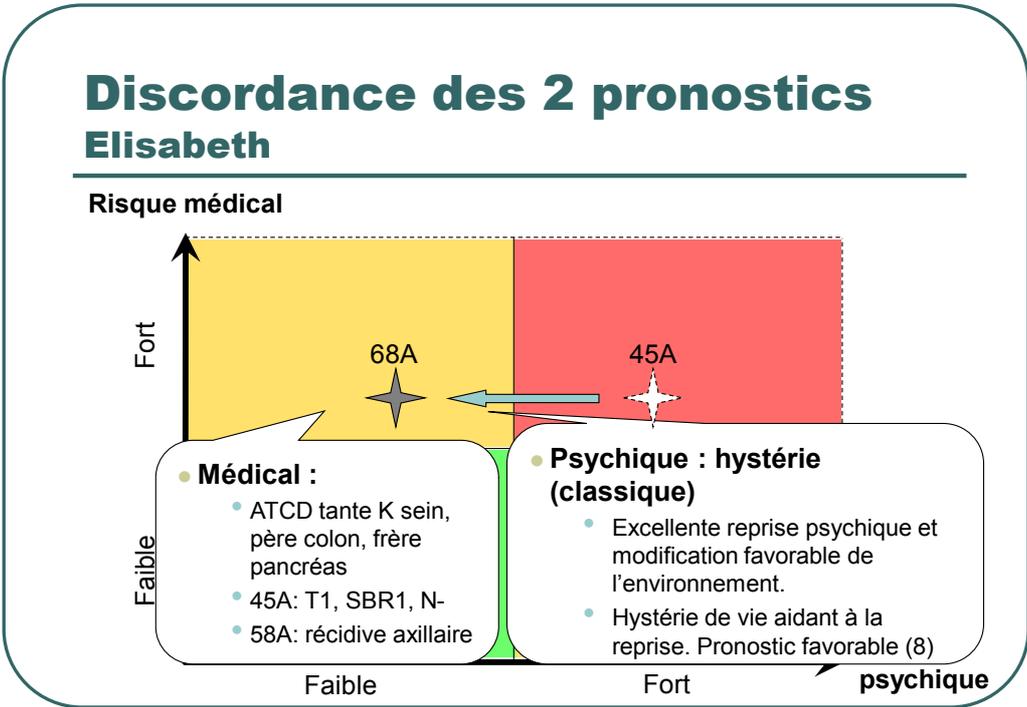


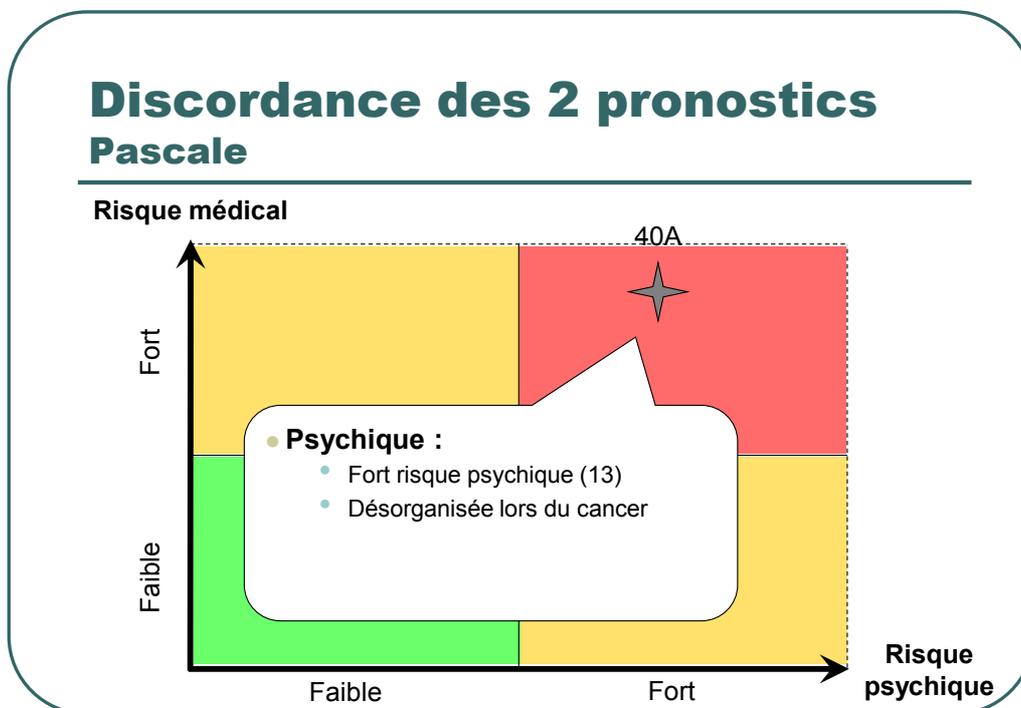


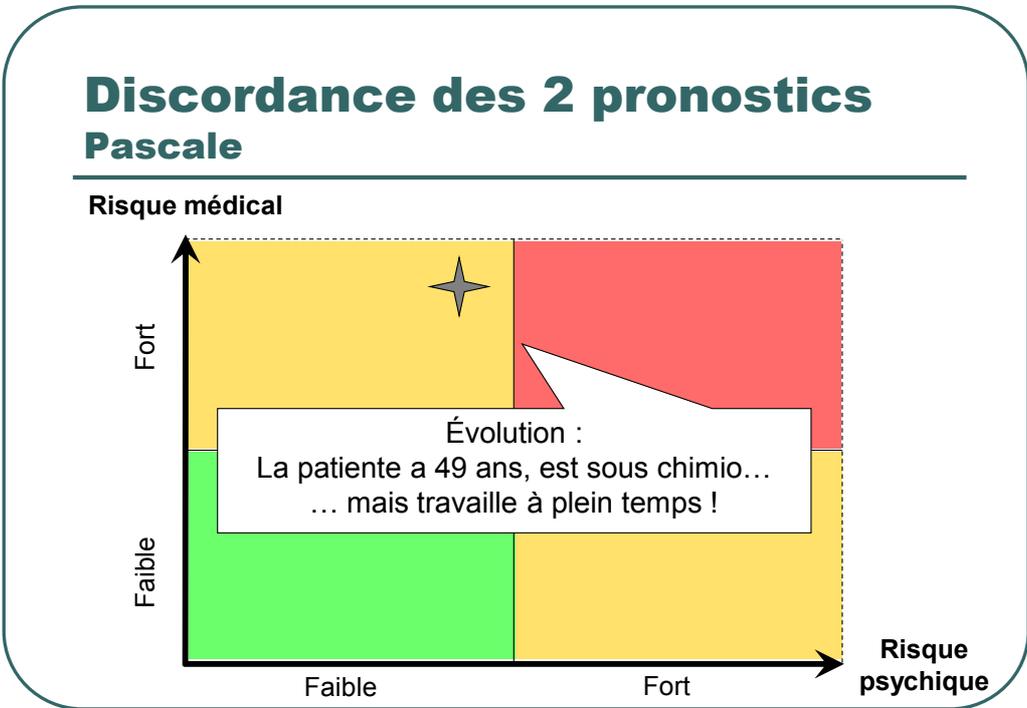
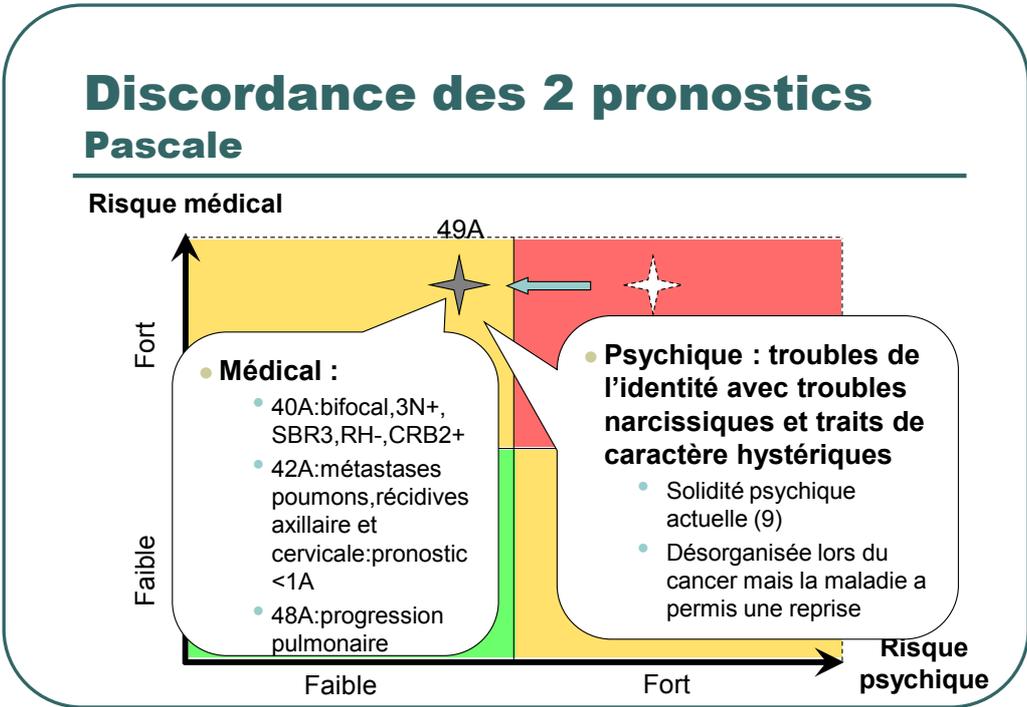


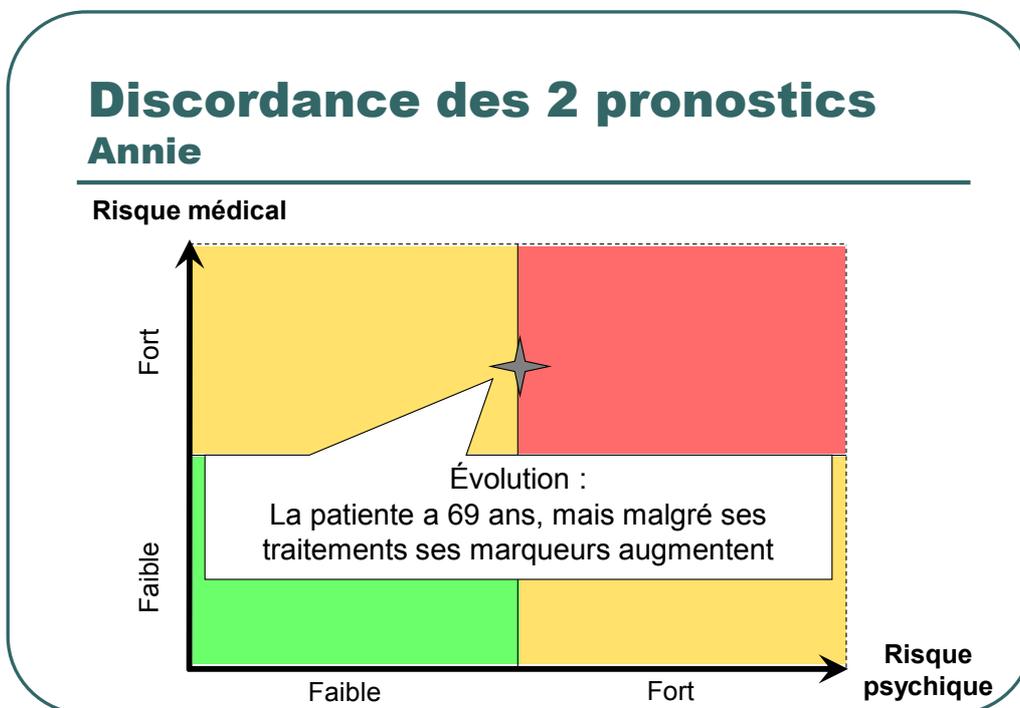
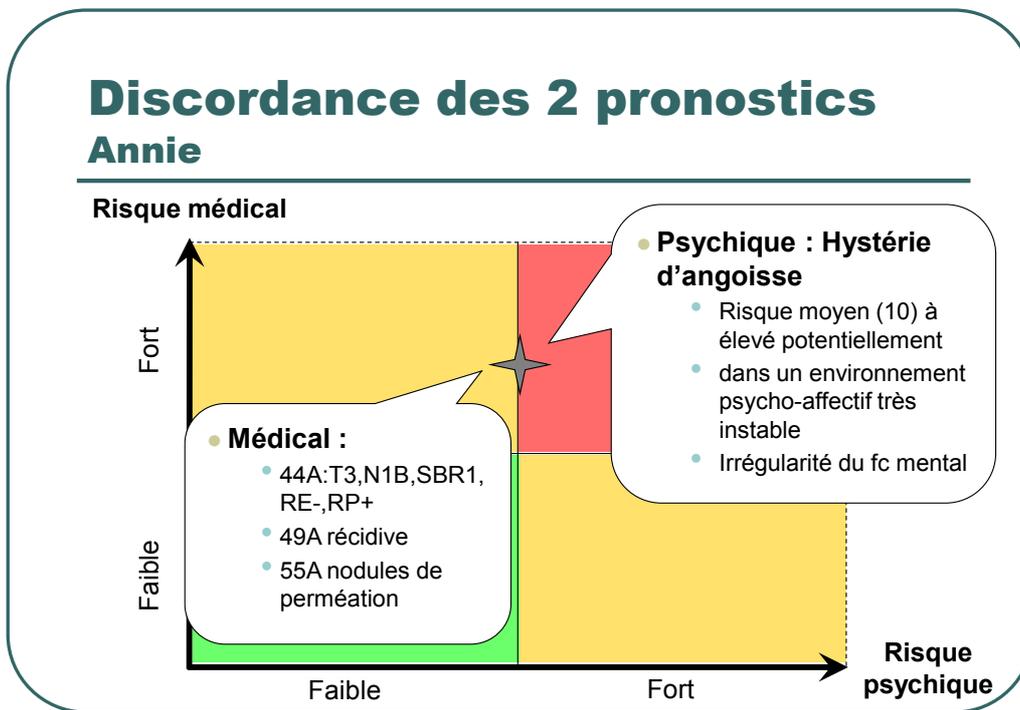


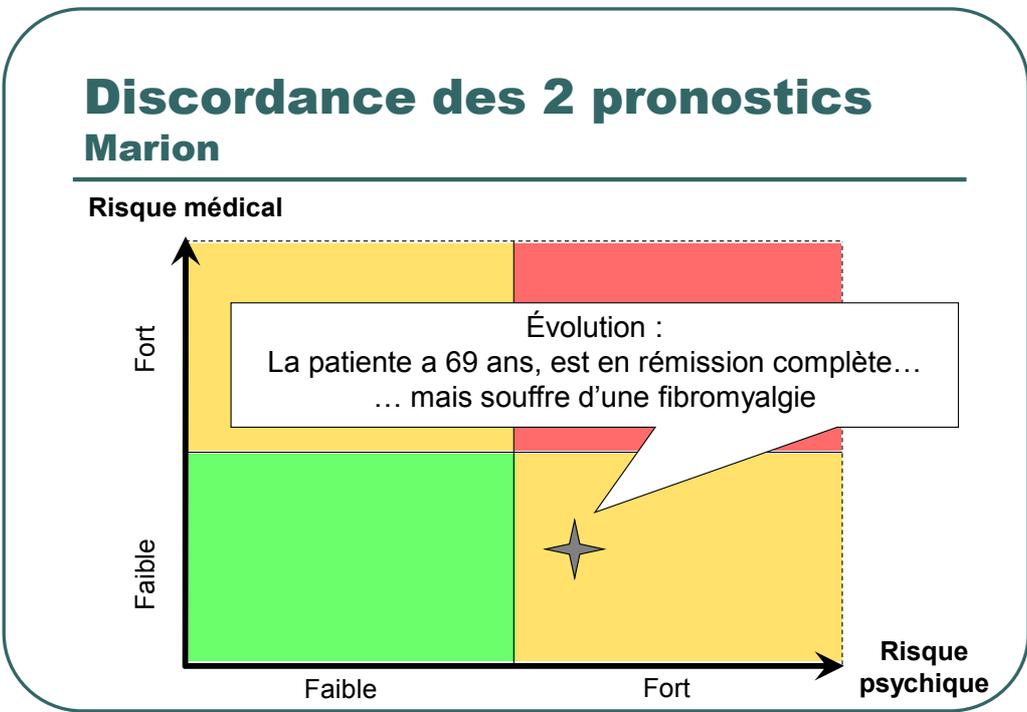
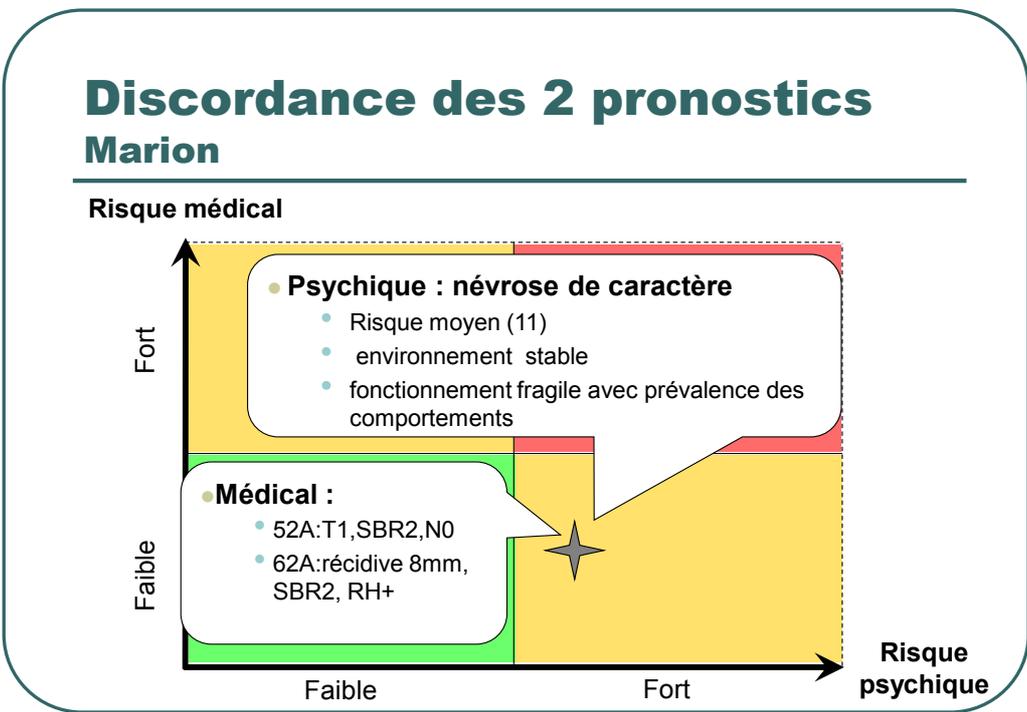


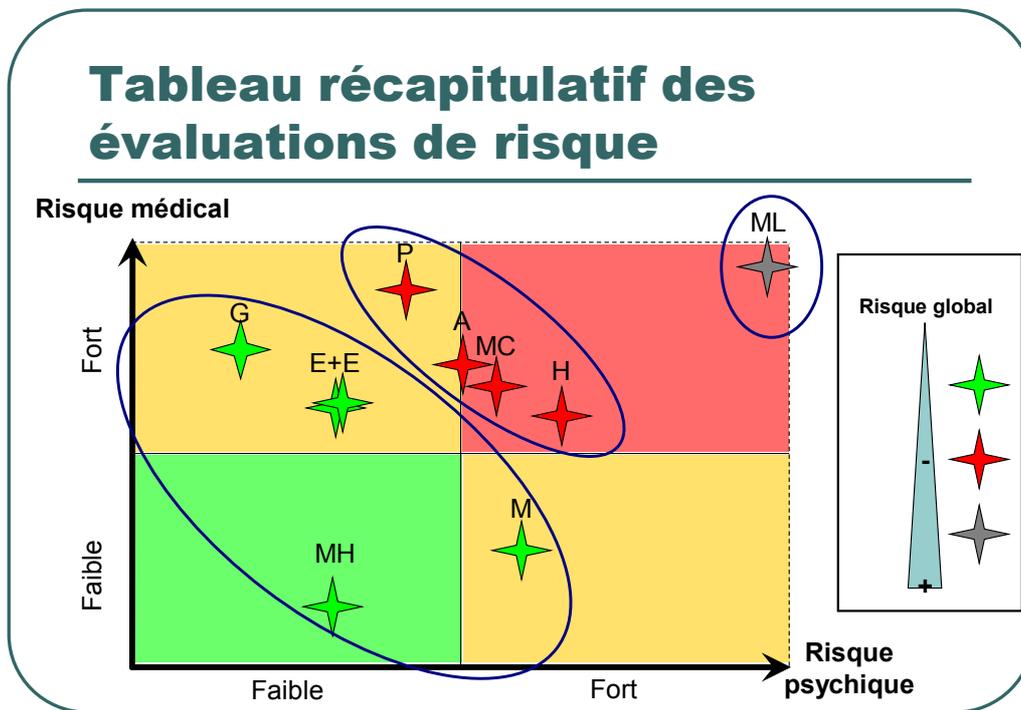












CONCLUSION

À travers une souffrance apparemment exclusivement organique, il peut se dire quelque chose qui dépasse le problème du cancer.

Doit-on continuer à appliquer un traitement identique à toutes les femmes présentant le même cancer, biologiquement parlant, sans se préoccuper des caractéristiques de leur économie psychosomatique et de leur contexte général ?

Propositions fondées sur la participation de l'appareil psychique aux processus somatiques :

- Aider à une reprise du fonctionnement psychique.
- Renforcer les capacités psycho-dynamiques pour faciliter un retour à l'équilibre de l'unité psychosomatique.
- Surveiller l'environnement pour prévenir des déstabilisations.

Recommandations :

- Psychothérapies psychosomatiques selon les cas.
- Groupes de paroles.
- Groupes de thérapies psychosomatiques.
- Création d'un environnement favorisant le retour à un certain équilibre.

RISQUE PSYCHOSOMATIQUE ET SYNDROME MÉTABOLIQUE ÉTUDE SUR LE RISQUE PSYCHOSOMATIQUE DE 151 PATIENTS DE LA PITIÉ SALPÊTRIÈRE (57 FEMMES 94 HOMMES) PATIENTS DANS L'UNITÉ DE SYNDROME MÉTABOLIQUE.

JEAN BENJAMIN STORA ET BENOÎT DEPREUX⁷⁸

LES ÉTUDES STATISTIQUES ONT ÉTÉ EFFECTUÉES PAR BENOÎT DEPREUX. RECHERCHE PRÉSENTÉE AU SYMPOSIUM DE SEPTEMBRE 2010 « MÉDECINE ET PSYCHOSOMATIQUE » DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE.

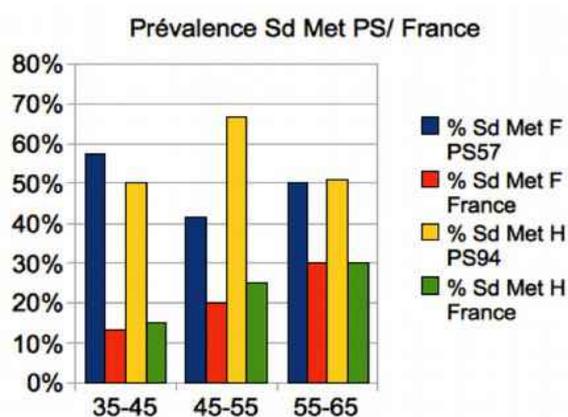
Avertissement : Les évaluations du risque psychosomatique ont été réalisées suivant la grille d'évaluation mise au point par le Professeur Jean-Benjamin Stora (cf. commentaires de J.B. Stora ci-dessous, présentant l'étude). Les 151 évaluations ont été faites par la même personne, en l'occurrence le professeur Jean-Benjamin Stora lui-même. Ceci garantit un bon calibrage des évaluations.

L'échantillon est suffisant pour mener des interprétations sur un critère. En revanche, sur plus d'un critère, le nombre d'occurrences est trop faible pour en tirer des conclusions sûres. Tout au plus cette première étude qui a déjà le mérite d'exister, permet de poser des hypothèses à vérifier et de cadrer de nouvelles études pour aller de l'avant.

Abréviations : SD Met = Syndrome métabolique ; fact = Facteur du syndrome métabolique ; PS = Pitié Salpêtrière ; F = Femme ; H = homme ; HTA \geq 140 = Hypertension artérielle \geq 140 ; CT $>$ 2,5 = Hypercholestérolémie $>$ 2,5 ; BMI \geq 30 = Obésité \geq 30 ; Gaj \geq 1,26 = Diabète \geq 1,26.

La définition du syndrome métabolique utilisée dans ce document est celle du NCEP III.

Comment se situe l'échantillon de l'étude épidémiologique du Pr. J.B. Stora par rapport à la prévalence dans la population française du syndrome métabolique ?



*Illustration 1 : Prévalence syndrome métabolique patients de l'étude / population française
Sources : Jean Dallongeville – Institut Pasteur de Lille INSEM U744 – Étude 2007*

Les données en France n'existent que pour la tranche d'âge de 35 ans à 65 ans. Aussi nous ne pouvons situer l'ensemble de notre échantillon dont l'âge varie de 25 ans à 75 ans.

La population qui consulte dans l'unité de syndrome métabolique est évidemment une population plus touchée par le syndrome métabolique que la population normale française.

⁷⁸ Benoît Depreux, diplômé ingénieur Arts et Métiers Paris Tech, diplômé universitaire de psychosomatique intégrative à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, formation de psychothérapie et psychanalyse intégrative® à Nouvelle Faculté Libre – établissement d'enseignement supérieur. Expert Santé au Travail SECAFI, intervenant auprès des CHSCT

Nous constatons un différentiel de comportement entre les hommes et les femmes : Par exemple, dans la tranche des 45-55 ans, l'écart entre hommes et femmes est deux fois plus fort dans l'échantillon que celui constaté entre les hommes et les femmes de la population française. La sensibilité à venir consulter en fonction de son état ou l'effet du traitement n'est manifestement pas le même entre les hommes et les femmes pour les deux tranches les plus jeunes.

Pour situer cet échantillon, pouvons-nous avoir une base de comparaison plus large en dehors de la France ?

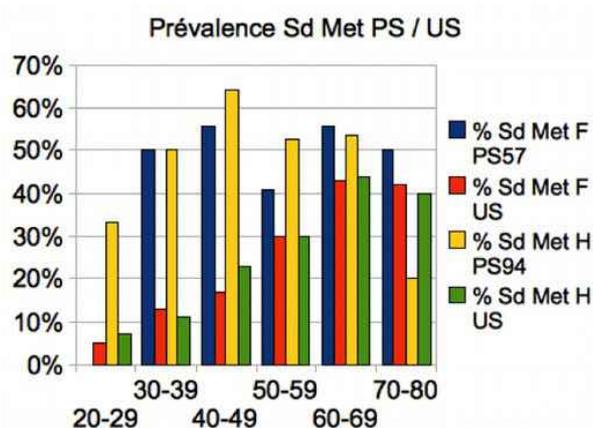


Illustration 2 : Prévalence syndrome métabolique patients de l'étude / population US
Sources : Jean Dallongeville – Institut Pasteur de Lille INSEM U744 – Étude 2007

Les données françaises étant limitées à la tranche des 35- 65 ans. Nous avons utilisé les données concernant la prévalence du syndrome métabolique dans la population des États-Unis. Là, aussi peu de surprise. Remarquons qu'il n'y a pas de femmes qui aient consulté dans la tranche la plus jeune. La prévalence du syndrome métabolique chez les hommes dans la tranche la plus âgée est anormale en raison du faible nombre de cas dans l'échantillon de 94 patients hommes. Nous retrouvons un différentiel de comportement homme-femme pour toutes les tranches d'âges.

Comment se situe cet échantillon par rapport à la prévalence des différents facteurs du syndrome métabolique dans la population française ?

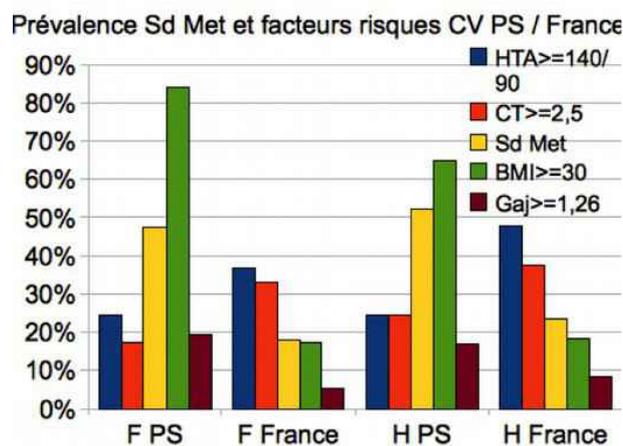


Illustration 3 : Prévalence syndrome métabolique par facteurs de risques pour les patients de l'étude / population France

Sources : Jean Dallongeville – Institut Pasteur de Lille INSEM U744 – Étude 2007

En décortiquant facteur par facteur le syndrome métabolique, il apparaît sans surprise que l'échantillon qui consulte a en son sein, par rapport à la population française :

- 2 fois plus de personne ayant dépassé le seuil du syndrome métabolique ;
- 3 fois plus d'obèses hommes ;
- 4 fois plus d'obèses femmes ;
- 2 fois plus de diabétiques hommes ;
- 4 fois plus de diabétiques femmes.

Mais en revanche :

- 2 fois moins d'hypertension chez les hommes ;
- 1,5 fois moins d'hypertension chez les femmes ;
- 1,5 fois moins d'hyper-cholestérol chez les hommes ;
- 2 fois moins d'hyper-cholestérol chez les femmes.

L'obésité et le diabète semblent être des facteurs dominants, à l'origine de la première consultation ou du suivi dans l'unité.

Les femmes de l'échantillon consultent moins en nombre que les hommes, 57 femmes pour 94 hommes. Pourtant, la prévalence dans la population française est légèrement supérieure pour les hommes que pour les femmes en ce qui concerne le syndrome métabolique et comparable pour l'obésité. Pour le diabète, la prévalence est 1,5 fois plus élevée pour les hommes, cependant dans l'échantillon, il y a quasiment autant d'hommes que de femmes en pourcentage qui consultent entre autres pour cette pathologie. Les femmes qui consultent sont, en nombre, beaucoup plus obèses.

Qu'en est-il de la composition de l'échantillon de patients ?

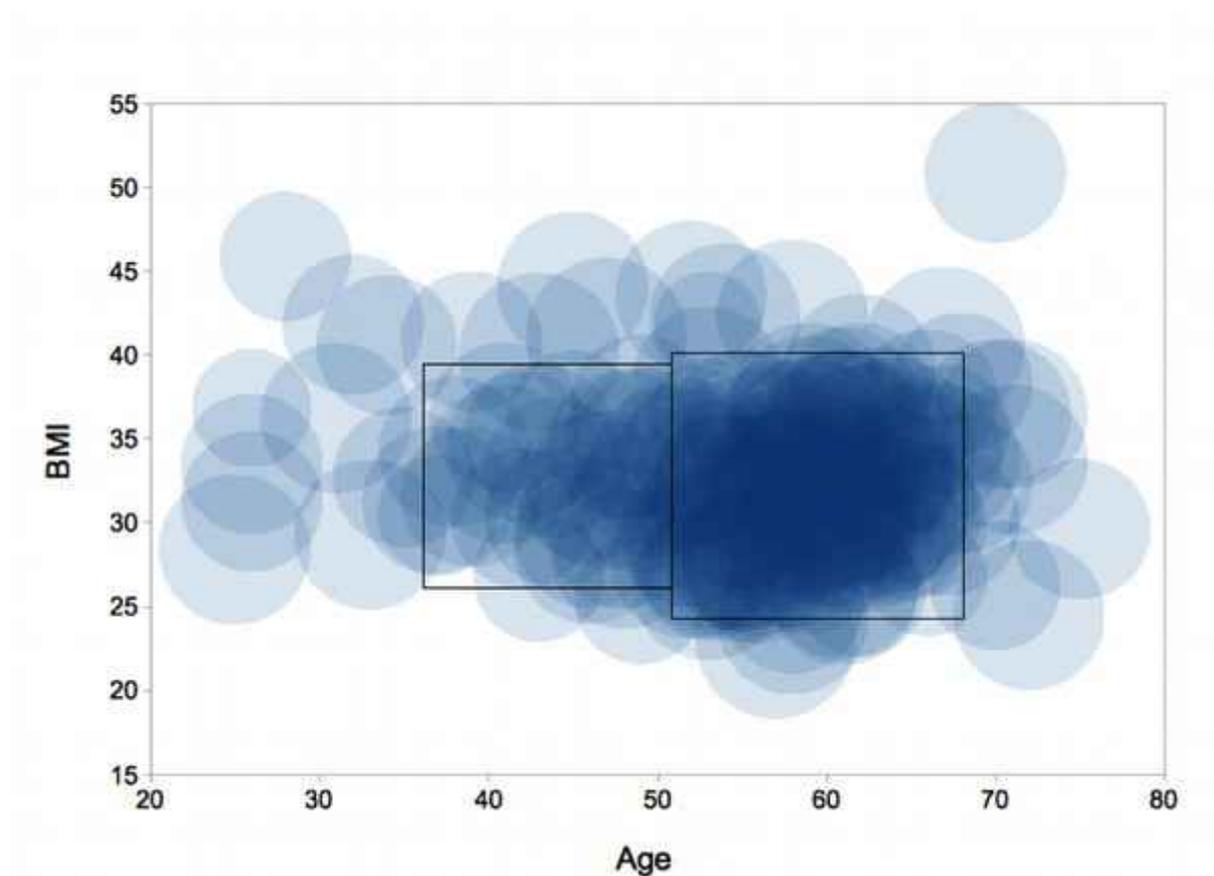


Illustration 4 : La répartition de la population selon l'âge, l'appréciation de l'obésité [BMI] et le niveau de risque psychique [Taille des bulles] – Chaque bulle représente un individu

80 % de la population de l'échantillon est surtout concentrée dans deux blocs allant de 36 ans à 70 ans. Pour cette majorité de consultants du service, un premier bloc homogène de 36 ans à 51 ans pour lequel le BMI va de 26 à 40 et un deuxième bloc homogène encore plus nombreux de 52 ans à 70 ans pour lequel le BMI va de 25 à 40.

Les analyses présentées par la suite peuvent avoir un sens dans ces deux blocs. En dehors, le nombre d'occurrences est trop faible pour en déduire des orientations surtout quand plus d'un critère de tri est utilisé.

Y a-t-il un lien entre le niveau de risque psychosomatique et le nombre de facteurs du syndrome métabolique des patients de notre échantillon ?

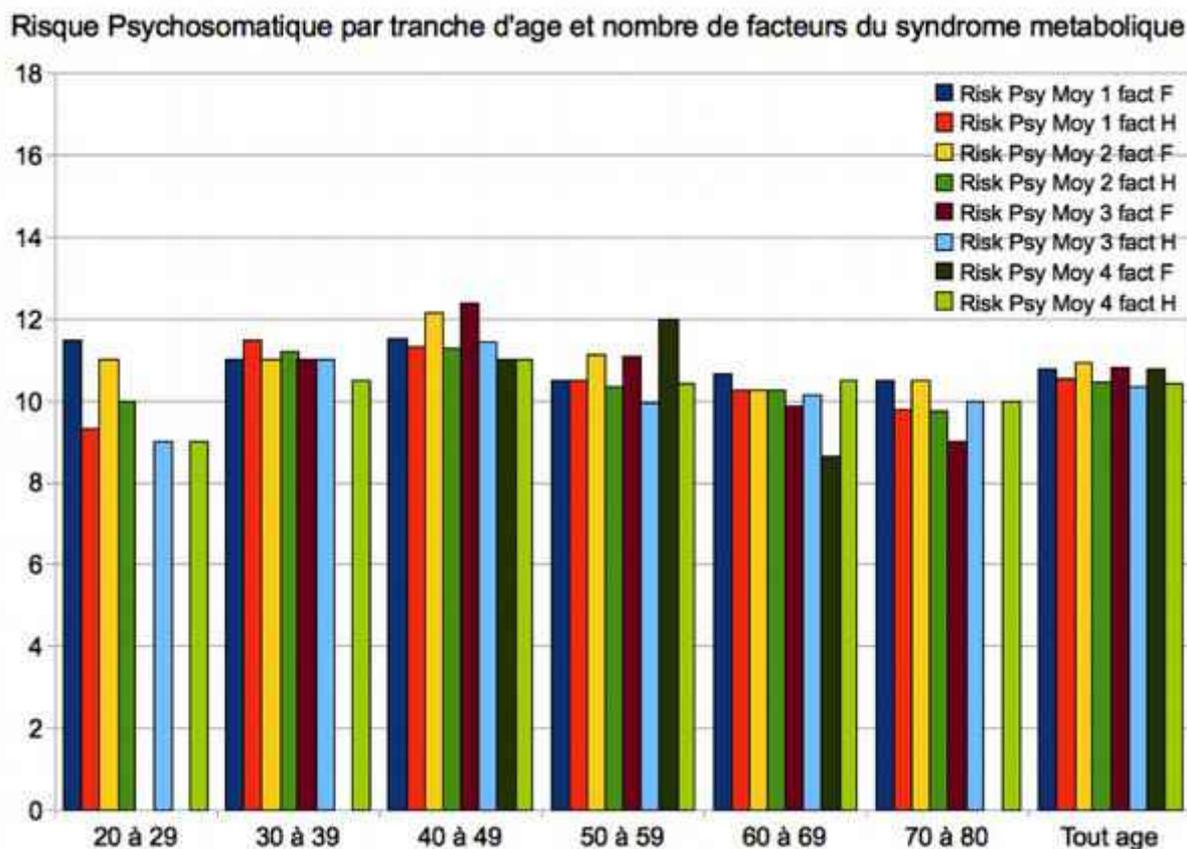


Illustration 5 : Croisement selon les sexes du risque psychosomatique et du nombre de facteurs du syndrome métabolique par tranche d'âge

Pour rappel, le risque psychosomatique est la somme des risques relatifs au fonctionnement psychique, au comportement, aux affects et à l'environnement auquel on ajoute le risque somatique. Son échelle va de 1 à 18.

La moyenne tout âge confondu est de 10,64 sur une échelle qui va jusqu'à 18. De 10 à moins de 15, le risque est modéré à élevé. Les défenses psychiques sont moyennes voire faibles et l'environnement n'est pas stable voire très instable. Cette moyenne est de 10,93 pour les femmes et de 10,49 pour les hommes. Les femmes seraient-elles soumises à un environnement plus sévère que les hommes ou auraient-elles moins de défenses psychiques ? Ou alors franchissent-elles la porte de l'hôpital quand elles se sentent psychologiquement plus fragiles ?

La moyenne est la plus élevée, hommes et femmes confondus, pendant la quarantaine avec 11,43 suivie de la trentaine 11,30 puis de la cinquantaine 10,50 (respectivement 11,56, 11,00, 10,50 pour les femmes et 11,36, 11,5 et 10,5 pour les hommes). Les hommes subissent un risque psychosomatique plus élevé à la trentaine, les femmes à la quarantaine.

La moyenne du risque psychosomatique voit une évolution dans la tranche de la quarantaine et de la cinquantaine pour les femmes en fonction du nombre de facteurs du syndrome métabolique. D'au moins 1 à au moins 3 facteurs, le risque psychosomatique augmente. Les femmes sont-elles dans cette période plus soumise à des risques environnementaux qui les fragilisent plus que les hommes ?

Pour les hommes, dans ces tranches d'âges de la quarantaine à la cinquantaine, la moyenne du risque psychosomatique ne dépend pas du nombre minimum de facteurs. Le niveau de défense psychique ne les prémunit pas plus contre au moins 1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 facteurs du syndrome métabolique. Il est soit insuffisant ou soit indépendant.

L'échantillon des tranches extrêmes très âgées et très jeunes, surtout quand le nombre de facteurs du syndrome métabolique dépasse 4, est faible. Les résultats au-dessus de 4 facteurs sont donc difficilement interprétables pour ces tranches. Les résultats des tranches de la vingtaine et de la septantaine sont à prendre à titre indicatif.

Une étude comparative avec une population non malade est nécessaire pour juger du niveau d'insuffisance ou d'indépendance du risque psychosomatique.

Y a-t-il un lien entre le niveau de risque environnemental et le nombre de facteurs du syndrome métabolique des patients de notre échantillon ?

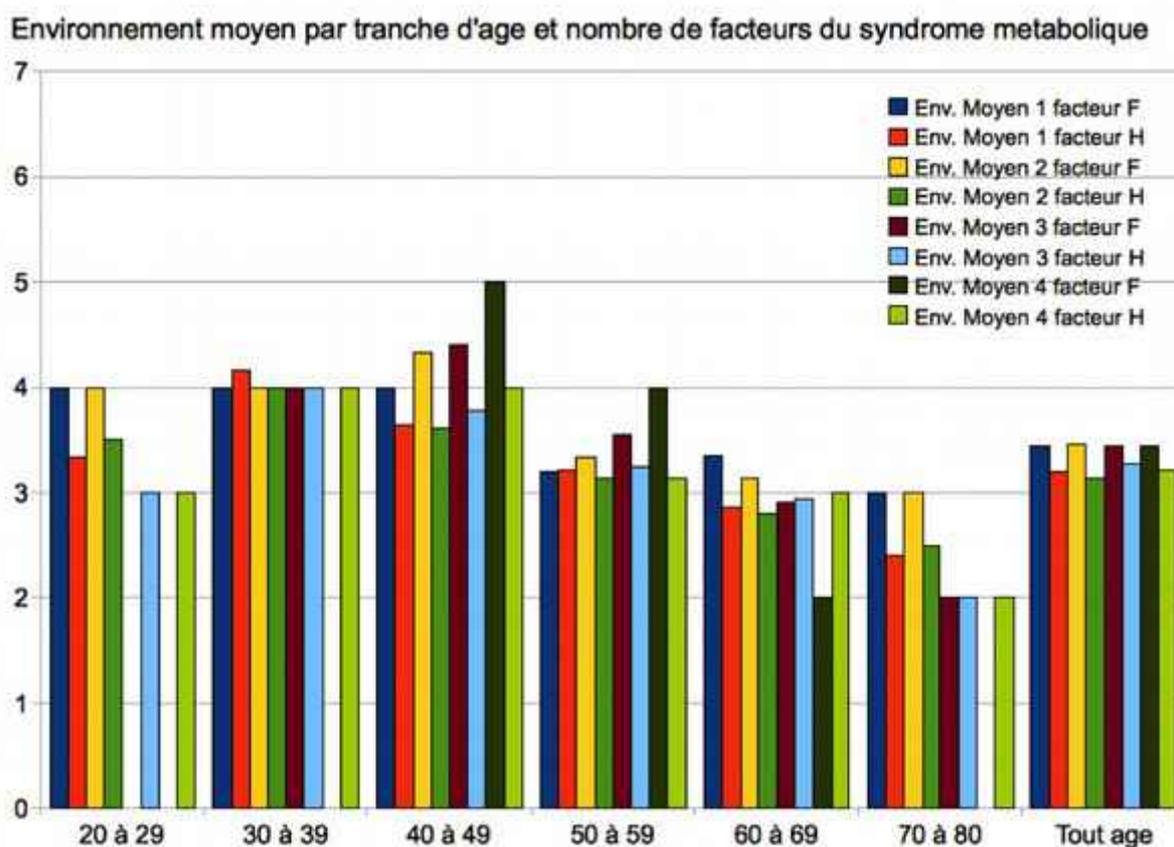


Illustration 6 : Croisement selon les sexes de l'environnement et du nombre de facteurs du syndrome métabolique par tranche d'âge

Sans être une surprise le risque environnemental est plus fort dans la période de la trentaine et de la quarantaine puis il ne cesse de diminuer. C'est la période des risques de divorce, de stress professionnel, de responsabilité parentale, de restructuration psychique comparable à l'adolescence. Les femmes sont plus sensibles à l'environnement dans la période de la quarantaine et de la cinquantaine. Subissent-elles un environnement plus agressif ? Ou, somatisent-elles plus facilement ? Ou consultent-elles plus tardivement quand elles se sentent psychologiquement plus fragiles ?

L'environnement est l'explication majeure des écarts constatés précédemment entre les hommes et les femmes pour les tranches de la quarantaine et de la cinquantaine. La dépendance entre le risque environnemental et le nombre minimum de facteurs du syndrome

métabolique est ici visible aussi pour les hommes mais dans une moindre mesure, car le risque environnemental est plus faible. Nous pouvons poser l'hypothèse que le niveau de défenses psychiques se comporte comme une digue. Quand elle devient insuffisante, peu importe le niveau d'eau qui dépasse. De la même manière quand il est insuffisant peu importe le niveau de pression environnementale, la maladie se développe malgré les défenses mentales. Le psychisme est débordé, il ne constitue plus momentanément un système de défense de l'individu qui doit faire appel à une aide psychothérapique pour renforcer les défenses mentales et les reconstituer.

Un risque psychosomatique faible à moyen agit-il comme une digue ?

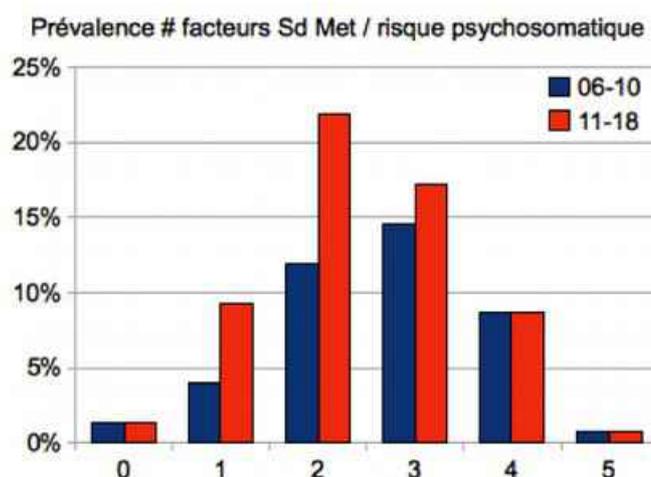


Illustration 7 : Croisement du risque psychosomatique et de la prévalence du # de facteurs du syndrome métabolique

Pour des patients totalisant 1 ou 2 facteurs du syndrome métabolique, ceux ayant un risque psychosomatique élevé à très élevé (note allant de 11 à 18, sont 2 fois plus nombreux que ceux ayant un risque faible à moyen. En revanche pour les patients totalisant 3 facteurs, cet effet diminue et passe de 2x à 1,15x. Enfin pour les patients totalisant au moins 4 facteurs, le risque psychosomatique n'est plus discriminant. Quand la maladie prend de l'ampleur, cela se passe quel que soit le niveau du risque psychosomatique. La détérioration affaiblit encore plus le psychisme mais le risque psychosomatique l'intègre-t-il ?

Y a-t-il une différence de ce point de vue entre les femmes et les hommes ?

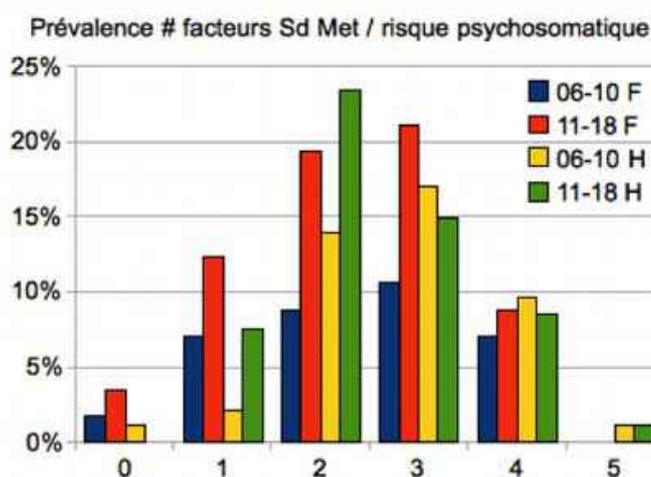


Illustration 8 : Croisement selon les sexes du risque psychosomatique et de la prévalence du # de facteurs du syndrome métabolique

Le même phénomène est observé pour les deux sexes, mais pour les femmes le doublement s'observe jusqu'à 3 facteurs.

Quelles sont les structures psychiques en présence dans notre échantillon ?

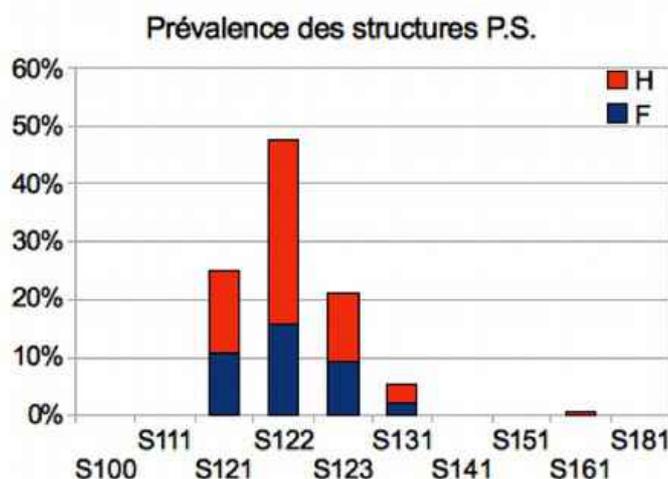


Illustration 9 : Prévalence des structures fondamentales selon les sexes

Pour mémoire, la nosographie utilisée pour cette recherche est l'ancienne nosographie psychosomatique élaborée par le Dr. Pierre Marty (cf. [Structures Fondamentales](#)) et non pas la nouvelle nosographie élaborée dans les dernières années par le Pr. J.B. Stora (cf. [Structures fonctionnelles psychosomatiques](#)). Aussi avons-nous pour légende de l'illustration 9 ci-dessus :

S100 : Autres

S111 : Névrose mentale symptomatologiquement organisée, au fonctionnement soutenu. Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue. Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément.

S121 : Névrose bien mentalisée : Certitude, névrose classique au sens freudien

S122 : Névrose à mentalisation incertaine : Doute

S123 : Névrose mal mentalisée : Défauts avérés. La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : épaisseur de l'ensemble des formations représentatives ; fluidité des liaisons entre les représentations ; permanence habituelle du fonctionnement.

S131 : Névrose de comportement : Insuffisance originelle du préconscient ; expression habituelle de l'inconscient et du Ça dans les comportements.

S141 : Psychose : Symptomatiquement organisée, au fonctionnement soutenu

S151 : Psychose, autres formes : Polymorphe.

S161 : Psychose de comportement

S181 : Organisation allergique essentielle, catégorie nosographique psychosomatique (P. Marty)

Nous avons donc principalement 1/4 de notre population du type « névrosé bien mentalisée », une petite moitié du type « névrosé à mentalisation incertaine », 1/5 du type « névrosé mal mentalisé », quelques cas du type « névrose de comportement » et 1 cas du type « psychose de

comportement ». La représentativité homme / femme est équivalente dans les structures présentes. (Attention sur la figure la proportion homme – femme est celle de l'échantillon. Il faut comparer les barres bleues entre elles pour visualiser les proportions des structures de notre population de femmes)

Où se situe le niveau de risque psychosomatique dans chacune des structures présentes dans cet échantillon ?

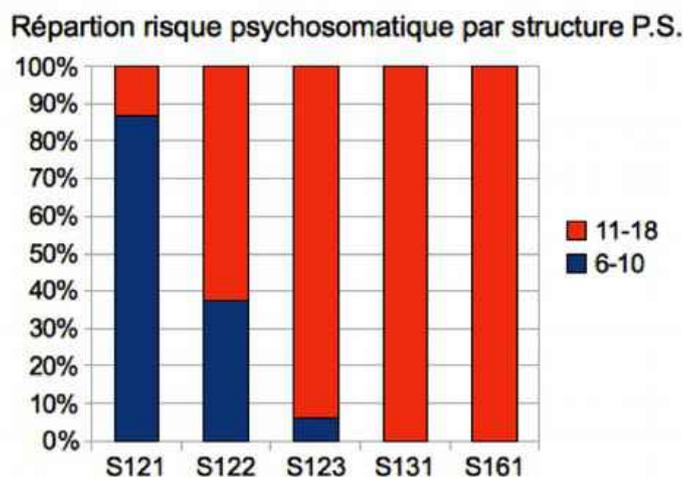


Illustration :10 : Répartition du risque psychosomatique par structures fondamentales

Sans surprise le niveau de risque est majoritairement faible à modéré pour les structures du type « névrosé bien mentalisé » à plus de 85 %. Pour les structures du type « névrosé à mentalisation incertaine », le risque est élevé dans plus de 60 % des cas. Enfin pour les structures du type « névrosé mal mentalisé » le risque est élevé dans plus de 90 % des cas.

Y a-t-il un lien entre le BMI et le niveau de risque psychosomatique ?

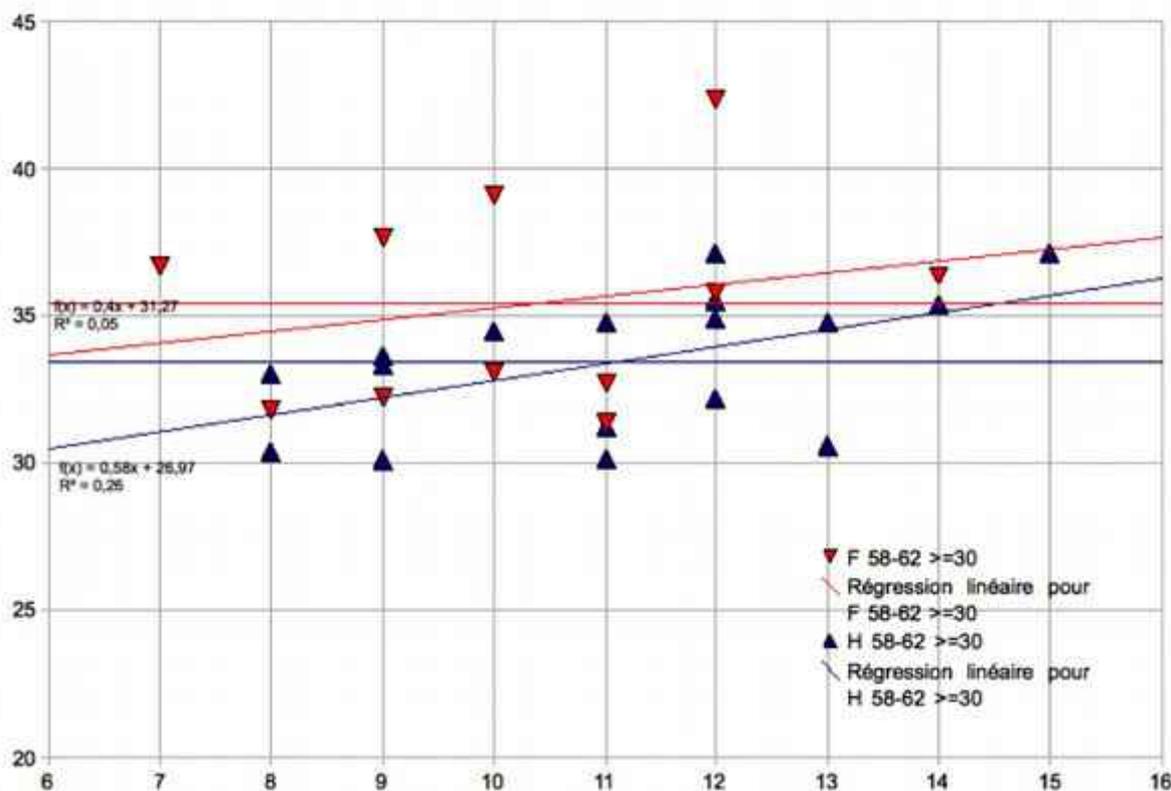


Illustration 11 : Croisement de l'appréciation de l'obésité [BMI] avec le niveau de risque psychosomatique

Notre population a beaucoup d'hétérogénéités : sociale, culturelle, d'historiques de la pathologie, d'âges, etc. En moyenne, un jeune ne se nourrit pas de la même façon qu'une personne plus âgée. Un patient peut se soigner depuis plus ou moins longtemps en observant plus ou moins les prescriptions. Nous ne pouvons pas éliminer les bruits de notre échantillon, mais nous pouvons au moins pour les limiter choisir une tranche d'âge étroite où nous avons le plus de patients possibles.

En fonction de ces critères, nous avons retenu la tranche de 58-62 ans. Sur 24 cas, nous observons une tendance d'augmentation du BMI en fonction du niveau de risque psychosomatique à la fois pour les hommes et les femmes de l'ordre de 1 point de BMI tous les 2 points de niveau de risque. Pour confirmer cette tendance avec un bon coefficient de régression, il faudrait élargir la base de notre échantillon.

Conclusions

Cette étude épidémiologique est limitée, mais a le mérite de poser des jalons pour engager de nouvelles études. Nous observons plusieurs enseignements :

- La nécessité de prendre en considération dans toute étude médicale épidémiologique l'évaluation du fonctionnement et des dysfonctionnements de l'appareil psychique face à la maladie.
- Il s'agit de la première étude jamais effectuée à ce jour en médecine prenant en considération la dimension psychique des patients utilisant une méthode développée par le Pr. J.B. Stora au cours des 20 dernières années.
- Un long chemin est encore à parcourir pour que les épidémiologistes tiennent enfin compte de l'existence d'un appareil mental chez les êtres humains. Les études publiées jusqu'à nos jours sont-elles pertinentes ? C'est la question que nous poserons à nos collègues.

DE L'IMPORTANCE DES FACTEURS PSYCHIQUES ET NEURONAUX DANS L'ÉVALUATION DU RISQUE SOMATIQUE DES PATIENTES CANCER DU SEIN

JEAN BENJAMIN STORA⁷⁹

Résumé : cet article présente les résultats d'un travail de recherche sur le cancer du sein ; la méthode utilisée en psychosomatique intégrative afin de permettre de mettre en relation des variables psychiques et des variables somatiques est « la méthode d'évaluation du risque psychosomatique » (JBS, 1993-2017). Sur le plan statistique, nous avons établi des tableaux croisant le risque somatique, la dimension de la tumeur et la localisation avec les quatre variables de la dimension psychique : processus, comportements, affects, et facteurs de l'environnement. Cette étude propose de démontrer sur un très petit échantillon (24 patientes) l'importance des événements de vie dans leurs retentissements neuropsychiques affaiblissant les défenses mentales des êtres humains, ouvrant la voie aux somatisations. Nous avons insisté sur l'identité psychique féminine qui est un facteur important à prendre en considération pour une telle étude.

Summary : this article presents the results of a research work on breast cancer ; the method used in Psychosomatic Integrative allowing the setting up relationships between psychic variables and somatic ones is called : "Evaluation Method of Psychosomatic Risk" (JBS, 1993-2017). Statistically, we have established crossed tables of the somatic risk, the size of the tumor and its localization with four psychic variables : mental processes, behaviors, affects, and factors of the familial and professional environment. Such a research work suggests, in spite of the small sample of patients, that the importance of life events, in their neuropsychic dimensions, weaken the mental defenses of human beings, opening the way to somatizations. The feminine psychic identity is a very important factor to take into consideration in such a study.

Mots-clefs : cancer du sein, psychosomatique intégrative, risque somatique, affects, neuropsychique, identité féminine, taille et localisation tumeur.

Key-words : breast cancer, integrative Psychosomatics, somatic risk, affects, neuropsychic, feminine identity, size and tumor localization.

⁷⁹ Professeur émérite, Psychosomaticien, Psychanalyste, Neuropsychanalyste (NPSA member). Ancien co-Directeur DU de Psychosomatique Intégrative, Faculté de Médecine de la Pitié-Salpêtrière, UPMC Paris 6 ; actuel Directeur des enseignements de Psychosomatique intégrative de l'Institut de Psychosomatique Intégrative de la Société de Psychosomatique Intégrative. Remerciements aux Docteurs Alain Braconnier, Lionel Naccache et André Aboulkheir qui ont relu avec attention mon article.

Nous présentons les résultats d'un travail de recherche sur le cancer du sein commencé en janvier 2011 et achevé dans le courant de l'année 2016. Il s'agit d'un petit échantillon de 24 patientes référées par un groupe de médecins oncologues, collègues du docteur Pascale Surugue⁸⁰, gynécologue, qui me mettait en relation avec les patientes que j'ai reçues à l'année N, N plus 1, et N plus 5. Ce travail s'est appuyé sur des entretiens anamnestiques tels qu'ils se déroulent en psychosomatique intégrative ayant pour but d'établir un tableau des relations entre les événements de vie des patientes (passé le plus lointain et présent) avec les troubles somatiques actuels et passés. À partir de ces entretiens et avec le dossier médical, nous avons pu proposer d'établir les relations entre fonctionnement psychique et troubles somatiques.

Pour ce faire, nous avons adopté la méthode intitulée : « Méthode d'évaluation de la santé psychosomatique ». Cette méthode⁸¹ permet de comparer facilement les malades entre eux, de communiquer rapidement avec les spécialistes de la discipline et d'évaluer avec rigueur l'évolution des patients au cours des thérapeutiques. À la suite de nombreuses recherches effectuées dans les dernières années, nous avons complété cette méthode pour aboutir à une « [Grille Psychosomatique](#) » de 153 items décrivant non seulement les différents paramètres du fonctionnement mental d'un individu mais aussi l'inscription du sujet dans ses dimensions familiales, sociales et somatiques ; nous avons ainsi adopté une approche voisine de l'approche bio-psycho-sociale du Pr. Engel⁸² ; en effet les seuls paramètres somatiques ne nous permettaient pas d'appréhender le fonctionnement psychodynamique d'un sujet et ses capacités de vivre et de faire face à la maladie.

Approche méthodologique : La « [Grille Psychosomatique](#) »

L'investigation psychosomatique permet de déterminer, soit au cours d'un entretien d'une durée maximale de 90 minutes ou de deux entretiens, la structure psychosomatique du sujet, c'est-à-dire une organisation mentale résultant des processus de maturation psychosexuelle et neuronale dans le cadre d'un environnement familial, social et professionnel.

Cette investigation prend en considération les variables qualitatives suivantes : les comportements, les affects (émotions et sentiments) et les processus et mécanismes psychiques⁸³ dans leurs interrelations spécifiques.

L'investigateur apprécie la psychodynamique conflictuelle du patient et son économie psychosomatique, à savoir – insuffisance mentale de l'appareil psychique avec facilité de désorganisations, irrégularités de fonctionnement mental – débordement momentané des possibilités d'élaboration par excès d'excitations ou répression de représentations mentales (suite par exemple à l'annonce du cancer du sein, des possibles interventions chirurgicales, des chimio-et-radiothérapies), régressions, désorganisations au cours de dépressions essentielles.

⁸⁰ Je tiens à remercier très chaleureusement le Dr. Pascale Surugue qui a permis le déroulement de cette recherche en me référant des patientes et en me mettant en contact avec les médecins oncologues. Nous avons pendant de nombreuses années correspondu et échangé des informations à propos des patientes. Cette recherche n'a jamais reçu d'aide financière d'aucun organisme, et je suis seul responsable des conclusions de ce long travail ;

⁸¹ Cf. MÉTHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE, Évaluation globale du risque psychosomatique page 76

⁸² Cf. Bibliographie [Engel](#)

⁸³ [Les processus et mécanismes psychiques](#)

L'évaluation est faite de la façon suivante :

1- Processus et Mécanismes psychiques	Note
Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent – passé, Capacité d'élaboration	1
Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations	2
Insuffisance, vie et pensée opératoire	3
Désorganisations au cours de dépression essentielle	4

2- Prévalence des Comportements	Note
Comportement contrôlé et intégré	1
Faible prévalence	2
Prévalence moyenne	3
Forte prévalence	4

3- Capacité d'expression des affects	Note
Représentations et affects bien intégrés	1
Répression avec trois destins possibles (déplacement, ex : phobie, obsessions ; délié de la représentation : ex : hystérie ; transformation : ex : Névrose d'angoisse)	2
Prédominance des affects de vitalité dans la relation (au sens donné par Daniel Stern)	3
Affects représentant la mémoire d'un vécu irréprésentable traumatique	4
Alexithymie (concept développé par Pr. Sifnéos de Boston)	5

4- Risques liés à l'environnement familial, social et professionnel	Note
Niveau très satisfaisant	1
Satisfaisant	2
Légère altération temporaire	3
Difficultés d'intensité moyenne	4
Altération importante	5
Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire	6
Incapacité durable de fonctionnement autonome	7

En dernier lieu, il est important d'évaluer **les ressources** dont disposent le patient habituellement lorsqu'il ou elle fait face aux difficultés de la vie : Ressources spirituelles, Ressources oniriques, Activités d'écriture, Activités artistiques, Activités sportives, etc. **Ce point permet de mieux évaluer les possibilités d'investir son énergie dans des activités multiples en dehors de l'énergie mobilisée par la maladie.**

Une fois l'investigation achevée il est possible de coder les items de la [grille psychosomatique](#) ; il va sans dire que seul un investigateur ayant une expérience clinique psychanalytique et psychosomatique, qu'il soit médecin ou psychologue, peut à l'heure actuelle remplir cette grille. Le ou la psychosomaticien·ne peut à présent utiliser le glossaire de termes scientifiques de la grille en vue d'une utilisation élargie, et d'une validation statistique. Une fois la grille remplie pour les données du système psychique, elle est

complétée par les données médicales communiquées par les médecins oncologues⁸⁴ qui suivent les patientes, il est enfin possible de remplir la dernière partie qui est l'établissement du diagnostic psychosomatique.

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous avons retenu, à partir des fiches médicales les paramètres somatiques suivants (K du Sein facteurs pronostics médicaux) :

- l'âge ;
- la taille tumorale ;
- le statut ganglionnaire ;
- le grade ;
- la présence ou non d'emboles vasculaires péri-tumoraux ;
- les marges d'exérèse ;
- le type histologique ;
- l'état des récepteurs ;
- le statut de surexpression HER2 ;
- l'index de prolifération Ki-67 si possible, car facteur indépendant de mauvais pronostic.

À partir de ces éléments, on établit empiriquement un score de 1 à 4 du risque somatique⁸⁵ : 1, risque faible ; 2, risque moyen ; 3 risque élevé ; 4, risque très élevé.

Tous ces paramètres biologiques figurent dans un premier tableau regroupant aussi le stade clinique, la rémission et l'évolution. À partir de ce premier tableau, le professeur Pierre Brandeis⁸⁶ a regroupé les variables les plus pertinentes dans le tableau ci-dessous en utilisant la méthode des tableaux croisés dynamiques.

Traitement statistique des données.

Pour traiter les variables qualitatives, nous avons le choix entre la régression sur composantes principales, les tableaux croisés dynamiques et la régression PLS (partial least squares regression). La régression PLS conserve dans le modèle toutes les variables importantes, mais la faiblesse du nombre de patientes ne nous a pas permis d'établir des corrélations, par conséquent nous avons préféré les tableaux croisés dynamiques nous permettant d'associer des variables quantitatives et des variables qualitatives. Lors d'une précédente recherche sur les patients greffés d'organe, nous avons fait appel à notre collègue Michel Tenenhaus⁸⁷ qui a développé la méthode PLS pour les données qualitatives pour analyser notre échantillon. En effet la régression PLS permet de relier un ensemble de variables dépendantes $Y = \{Y_1, \dots, Y_p\}$ à un ensemble de variables indépendantes $X = \{X_1, \dots, X_m\}$ lorsque le nombre de variables indépendantes et/ou dépendantes est élevé. La régression PLS consiste à effectuer une analyse en composantes principales de l'ensemble des variables X sous la contrainte que les (pseudo-) composantes principales de X_j soient aussi explicatives que possible de l'ensemble des variables Y . Il est alors possible de prédire les Y_k à partir des X_j en séparant mieux le signal – ce qui est synthétique, structuré, commun aux données – du bruit – ce qui

⁸⁴ Je tiens à remercier les médecins que je n'ai rencontrés qu'une fois et qui ont examiné et référé les patientes : Dr. Krishna Clough, Claude Nos, Rémy Salmon, Jacques-Rober Vilcoq, Bernard Asselain, Eric Levy, Thierry Dorval, Laurence Vitu-Loas.

⁸⁵ Tous mes remerciements au Dr. Ruth Aboulkheir, gynécologue, pour avoir évalué le risque somatique des patientes de l'échantillon.

⁸⁶ Je tiens à remercier mon collègue de HEC le Professeur Pierre Brandeis pour le traitement statistique des données de la recherche.

⁸⁷ Tenenhaus, M. La régression PLS généralisée, *Cahier de Recherche n° 472*, Groupe HEC, 1993, Jouy-en-Josas.

est plus spécifique de l'échantillon de données étudiées⁸⁸. Notre travail s'appuie sur les recherches de Geladi et Kowalski (1986)⁸⁹, Glen, Dunn et Scott (1989)⁹⁰, et Wold (1989)⁹¹.

Nous allons analyser successivement les tableaux croisés dynamiques suivants regroupant les variables psychiques et les variables médicales de 24 patientes. D'abord le tableau regroupant l'ensemble des variables psychiques ainsi que la localisation, la dimension de la tumeur, le grade SBR, en terminant par le calcul global du risque psychique, du risque somatique et du risque psychosomatique.

Le devenir des patientes en cours de recherche

À ce tableau général, nous allons ajouter les tableaux suivants croisant le risque somatique, la dimension de la tumeur et enfin la localisation avec les quatre variables de la dimension psychique : processus, comportements, affects, et facteurs de l'environnement.

Sur les 24 patientes, une patiente, la numéro 19 Alice a demandé de ne plus faire partie de l'échantillon et de la recherche. La patiente – numéro deux – est décédée ; pour toutes les autres patientes au terme de cinq ans, nous avons 16 patientes sans récurrence dont une rémission, une patiente avec métastases cutanées axillaires, une patiente avec envahissement ganglionnaire (N+), et enfin 4 récurrences (dont une récurrence loco-régionale depuis 2014). Toutes les patientes sont âgées de plus de 35 ans.

Sur les 23 patientes, si nous considérons le risque psycho-neuronal, nous avons neuf patientes avec un risque psychique élevé et quatre patientes avec un risque psychique moyen ; si nous ajoutons le risque somatique au risque psychique, nous avons 13 patientes avec un risque psychosomatique élevé et 10 patientes avec un risque psychosomatique global faible à moyen.

Analyse des résultats

Dimensions – psychique et somatique – du risque : étude des 6 patientes de risque moyen à très élevé (Tableau 1)

Sur les neuf patientes ayant un risque psychosomatique global de 15 à 19, nous trouvons les quatre patientes souffrant de récurrence ou décédée. Sur les quatre patientes ayant un risque global de 14, nous trouvons des patientes avec récurrence et/ou métastases. Il est important de comprendre un peu plus les facteurs favorables à une récurrence dans le domaine psychique et environnemental. Six patientes présentent des fragilités que nous devons expliquer : les patientes (10) Annie, (20) Isabelle, (02) Emma, (14) Véronique, (01) Jacqueline, et (03) Aline.

La patiente (10) Annie souffre d'un sentiment de rejet depuis l'âge de six ans, époque à laquelle naquit un autre enfant dans sa famille. Cette rivalité non surmontée a créé une fixation dans le processus de maturation accompagnée d'une série de troubles somatiques. Il en a été de même après son divorce, et, après le décès de son compagnon, six ans plus tard apparut le premier cancer. Puis le deuxième cancer à un autre sein, comme si le deuil pathologique n'avait pas été résolu plongeant la patiente dans l'isolement. Il s'agit dans les deux derniers cas de dépression essentielle faisant suite à des irrégularités de fonctionnement mental. Le psychisme désorganisé transmet ses excitations au corps en le dérégulant. Le système immunitaire ne résiste pas et se déprime.

La patiente (20) Isabelle m'a déclaré lors de notre dernière rencontre : « il y a longtemps que je pense à la mort ». Cette patiente est profondément déprimée, et bien qu'elle ait une position

⁸⁸ Tenenhaus M, Gauchi J-P, Ménardo C. Régression PLS et Applications. 1995, Rev. Statistique Appliquée, XLIII (1), 7-63.

⁸⁹ Geladi P, Kowalski B.R. Partial Least-Squares Regression : A Tutorial. *Analytica Chimica Acta*, 1986 ; 1, 185, 19-32.

⁹⁰ Glenn W.G, Dunn III W.J, Scott D.R ; Principal Components Analysis and Partial Least Squares Regression, *Tetrahedron Computer Methodology*, 1989, 2, 6, 349-376.

⁹¹ Wold S. Multivariate Data Analysis : converting Chemical data Tables to Plots, in *Computer Applications in Chemical Research and Education*, 1989, Dr. Alfred Hüthig, Verlag, Heidelberg.

administrative intéressante, elle vit profondément isolée, et, ce, depuis sa plus tendre enfance (problème de rivalité avec la fratrie). Elle vit sous stress depuis des années, et n'a pas fait le deuil de son père. La vie stressante actuelle, c'est mon hypothèse, a favorisé la récurrence du cancer du sein.

La patiente (02) Emma se présentait avec une apparence de bon fonctionnement psychique qu'on pouvait dans un premier temps lui prêter. Et puis, un examen plus approfondi révélait des signes inquiétants pouvant conduire à une désorganisation progressive : conflits entre une rupture de son mariage et une relation affective avec un homme qui ne se décidait pas à quitter sa femme. Ce conflit a envahi totalement sa vie avec d'importantes excitations de stress qui ont fini par la conduire à une désorganisation progressive, une prolifération métastatique du cancer et la mort. (Stade clinique : 4 cm, N+, grade 3).

La patiente (14) Véronique est une femme d'action qui semble avoir des ressources et des capacités d'investir son énergie dans de nombreuses activités ce qui est un signe favorable. Elle est sous stress de façon permanente, et j'ai pu conclure l'examen en déclarant : « *Patiente à risque élevé, en phase actuelle de désorganisation progressive (vie opératoire). Fuite dans l'action. À recours à un psychothérapeute qui semble l'aider et qui pourrait renverser le processus mortifère à l'œuvre* ». Au contraire des autres patientes, elle est dans la vie et elle semble aimer la vie ; c'est la raison pour laquelle j'ai pensé qu'un soutien thérapeutique la garderait en vie. L'épisode viral actuel n'est qu'un épisode qui ne menace pas le futur. On doit cependant se méfier d'être optimiste, car ses moyens de défense sont surtout dominés par le comportement qui l'aide cependant à décharger les excitations.

La patiente (01) Jacqueline est fixée dans une position archaïque de son développement avec une prédominance narcissique lui donnant un sentiment de toute-puissance et d'invulnérabilité. Elle a comme mode de défense, ce que l'on appelle l'intellectualisation défensive. Cette défense peut céder rapidement face à des événements traumatiques liés aux modifications de son environnement. Il ne s'agit pas d'une défense solide, car elle est assise sur la cognition et la raison. Du fait de l'immaturité des défenses mentales, la patiente est privée de capacités d'adaptation quelle que soit la nature de l'environnement. **Tant que l'environnement est plus ou moins stable, elle résistera.** L'inquiétude concerne l'environnement futur et la rigidité de la structure mentale accroissant la vulnérabilité, accompagnée de décompensations. Pronostic futur réservé.

La patiente (03) Aline a un risque psychique moyen (11) et un risque somatique élevé (3) ; comme la patiente précédente, elle a une importante fixation narcissique, mais au contraire de la patiente précédente elle a une relation affective (une sorte de substitut maternel) qui la soutient et lui permet d'accroître sa résistance mentale. En avril 2016 se sont développées des métastases cutanées axillaires. Il s'agit d'une névrose d'angoisse avec troubles narcissiques de la personnalité accompagnée d'un important dysfonctionnement du système émotionnel. Le narcissisme de la patiente est ce qu'on appelle un narcissisme de vie ce qui m'avait conduit à émettre un pronostic favorable concernant cette patiente ; mais j'avais ajouté qu'en sera-t-il si le cancer évolue ? Nous nous trouvons au niveau du premier noyau psycho-neuronal, à savoir le SOI (noyau psycho-neuro-immunitaire) ; le noyau masochique érogène primaire qui est plus structuré et plus défensif est à peine constitué. Danger en cas de modification de son environnement : je fais l'hypothèse de relier l'apparition de métastases à des deuils importants récents qui affectent sa vie. Elle est débordée et ne peut faire face. Cependant elle m'a déclaré : « *le cancer a changé ma vie* », et comme elle le dit si bien : « *ma maladie a modifié la notion de temps, je vis dans l'éphémère maintenant* ».

Patient	Processus psychique	Comportement	Affect	Environnement	Risque Psychique	Risque Somatique	Risque Psychosomatique	Localisation	Dimension	SBR
P05	4	4	3	5	16	3	19	128	40	3
P10	4	4	4	5	17	2	19	8	25	3
P16	4	4	4	4	16	2	18	24	14	1
P20	3	4	4	5	16	2	18	2	10	1
P02	3	3	2	4	12	4	16	8	40	3
P04	4	4	2	5	15	1	16	8	6	2
P14	3	4	2	4	13	3	16	24	24	3
P13	2	3	5	4	14	1	15	128	0	2
P17	3	3	4	4	14	1	15	8	12	2
P01	3	4	2	4	13	1	14	8	16	1
P03	4	3	2	2	11	3	14	8	7	1
P09	3	3	2	5	13	1	14	8	0	1
P24	3	3	4	2	12	2	14	24	0	3
P06	3	2	2	4	11	2	13	8	0	1
P07	3	2	2	4	11	2	13	8	0	3
P15	2	3	3	4	12	1	13	128	150	2
P22	2	3	2	3	12	1	13	24	14	1
P11	2	3	1	2	11	1	12	24	0	NC
P21	3	4	2	2	11	1	12	8	0	1
P18	2	2	2	4	10	1	11	24	11	2
P08	2	2	2	2	8	2	10	128	13	2
P12	2	2	2	2	8	1	9	10	NC	2
P23	1	2	2	2	7	1	8	24	0	2

Tableau 1 : Données pour chaque patient

Relations facteur de risque somatique et variables de fonctionnement psychique : processus, comportement, affect et environnement.

Risque Somatique	Processus psychiques	# Patients concernés						
1	1	1	P23					
1	2	6	P12	P18	P11	P22	P15	P13
1	3	4	P21	P09	P01	P17		
1	4	1	P04					
2	2	1	P08					
2	3	4	P07	P06	P24	P20		
2	4	2	P16	P10				
3	3	1	P14					
3	4	2	P03	P05				
4	3	1	P02					

Tableau 2 : Facteurs de risque somatique et processus psychiques

Nous retrouvons dans le tableau 2 croisant le risque somatique et les processus psychiques, les six patientes que nous avons analysées ci-dessus.

Mais avec la note 4 qui est très élevée et un risque somatique très faible de 1, nous avons la patiente (04) Béatrice. Comment peut-on interpréter un chiffre très élevé de fonctionnement psychique donc à risque et un risque somatique très faible : cette patiente a été soumise à d'importants stress professionnels et familiaux sur plusieurs années conduisant à la maladie somatique actuelle. Dans notre note d'évaluation de la santé psychosomatique, nous avons conclu à une désorganisation momentanée suite à d'importants stress permanents. Cette patiente peut se restructurer dans le cadre de son activité professionnelle et sociale. – Absence de ressources spirituelles et défaut de mentalisation – Prédominance de relations de type masochique assurant d'une certaine façon la continuité de la vie – Il s'agit d'un masochisme de vie – Pronostic favorable – s'il y a reprise de son activité professionnelle.

Nous insistons sur l'importance de l'environnement comme facteur de risque en cas de déficience du système neuropsychique ou comme système de défense individuelle contribuant à l'homéostasie.

Le croisement du risque somatique et de l'environnement donne le résultat suivant :

Risque Somatique	Environnement	# Patients concernés						
1	2	4	P23	P12	P21	P11		
1	3	1	P22					
1	4	5	P18	P15	P01	P17	P13	
1	5	2	P09	P04				
2	2	2	P08	P24				
2	4	3	P07	P06	P16			
2	5	2	P20	P10				
3	2	1	P03					
3	4	1	P14					
3	5	1	P05					
4	4	1	P02					

Tableau 3 : Facteurs de risque somatique et d'environnement

En croisant le risque somatique et le risque lié à l'environnement nous avons plusieurs configurations à étudier : premièrement la configuration de risque somatique 3 ou 4 retrouve les patientes dont nous avons examiné la problématique : patientes (14) Véronique, (05) Aimée et (02) Emma.

Avec un risque moyen à élevé de 3, combiné avec un environnement de 2, nous avons la patiente (03) Aline (métastases cutanées axillaires).

Nous avons de nouvelles patientes à examiner dont le risque environnemental est élevé mais le risque somatique faible, à savoir les patientes (18) Sandrine, (15) Alexandra, (01) Jacqueline, (17) Valérie, (13) Diane, (09) Audrey, (04) Béatrice, (07) Lydie, (06) Claire et les patientes que nous connaissons (16) Edwige, (20) Isabelle, et (10) Annie. Donc au total 7 nouvelles patientes :

Avec la patiente (18) Sandrine qui vivait dans un environnement profondément altéré, nous sommes passés à un environnement où les difficultés sont d'intensités moyennes. Nous avons lors d'un premier entretien noté 15 soit un risque élevé avec un pronostic réservé. Tant que cette patiente maintiendra une relation affective et continue avec l'Objet de substitution qu'elle a rencontré, elle pourra poursuivre sa vie. La patiente, à la suite de l'entretien, a souhaité un suivi psychothérapeutique. Elle a soudain pris conscience du déroulement affectif de sa vie que nous avons tenté de reconstruire avec son aide. Elle a ainsi entrevu les failles de sa personnalité. 5 ans plus tard lors du dernier entretien, le risque est à présent modéré comme si la patiente s'était reprise sur le plan professionnel et émotionnel. Elle semble plus stable et plus contrôlée dans son comportement. La relation avec l'Objet de substitution maternel lui permet de poursuivre sa vie. Elle s'est réfugiée dans une relation stable et en même temps inquiétante puisqu'en dehors de ses relations professionnelles elle n'a ni relations sociales ni familiales. On peut noter dans ce cas que son corps l'aide énormément grâce à ses mécanismes de défense (patrimoine génétique) et qu'elle a trouvé un facteur d'amortissement de son stress quotidien avec un Objet maternel qui lui sert de pare-excitations.

La patiente (15) Alexandra a un environnement familial stable et favorable à l'heure actuelle ; c'est une patiente avec des côtés bien structurés qui la font apparaître comme une névrosée classique bien mentalisée, mais aussi avec des côtés prêtant à des débordements passagers faisant apparaître **ses problèmes d'identité psychique féminine**. Elle a traversé une période qui a abouti à la mettre en difficulté : un conflit larvé qui s'éternise (il dure depuis 11 ans). Ses activités la mettent à l'abri d'importantes fluctuations émotionnelles qui pourraient être néfastes. Lors de l'année n+5, le fonctionnement mental s'est nettement amélioré ; il est aujourd'hui identique à celui d'une bonne mentalisation. Le risque psychosomatique est quasi-inexistant.

Les patientes (09) Audrey et (04) Béatrice ont traversé des périodes difficiles, mais leur environnement s'est amélioré : par exemple la patiente (09) Audrey est soutenue par sa famille maternelle, la sœur de sa mère qui a pris fait et cause pour elle dans toute la période qu'elle a traversée. Un cousin du côté de son père, et de très nombreuses amies l'entourent. Elle fait de l'aquagym, et elle marche en forêt. Quant aux patientes (06) Claire et (07) Lydie, bien qu'elles aient traversé des périodes très difficiles de nature dépressive, elles peuvent faire face et rétablir un équilibre psychique satisfaisant dans le cadre de leurs familles.

Dès que les défenses mentales sont solides, cela permet d'alléger les défenses somatiques et donc d'avancer un pronostic favorable concernant le cancer du sein.

Abordons à présent – le grade SBR et la taille de la tumeur – croisés avec les facteurs psychiques⁹².

Le grade histopronostique de Scarff, Bloom et Richardson (SBR) comprend trois grades I II III, obtenu par l'addition de trois critères : architecture, atypies cytonucléaires et nombre de mitoses. Les trois critères sont cotés en 1, 2 et 3 :

- architecture :
 - 1-la tumeur ne comprend que des tubes,
 - 2-partiellement tubulaires,
 - 3-la tumeur ne comprend aucun tube ;
- atypies cytonucléaires :
 - 1-noyaux réguliers monomorphes,
 - 2-atypies modérées,
 - 3-noyaux pléomorphes avec atypies marquées ;
- nombre de mitoses : le nombre de mitoses est recherché sur 20 champs au fort grossissement en périphérie de la tumeur. Le nombre de mitoses le plus important par grand champ est retenu :
 - > si le nombre est de 1 ou 0 : le critère est coté en 1,
 - > si le nombre est de 2 : le critère est coté en 2,
 - > si le nombre est de 3 ou plus : le critère est coté en 3.

⁹² Auteurs : F. Baillet, C. Genestie, G. Auclerc, J. Blondon, A. Votadoro, chapitre 11 du Polycopié de la faculté de Médecine, UPMC, Paris 6.

L'addition des trois critères permet de réaliser le grade :

- Grade I : 3,4,5 ;
- Grade II : 6,7 ;
- Grade III : 8,9.

Les facteurs pronostiques liés à la tumeur sont :

- la présence et le nombre de ganglions métastatiques ;
- la taille de la tumeur ;
- le type histologique (bon pronostic : tubuleux, mucineux) ;
- le grade histopronostique élevé de Elston-Ellis ;
- l'index de prolifération élevé (évalué par Ki67) ;
- la négativité de RO et RP ;
- la surexpression de HER-2.

Grade SBR	Processus psychiques	# Patients concernés						
1	2	1	P22					
1	3	5	P21	P06	P09	P01	P20	
1	4	2	P03	P16				
2	1	1	P23					
2	2	5	P12	P08	P18	P15	P13	
2	3	1	P17					
2	4	1	P04					
3	3	4	<u>P07</u>	<u>P24</u>	<u>P14</u>	<u>P02</u>		
3	4	2	<u>P10</u>	<u>P05</u>				
NC	2	1	P11					

Tableau 4 : Tableau dynamique qui croise Facteurs SBR et processus psychiques

Si on ne retient que les patientes du grade 3, nous avons sept patientes : (07) Lydie, (24) Hélène, (14) Véronique, (02) Emma, (10) Annie, (05) Aimée et (11) Chantal. Nous avons déjà une convergence de commentaires pour les patientes (02) Emma, (10) Annie, (05) Aimée, (24) Hélène et (14) Véronique. Nous devons comprendre ce qu'il en est pour les patientes : (07) Lydie et (11) Chantal. Le grade SBR n'ayant pas été communiqué pour Chantal (11), nous ne pouvons pas commenter ce cas. Il ne reste plus que Lydie (07) :

Lydie révèle de façon surprenante comment les capacités neuropsychiques peuvent contribuer à résister à la maladie et à renforcer ses défenses en vue de rétablir l'homéostasie de l'organisme. Elle a souffert d'une grave dépression de 2011 à 2016 et elle est suivie par un psychiatre avec de très bons résultats thérapeutiques. Suite à des traumatismes de l'enfance (abandonnée par sa mère, viol à un très jeune âge) la patiente est dans l'auto-agression du corps et non dans l'automutilation ; elle ne prend pas de psychotropes. Le réveil de tous les

traumatismes à l'occasion d'un nouveau traumatisme a contribué à la maladie actuelle, comme une dernière manifestation des troubles psychosomatiques. Les auto-agressions sont à relier à la perte de l'ensemble des sensations neuronales pendant sa dépression : odeur, goût, toucher, etc. anesthésie psychique. Le diagnostic psychosomatique est très bon : Aller-retour présent passé excellent, remémoration, importante vie onirique, activités intellectuelles et artistiques. Lorsqu'une patiente a des capacités d'investissement intellectuels, artistiques, activités sportives, etc. nous pouvons conclure que les défenses mentales contribuent à investir de l'énergie dont une petite partie est absorbée par la maladie. Elle n'agresse que son corps pour se sentir vivre, et de façon humoristique concernant la reconstruction mammaire, elle dit : « je voulais que l'on fasse un nouveau sein avec du Moi et non pas avec du silicone ». La dépression de la dernière année nous a inquiété, mais ses capacités de surmonter le syndrome, l'accompagnement psychiatrique et les investissements intellectuels et artistiques nous ont amené à un pronostic favorable concernant cette patiente qui est tout à fait remarquable dans ses capacités de combat et de survie.

Relations entre taille de la tumeur, processus psychiques et développement de l'identité féminine

Taille de la tumeur	Processus psychiques	# Patients concernés						
0	1	1	P23					
0	2	2	P11	P13				
0	3	5	P21	P07	P06	P24	P09	
6	4	1	P04					
7	4	1	P03					
10	3	1	P20					
11	2	1	P18					
12	3	1	P17					
13	2	1	P08					
14	2	1	P22					
14	4	1	P16					
16	3	1	P01					
24	3	1	P14					
25	4	1	P10					
40	3	1	P02					
40	4	1	P05					
150	2	1	P15					

Tableau 5 : Tableau dynamique qui croise taille de la tumeur et processus psychiques

Le [tableau 5](#) ci-dessus indique très clairement que trois patientes ont des tumeurs de taille supérieure à 3 cm, à savoir Emma (02), Aimée (05) et Alexandra (15).

Nous n'avons pas abordé jusqu'à présent un problème qui passe souvent inaperçu des médecins et des gynécologues, à savoir l'identité psychique féminine des femmes adultes. Quelle relation ont-elles avec leur corps dans la dimension génitale ? Le processus de maturation psychosexuel est-il achevé ? Ces femmes ont-elles investi psychiquement leur corps à la préadolescence et à l'adolescence ? Quels ont été les problèmes neurosomatiques de développement de la sexualité (axe hypothalamique, aménorrhée, etc.) ? Nous sommes en présence de deux images du corps : l'image neuronale et l'image psychique du corps. Le corps est investi par l'énergie mentale sexuelle progressivement au cours du développement dans le meilleur des cas. C'est cet investissement qui permet d'accéder au plaisir. Sans investissement des organes génitaux du corps, il n'y a pas de plaisir comme on peut le constater dans de très nombreux troubles de la sexualité féminine. Nous sommes en présence de femmes adultes par la taille, mais qui sont restées des petites filles. La sexualité génitale a été accompagnée de nombreux problèmes non résolus. Ces femmes sont restées fixées dans une position de maturation antérieure à la génitalité.

Revenons à présent à nos trois patientes :

- Emma (02), une personne très attachante et dont la mort nous a profondément attristé, a très clairement indiqué que son parcours de femme avait été entravé par sa mère : « Quant à ma mère, elle est âgée de 80 ans ; c'est le nœud de tous les problèmes. J'ai repris contact avec elle depuis 2007, elle vit seule, pas loin de chez moi. Ma mère ne dépense rien, elle vit comme une bohémienne, très artiste, très douée, c'est une femme-enfant ». Comment grandir et devenir une femme adulte génitalement quand on est élevé par une mère profondément narcissique qui est elle-même un enfant. Aucune possibilité d'identification, et ce n'est pas surprenant que cette patiente n'a jamais eu d'orgasme comme elle nous l'a précisé. La sphère génitale n'a jamais été investie, ce qui a barré la route au plaisir. La patiente (02) est une femme dont le développement intellectuel est remarquable, mais qui sur le plan psychoaffectif est restée une petite fille. C'est ce que nous appelons un problème d'identité psychique féminine.
- Aimée (05) à une importante vie sociale pour remplacer l'Objet maternel qui n'a jamais été internalisé. Dernière de sa fratrie, elle a dû faire face tout au cours de sa vie à d'énormes stress professionnels et des deuils dans toutes les dernières années, à commencer par le deuil du père qui est un homme de nature violente et fascinante. Le choix de son mari s'est fait sur le modèle paternel, et elle a fini par divorcer pour retrouver un homme qui s'est comporté de la même façon. Elle se présente comme une femme séduisante, mais derrière cette séduction nous devons comprendre non pas une relation de type génital, mais une relation de type archaïque : recherche constante du regard et de l'amour maternel. Elle n'a jamais grandi ni investi son corps.
- Alexandra (15) a vécu toute sa vie jusqu'à présent dans la répétition du rejet affectif maternel, de la déception causée par son premier amour, de son premier divorce, puis de son divorce actuel en cours, car aucune de ses relations amoureuses n'a satisfait sa demande inconsciente de retrouver un Objet maternel. Elle occupe des fonctions importantes dans le domaine juridique, mais elle vit seule à la recherche constante d'un Objet qui pourrait soutenir ce que l'on appelle les instincts de vie, et de poursuivre sa vie. Comme les deux autres patientes, elle est restée une enfant, et n'a jamais investi le corps d'une femme adulte.

Considérations théoriques

Toutes ces observations de nature neuropsychique devraient interpeller afin que la dimension féminine des personnalités soit prise en considération à travers tous les avatars du

développement. Il est tout à fait évident pour nous que la faiblesse ou l'absence de défenses mentales aux côtés des défenses somatiques facilite la désorganisation progressive de l'unité psychosomatique avec apparition du cancer dans toutes les zones corporelles fragilisées non investies psychiquement.

Pour comprendre le processus des somatisations, il est important de mettre en relation le système psychique, système de défense de l'unité psychosomatique aux côtés du système immunitaire, avec le système nerveux central. Les excitations quotidiennes internes et externes, auxquels nous sommes confrontés, font d'abord l'objet d'un traitement au niveau du système psychique qui, s'il n'en a pas les possibilités (défaillance, fragilité, etc.) sont transmises au niveau du système nerveux central. Jaak Panksepp⁹³ distingue quatre sous-systèmes fondamentaux de commande neuronale des émotions déliées des représentations mentales suite à des événements traumatiques de notre vie quotidienne :

- le système exploratoire,
- le système de réaction de rage et de colère suite à une agression,
- le système de réaction de peur,
- et enfin le système de séparation-détresse ou système panique plus spécialement lié au sentiment de perte et de tristesse.

Notre hypothèse est que le quantum d'excitations, selon la nature de l'agressivité ou de la perte d'Objet, se transmet à l'un des quatre sous-systèmes qui interprète ces excitations comme une menace déclenchant les mécanismes de survie. (cf. notre ouvrage « [La Neuropsychanalyse](#) »). L'appareil psychique est très long à se mettre en œuvre, selon notre expérience clinique, il nécessite en moyenne de 24 à 48 heures pour commencer un travail d'élaboration satisfaisant. Que se passe-t-il dans ce délai est une question que nous devons nous poser ?

Pendant ce temps de réaction, les excitations sont transmises au niveau du système nerveux central, plus spécifiquement à l'axe hypothalamique-hypophyso-surrénalien qui interprète en fonction de sa programmation génétique les excitations en termes de comportements de lutte ou de fuite. (cf. les 4 sous-systèmes neuronaux ci-dessus). L'appareil psychique met en moyenne 24 à 48 heures pour commencer un travail d'élaboration destiné à traiter les excitations qui l'assaillent.

La transmission des excitations au niveau du Système Nerveux Central [SNC] déclenchent alors les mécanismes d'adaptation somatique régulés par l'hypothalamus.

En cas de court-circuit de l'appareil psychique, provoqué par un traumatisme, nous sommes en présence des phénomènes suivants :

- 1-déliation des représentations mentales et des émotions, avec libération d'un potentiel d'énergie considérable ;
- 2-mémorisation du traumatisme au niveau de l'amygdale et de l'hippocampe qui internalise la source du traumatisme ;
- 3-Cette mémorisation fonctionne en circuit fermé en déclenchant de façon continue le ballet hormonal de l'axe hypothalamique destiné à favoriser l'adaptation à la situation.

La permanence dans le temps des sécrétions hormonales perturbent les équilibres somatiques en commençant par les dérèglements des cycles ultradiens du corps, et leurs conséquences sur

⁹³ Panksepp, J. *Affective Neuroscience : The Foundations of Human and Animal Emotions.*
New York : Oxford University Press ; 1998

les différentes fonctions somatiques, suivis de l'apparition de maladies somatiques réversibles et irréversibles.

Toutes les maladies sont psychosomatiques par définition puisque l'être humain est une unité psychosomatique ; « à quelles références de sa vie antérieure (de sa petite enfance et de son enfance surtout) les évolutions des pathologies somatiques passées, récentes ou actuelles, peuvent-elles renvoyer ? »⁹⁴.

Nous avons établi des relations au terme de nombreuses années d'études de neurosciences, entre le fonctionnement psychique et celui du système nerveux central, car ils sont profondément interreliés au terme des 16 à 20 premières années de vie d'un être humain. Cette approche a été nommée : « Neuropsychanalyse », par notre collègue le professeur Mark Solms, Président-fondateur de l'Association Internationale de Neuropsychanalyse (NPSA) regroupant des grands spécialistes de neurosciences et des psychanalystes. Nous ne sommes plus dans le tout psychique, ni dans le tout organique. Nous avons publié en France, en 2006, le premier ouvrage consacré à la Neuropsychanalyse. Dans cet ouvrage nous avons émis l'hypothèse, en combinant le processus de maturation psychosexuelle et le processus d'intégration neuronale du système nerveux central, d'organisations somatopsychiques. Le problème d'un diagnostic psychosomatique est profondément relié scientifiquement aux failles de développement des deux processus et de leur intégration : **il existe un système neuropsychique.**

Conclusion

À la suite de nombreuses polémiques, est née l'idée d'une évaluation personnalisée du risque somatique dans le cadre du cancer du sein. L'étude RIVIERA, par exemple, a pour objectif de démontrer la faisabilité d'un dépistage en fonction du risque ; à partir d'octobre 2018, un programme européen va inclure 85 000 femmes dans l'étude. Le risque somatique du cancer du sein est estimé à partir de quatre critères simples : la densité mammaire, un facteur de risque aggravé non évalué à l'œil par le radiologue, l'âge, le nombre d'antécédents familiaux et l'existence d'un antécédent de biopsie du sein pour lésion bénigne.

Encore une fois nous sommes en présence de paramètres exclusivement somatiques. Notre réflexion actuelle rejoint ce que nous n'avons cessé de déclarer, à savoir que pour le moment on n'examine dans les études épidémiologiques que la dimension somatique corporelle des êtres humains. Est-ce suffisant pour évaluer le risque ? Nous avons modestement dans cette étude, qui n'a pas fait l'objet de financement, tenté de démontrer sur un très petit échantillon l'importance des événements de vie dans leurs retentissements neuropsychiques affaiblissant les défenses mentales des êtres humains, ouvrant la voie aux somatisations. Nous avons insisté sur l'identité psychique féminine qui est un facteur important à prendre en considération pour une telle étude. Nous pensons que, dans les études épidémiologiques actuelles, l'absence d'une composante importante de l'unité psychosomatique humaine ne permet pas d'aboutir à des conclusions épidémiologiques pertinentes.

Paris le 25 janvier 2018

⁹⁴ Pierre Marty « La psychosomatique de l'adulte », PUF, 1990, (Que sais-je ? n° 1850), p. 73-74

BIBLIOGRAPHIE

- Stora, J.B. Sémiologie psychosomatique. Annales de Psychiatrie, 1994, 9, n° 2, 117-124.
- Engel G.L. The need for a new medical model : a challenge for biomedicine (↑82), Science, 1977, 196, 4286, 129-136.
- Stora, J.B., (2006) « [La Neuropsychanalyse](#), controverses et dialogues » MJW-Fédition 2011 ; paru dans une première édition en 2006 aux PUF (Que sais-je ?), puis MJW-Fédition (2011).
- Marty, P. La classification psychosomatique, 1987, document de travail ronéotypé. Tenenhaus, M. La régression PLS généralisée, Cahier de Recherche n° 472, Groupe HEC, 1993, Jouy-en-Josas.
- Tenenhaus M, Gauchi J-P, Ménardo C. Régression PLS et Applications. 1995, Revue Statistique Appliquée, XLIII (1), 7-63.
- Geladi P, Kowalski B.R. Partial Least-Squares Regression : A Tutorial. Analytica Chimica Acta, 1986 ; 1, 185, 19-32.
- Glenn W.G, Dunn III W.J, Scott D.R ; Principal Components Analysis and Partial Least Squares Regression, Tetrahedron Computer Methodology, 1989, 2, 6, 349-376.
- Wold S. Multivariate Data Analysis : converting Chemical data Tables to Plots, in Computer Applications in Chemical Research and Éducation, 1989, Dr. Alfred Hüthig, Verlag, Heidelberg.
- Panksepp, J. Affective Neuroscience : The Foundations of Human and Animal Emotions. New York : Oxford University Press ; 1998
- F. Baillet, C. Genestie, G. Auclerc, J. Blondon, A. Votadoro, chapitre 11 « Cancer du Sein », Polycoié de la faculté de Médecine, UPMC, Paris 6.

LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES (↑83) :

Axe 1A : relation d'Objet (présence de l'Objet) ; – évaluation de la dimension narcissique (présence Soi grandiose, Idéal du Moi) ; dimension masochique ; évaluation de l'imaginaire (l'épaisseur du préconscient ; capacité associative et de remémoration, existence d'une capacité de rêver).

Axe 1B : états psychiques et événements de vie personnels : Angoisses deuils dépressions ; vécus traumatiques ; influence de la culture sur les processus

Axe 1C : fixations somatiques, et fixations psychiques

Axe 1D : mécanismes de défense mentaux

Axe 1E : présence de traits de caractère : phobique hystérique pervers ; à dominante orale, à dominante anale, phallique-narcissique, relation sado-masochique

Axe 1F : capacité de mobiliser son énergie vitale pour investir des activités telles que pratique d'une activité sportive, activités intellectuelles et artistiques, sociales, etc.

NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE DYNAMIQUE : UNE NOUVELLE APPROCHE

JEAN BENJAMIN STORA

CONFÉRENCE DU SAMEDI 23 SEPTEMBRE 2017 DEVANT LES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE AU GHU LA PITIÉ-SALPÊTRIÈRE (CETTE CONFÉRENCE A POUR RÉFÉRENCE UN TRAVAIL DE RECHERCHE ACCOMPLI DE 1993 À 2008)

Il s'agit de vous présenter les conclusions d'un travail de recherche qui a commencé à la mort de Pierre Marty (Juin 1993). J'avais observé avec beaucoup d'attention les difficultés des psychosomatiques de l'IPSO d'appliquer la nosographie psychosomatique élaborée par Pierre Marty. Cette nosographie reposait sur son immense expérience clinique et sur le concept de « mentalisation ».

Lors de la rédaction de mon livre « Quand le corps prend la relève... » j'avais commencé à critiquer **le concept de mentalisation** en le replaçant dans un contexte culturel afin d'en démontrer toutes les dimensions, et surtout toutes les limitations. La mentalisation n'est pas la même lorsqu'on parle dans sa langue maternelle ou dans une langue étrangère, car les références à la constitution de l'imaginaire ne sont pas les mêmes, d'où la difficulté pour un praticien français d'évaluer l'imaginaire d'un patient étranger. Par ailleurs même dans la culture française, il peut y avoir des écarts considérables entre les individus compte tenu de leur appartenance régionale (référence aux cultures d'origine : celte, basque, etc.) et **aussi de la formation de l'imaginaire individuel**.

Il s'agit d'un concept utile mais difficile dans son application. Ce concept est utile après avoir établi un diagnostic pour qualifier la nature du fonctionnement psychique.

À partir de ma pratique clinique hospitalière, et de mon enseignement à l'université de Paris 8 et à la Faculté de Médecine de la Pitié-Salpêtrière, j'ai poursuivi mes recherches psychosomatiques, car deux méthodes de P. Marty posaient problème :

- 1-La classification qui ne comportait pas suffisamment de descripteurs de l'observation des patients reposant sur un modèle métapsychologique ignorant les phases archaïques du processus de maturation psychosexuel (surtout la relation d'Objet).
- 2-La nosographie qui était difficile, sinon impossible dans son application (cf. articles précédents).

J'ai abouti, **premièrement**, début 2000 à une nouvelle méthode psychosomatique reposant sur un modèle métapsychologique global élargi prenant en considération les apports considérables de Mélanie Klein, Sándor Ferenczi, Karl Abraham, René Arpad Spitz, Daniel Stern, Donald Winnicott, Bion, Daniel Stern, André Green, Joyce McDougall, Bernard Golse et bien entendu Pierre Marty (cette liste n'est pas exhaustive). **La diversité des apports théoriques et leur synthèse ont été effectués dans le cadre de mes travaux. Il s'agit de la « Méthode d'évaluation du risque psychosomatique ».**

Deuxièmement, il s'agissait parallèlement de proposer « une nouvelle nosographie psychosomatique dynamique », utile aux médecins et aux psychothérapeutes.

Ma conférence a pour objet de proposer cette nouvelle nosographie psychosomatique dynamique.

Le présent travail dans une première esquisse, propose cette nouvelle nosographie psychosomatique dynamique. Il s'agit d'un retour à Freud dont de très nombreux concepts n'ont pas été pris en considération par Pierre Marty, dont l'approche était fondée sur une

philosophie « vitaliste » proposant une approche de l'énergie vitale ne reposant pas sur un déterminisme physico-chimique donc débouchant sur une rupture et un clivage entre corps et esprit. Dans les 15 dernières années (de 1993 à 2008) j'ai étudié avec beaucoup d'attention les premiers travaux de Sigmund Freud concernant les névroses actuelles, et j'ai rencontré le même intérêt chez Michel de M'Uzan, un des quatre fondateurs avec Pierre Marty de l'École de Paris, que j'ai rencontré voici 9 ans, ce qui m'a permis d'avancer plus loin dans mes réflexions.

J'ai intégré dans cette nosographie **l'hypothèse d'organisations somatopsychiques** que j'ai développées dans mes travaux de 1999, repris dans plusieurs publications dont la dernière : « Neuropsychanalyse » 2006 et 2011. J'ai poursuivi le développement de cette nosographie à partir de recherches plus approfondies sur **la constitution du Soi** tant au niveau neuronal qu'au niveau psychique. Pour la dimension neuronale, je fais plus spécifiquement référence aux travaux d'Antonio Damasio, et pour la dimension psychique, aux très importants travaux d'Évelyne Kestemberg sur la psychose froide. André Green a par ailleurs développé une notion voisine : la psychose blanche. **J'ai aussi intégré l'importante classification du développement psychosexuel de Karl Abraham.** Cette nosographie est destinée à faciliter l'établissement du diagnostic par les psychosomatiques ainsi que par les médecins et les psychothérapeutes intéressés par l'approche de la psychosomatique intégrative.

Début de mes notes de réflexion introductives à la nosographie psychosomatique dynamique.

Dans le manuscrit E. de l'année 1894, intitulé « comment naît l'angoisse », Sigmund Freud nous fait part de ses considérations théoriques concernant la névrose d'angoisse ; le point de vue exprimé constitue le point de départ de toutes nos réflexions contemporaines en psychosomatique.

Il déclare : « dans l'ensemble, ma théorie tient assez bien. La tension sexuelle se transformant en angoisse dans les cas où, tout en se produisant avec force, elle ne subit pas l'élaboration psychique qui la transformerait en affect, phénomène du, soit à un développement imparfait de la sexualité psychique, soit à une tentative de répression de cette dernière (c'est-à-dire à une défense), soit encore à une désagrégation, soit enfin à l'instauration d'un écart devenu habituel entre la sexualité physique et la sexualité psychique. Ajoutons encore à cela l'accumulation de tensions physiques et le rôle joué par les obstacles qui empêchent une décharge vers le domaine psychique. » (Sigmund Freud, Page 84, la naissance de la psychanalyse, PUF, quatrième édition, 1979).

Le concept de mentalisation de Pierre Marty est fort utile pour comprendre les processus d'élaboration mentale et de renforcement de l'organisation du préconscient de nos patients.

Comme Pierre Marty l'a signalé à juste titre, le préconscient est la plaque tournante de l'économie psychosomatique. Il est le lieu de liaisons des processus primaires avec les processus secondaires ; mais pour que cette organisation fonctionne, il est nécessaire qu'au cours du processus de maturation psychosexuelle des individus, cette organisation soit enrichie par la constitution d'innombrables chaînes associatives, **d'où l'interrogation sur la constitution de l'imaginaire, problème qui n'a jamais été développé par P. Marty.**

Lors de l'investigation psychosomatique, il est très difficile de pouvoir apprécier le degré de mentalisation d'un individu, car les observateurs doivent avoir une immense expérience clinique ce qui n'est pas le cas des étudiants débutants dans la discipline. De plus, le concept de mentalisation doit être placé dans le contexte de la culture des patients qui font l'objet d'investigation psychosomatique. Certains patients ont plus de richesse mentale dans leur

langue maternelle que dans la langue française (cf. Chapitre 5 de mon ouvrage « Quand le corps prend la relève... »). Par ailleurs même nos patients de culture française peuvent révéler des plages de mentalisation ignorées lors des premières investigations. La mentalisation est un concept utile puisqu'il est au cœur même du dispositif de l'élaboration psychique ; **nous ne pouvons fonder une nosographie psychosomatique sur la comparaison des différents niveaux de mentalisation de nos patients.** Par contre, tout au long du processus de psychothérapies psychosomatiques nous pouvons constater une reprise et un enrichissement constant de la mentalisation permettant à nos patients de renforcer leur défense mentale et de diminuer, voire affaiblir progressivement leurs troubles somatiques, puisque le système psychique reprend sa capacité de gérer le quantum d'excitations.

Je propose pour mieux cerner le fonctionnement psychique des patients somatiques de reprendre un concept développé par Sigmund Freud, à savoir : **les névroses actuelles.** Je rappelle ce qu'il nous dit :

« La tension sexuelle se transformant en angoisse dans les cas où, tout en se produisant avec force, elle ne subit pas l'élaboration psychique qui la transformerait en affect, phénomène du :

- soit à un développement imparfait de la sexualité psychique,
- soit à une tentative de répression de cette dernière (c'est-à-dire à une défense),
- soit encore à une désagrégation,
- soit enfin à l'instauration d'un écart devenu habituel entre la sexualité physique et la sexualité psychique.

Ajoutons encore à cela l'accumulation de tensions physiques et le rôle joué par les obstacles qui empêchent une décharge vers le domaine psychique. »

C'est à partir de ces réflexions que **Freud a développé le concept de « névrose actuelle »** et comme on peut le constater dans la citation ci-dessus, cela correspond aux théories développées bien plus tard en psychosomatique.

Avant de développer la catégorie nosographique des névroses actuelles que je vais placer après les névroses dites classiques, je souhaite revenir sur les réflexions de Michel de M'Uzan exposées dans une interview du numéro 19 de la revue française de psychosomatique (2001,145-160). À propos de la mentalisation, il déclare que cela concerne la gestion au niveau psychique des tensions et des conflits.

Mais « en est-il toujours ainsi ? ». « **Je ne suis pas assuré, dit-il, que la non-mentalisation soit nécessairement dommageable** ». Un certain nombre d'actions que nous menons (conduite automobile, etc.) ne nécessitent pas de passer par le processus de mentalisation, et l'on sait que « moins l'activité est mentalisée, moins on a à penser, et plus c'est sûr ». Si Pierre Marty a parlé de l'épaisseur du préconscient, Michel de M'Uzan préfère parler de la valeur fonctionnelle du préconscient, de la capacité de voir des choses dans les choses, d'accéder à la métaphore et à l'humour. Ainsi « pour moi dit-il... la mentalisation, c'est la prise en charge des conflits au niveau du préconscient par des constructions significatives qui rejoignent en quelque sorte ce que nous attendons de notre activité interprétative ».

Quant au concept de démentalisation, Michel de M'Uzan pense qu'il s'agit de l'altération des fonctions de représentation ou des capacités de représentation, et en particulier, celle de la symbolisation. « [...] la démentalisation engage un fonctionnement opératoire puisque là fait défaut l'accès à la métaphore » (une chose est une chose). Le processus de démentalisation est lié aux événements de la vie tant interne qu'externe.

Alors que pour Pierre Marty la structure psychosomatique est inamovible à l'âge adulte, Michel de M'Uzan ne pense pas que la structure soit fixe, il pense plutôt à une redistribution structurale évolutive. **Pour lui la structure n'est pas primitive mais secondaire** ; elle se constitue secondairement à partir de fonctionnements mentaux qui ont fait leurs preuves au cours de la vie du sujet qui tend à y revenir constamment, donnant ainsi à ce type de fonctionnement **une apparence structurale**. Il ne nie pas qu'il puisse avoir une fixité du fonctionnement dans certains cas où il semble que nous sommes en présence de rigidité, plus rien de mobilisable, par exemple dans le fonctionnement pervers.

J'ai développé un point de vue identique bien avant d'avoir rencontré Michel de M'Uzan ; mon expérience clinique m'a conduit à penser que les structures étaient loin « d'être inamovibles », bien au contraire. L'hypothèse d'inamovibilité fixe une fois pour toute le fonctionnement dans un cadre rigide ; cette hypothèse est contraire à celle de plasticité neuronale et de déblocage des points de fixation-régression pour remettre en marche la poussée pulsionnelle sur le chemin de la maturation dans le cadre des psychothérapies psychosomatiques.

En quelque sorte la structure serait la résultante d'un certain nombre de fonctionnements mentaux sélectionnés de façon précoce par le Moi.

La conception de **la structure secondaire** permet d'intégrer les principes du fonctionnement mental, c'est-à-dire les rapports entre le Moi plaisir et le Moi réalité. Lorsque la voie de la mentalisation se trouve freinée, ce sont toutes les fonctions du principe de réalité qui prennent le pas. C'est « à ce moment-là que peut s'affirmer progressivement quelque chose qui ressemble à une structure ». En fait on parle de structure en psychopathologie lorsque nous avons affaire à des mécanismes de défense du Moi. Par exemple on parlera de structure obsessionnelle ou hystérique accompagnée de mécanismes de défense de type obsessionnel ou de type hystérique. Mais pour Michel de M'Uzan, **la dynamique du fonctionnement mental peut faire évoluer la structure hystérique vers l'obsession grâce à un développement marqué de la mentalisation** ; de même l'hystérie d'angoisse a une potentialité évolutive supérieure à celle de l'hystérie de conversion, et a fortiori de la névrose d'angoisse.

Ainsi donc nous nous trouvons en présence d'une grande plasticité du fonctionnement mental évoluant vers des mentalisations de plus en plus sophistiquées.

Pour compléter la notion de mentalisation et de démentalisation, il précise qu'il préfère parler d'incapacité à continuer de mentaliser, c'est-à-dire qu'à partir d'un certain seuil, et **pour des raisons essentiellement économiques**, la situation n'est plus gérable psychiquement. Donc il s'agirait d'une incapacité de continuer à gérer psychiquement la situation, ce qui renvoie à la notion de traumatisme. Il fait une différence entre la situation traumatique et la situation de danger qui permet de déclencher l'angoisse en tant que signal d'alarme orientant les mécanismes vers l'angoisse de castration c'est-à-dire vers la mentalisation.

Toute situation traumatique entraîne un décrochage du psychisme conduisant à revivre une situation traumatique ancienne ; d'autres modalités de gestion de la situation seront mises en œuvre.

À la différence de Pierre Marty ou d'André Green qui postulent tout de l'existence d'une force qui démentalise ou qui détruit le travail mental, Michel de M'Uzan fait appel à la notion de conjoncture économique, c'est-à-dire aux facteurs économiques, à la poussée de la pulsion, pour expliquer ce qui permet la fonction de la mentalisation ou ce qui l'en empêche.

Face à des situations de nature traumatique, lorsque la poussée de la pulsion est d'une puissance telle qu'il est impossible de construire un symptôme, on a affaire pour Michel de M'Uzan à une sexualité « démoniaque » ; je préfère personnellement parler de « **sexualité**

désordonnée ». Quant à la nature de la poussée pulsionnelle d'un niveau exceptionnel suite à un traumatisme, **je préfère avancer les hypothèses offertes par les neurosciences à savoir un décrochage entre le système limbique (émotions) et les cortex préfrontaux**. Le destin de cette sexualité désordonnée est de se dégrader progressivement au point de n'être plus qu'une énergie d'excitation, c'est-à-dire une énergie actuelle au sens de l'énergie des névroses actuelles ; dans mon ouvrage « quand le corps prend la relève » j'indique très clairement, en référence à Sigmund Freud, que l'énergie psychique fait retour à l'énergie somatique lorsque l'appareil psychique dysfonctionne. Cette sexualité désordonnée est en vérité la sexualité des pulsions partielles perverses, plus particulièrement celle des pulsions sado-masochiques.

Jusqu'à présent le point développé était celui de la pathologie affectant la sexualité psychique ; **il est important de développer aussi la pathologie affectant l'autoconservation**, ce qui pose le problème de l'existence d'une ou de deux énergies. En relisant Freud qui parle de l'énergie indifférenciée j'ai dans mon ouvrage fait référence à l'énergie somatique ; **en effet je considère (hypothèse) que l'énergie libidinale est une transformation de l'énergie somatique**. J'ai de plus transformé la référence de Freud à la 2^e loi de Carnot en introduisant les principes de la physique moderne, à savoir les lois des systèmes ouverts dissipatifs d'énergie (Ilya Prigogine). On ne peut pas en rester aux lois mécaniques du 19^e siècle. Pour Michel de M'Uzan l'énergie indifférenciée dont parle Freud dans « le Moi et le Ça » pourrait concerner « l'énergie actuelle » ; il identifie volontiers cette énergie actuelle à l'énergie de l'autoconservation.

« Je considère, déclare Michel de M'Uzan, que les névroses actuelles procèdent d'une incapacité à élaborer des symptômes névrotiques, telles les phobies et les obsessions. »

Ainsi il arrive à une nouvelle notion de nosographique dynamique ; il distingue ce faisant les psychonévroses de défense qui relèvent de l'ordre de la mentalisation des névroses actuelles qui procèdent d'une carence fonctionnelle du préconscient et de l'échec des activités défensives du Moi. Les névroses actuelles sont caractérisées par une dégradation des capacités d'invention de symptômes névrotiques. Pour compléter cette approche, Michel de M'Uzan pense qu'il est nécessaire d'y faire figurer l'activité délirante. Il distingue à cet égard les formations délirantes dont la pathologie n'a pas altéré fortement le Moi, et qui relèvent à cet égard de la mentalisation. Il propose une catégorie de psychose actuelle recouvrant plus ou moins les « psychoses blanches » ; il s'agit essentiellement d'une pathologie de l'autoconservation. « Quoi qu'il en soit, ces psychoses actuelles recouvrent les somatoses, les pathologies psychosomatiques les plus graves, c'est-à-dire celles où la vie même est menacée ; on a toujours affaire à un fonctionnement psychique de survie ».

Les propositions concernant les relations entre les pulsions de conservation et le développement d'une somatisation ne sont pas explicitées par Michel de M'Uzan qui se situe exclusivement sur les terrains du modèle freudien bien qu'il évoque des troubles fonctionnels ainsi qu'un développement anarchique des fonctions somatiques. Son modèle reste limité exclusivement sur le plan épistémologique au modèle global freudien. Pour lui les symptômes somatiques de la névrose actuelle correspondraient à un hyper-ou-hypo-fonctionnement des fonctions physiologiques. La dégradation de l'autoconservation conduit à une véritable désorganisation.

Il ne s'agit en vérité que d'explications formelles sans recours aux disciplines que sont la médecine et les neurosciences ; Michel de M'Uzan reste sur le terrain d'énoncés spéculatifs. Il ne propose pas à notre attention d'autre explication que celle relative à la dégradation de l'énergie économique ; il s'agit de désordre économique, mais ce n'est pas à nos yeux suffisants pour comprendre les somatisations. Dans le schéma que je propose le désordre économique n'est que la résultante de l'interrelation des cinq

systèmes envisagés dans le modèle global, à savoir : le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire, et enfin le génome.

(cf. mon article sur les processus de somatisations, paru dans les Annales médico-psychologiques, Revue de Psychiatrie).

Revenons à présent sur les termes de fixations et de régression : pour Michel de M'Uzan, le terme de fixations a un caractère d'immobilité durable. Fixations et régressions appartiennent au domaine des psychonévroses et sont profondément liées au versant psychique de la pulsion sexuelle. Il pense en fonction de son expérience clinique que nous avons plutôt affaire à des modalités de fonctionnement sans cesse remaniées en rapport avec les aléas de l'existence, des achoppements fonctionnels fluides, mobiles qui au contraire des fixations orientent l'évolution de l'organisme. Il considère que le terme de pulsion devrait être réservé à l'ordre sexuel ; par conséquent il récuse l'expression « pulsion d'autoconservation ». **Pour lui le terme « autoconservation » concerne le programme de développement et de préservation d'essence génétique.** Il est d'accord avec Francis Pasche pour rejeter l'expression pulsion de vie en faveur de l'expression instinct de vie pour l'opposer à instinct de mort. Mais puisque la notion d'instinct est obsolète, il préfère s'en tenir à la conception d'un destin auto-conservatif d'essence génétique avec les différents points d'achoppement. D'où la notion d'entités nosographiques à partir d'un axe auto-conservatif.

Comme on peut le constater, Michel de M'Uzan se situe dans une perspective totalement psychanalytique et non psychosomatique. Sa notion d'énergie est confuse en se référant constamment à l'énergie psychique. Je considère qu'il n'y a qu'une seule sorte d'énergie qui prend sa source dans le métabolisme du corps, et qui, par le biais pulsionnel se transforme en énergie qualitative au niveau du système psychique. Je considère aussi que nous pouvons tranquillement parler de pulsion d'auto-conservation, car la pulsion prend naissance dans le soma.

Michel de M'Uzan distingue cinq étapes :

- 1-la rencontre des gamètes mâles et femelles correspondant à la première division de l'œuf ;
- 2-la naissance et son éventuel caractère traumatique ;
- 3-le clivage proprement dit dont le rôle avec la création d'un double est fondamental dans les prémisses du dégagement identitaire ;
- 4-la spécification des zones érogènes ;
- 5-la castration.

On peut considérer que dans la deuxième et la troisième étape, c'est l'ordre – du besoin de – qui règne. Avec la constitution des zones érogènes à l'étape numéro quatre le plaisir apparaît.

À chacune des étapes peuvent advenir des circonstances qui perturbent le processus d'organisation psychosomatique (il s'agit de mon hypothèse et non pas celle de Michel de M'Uzan).

À l'étape numéro trois, en fonction de circonstances particulières, des traumatismes peuvent survenir **perturbant le développement de l'identité** ; nous sommes en présence d'une entité nosographique que l'on pourrait nommer « psychose actuelle » ou « psychose blanche », où nous voyons apparaître des somatoses chroniques ; je préfère lui donner le nom de « psychose non délirante ou psychose froide » (É. Kestemberg). Il s'agit, on l'aura compris, de l'étape du clivage proprement dit (sa dimension théorique a été développée par Évelyne Kestemberg).

Le sujet avant même de s'engager dans une opération **de distinction du Soi avec le non-Soi (problématique narcissique)** afin d'assurer le développement de l'identité du sujet, doit préalablement se distinguer d'avec lui-même. **Pour cette opération nous avons un mécanisme de clivage qui aboutit à la création du double (le Je et le Moi).**

Lors de ce processus, si les circonstances perturbent celui-ci, il y aura un échec de la construction de l'identité ; parallèlement, les fonctions somatiques sont affectées par cet échec affectant le programme auto-conservatif.

La quatrième étape est une étape fondamentale, car il s'agit du passage crucial du temps du besoin au temps du désir ; étape fondamentale de développement des zones érogènes dont l'activité a pour nom : pulsions sexuelles. Il s'agit de l'étape de la séduction de la mère ; les soins maternels deviennent progressivement source de plaisir et donc de façon inéluctable séducteurs. Désormais nous sommes en présence de deux forces vitales : la force auto-conservative et la force pulsionnelle. C'est à partir de l'activité des zones érogènes, par l'entremise de la pulsion sexuelle, que se développe progressivement l'appareil psychique permettant « l'accession de l'esprit à une pleine mentalisation, c'est-à-dire riche de toutes ses capacités de fantasmatisation ».

Les troubles de cette étape correspondraient sur le plan clinique à des somatisations secondaires – échec du développement des zones érogènes ; à cette étape se développe aussi des entités telles que les névroses de caractère.

À la cinquième étape nous assistons à l'émergence du complexe de castration ; le mécanisme de refoulement à cette étape assure au pulsionnel des issues allant de l'hystérie d'angoisse à l'obsession en passant par la phobie. **Michel de M'Uzan pense que, à ce niveau nous n'avons pas de somatoses ; je pense tout à fait le contraire car nul n'est à l'abri des somatisations.**

Je pense qu'il est important de développer ici la relation d'Objet précoce et la naissance de l'appareil mental pour étudier avec plus de soin la façon dont la pulsion s'édifie à partir des fonctions somatiques que l'on qualifie de fonctions d'autoconservation.

À propos de la pulsion de mort Michel de M'Uzan souligne que Sigmund Freud était plus attaché au premier dualisme pulsionnel ; ce qui est programmé, ce n'est pas la mort, c'est la durée de vie (cf. toutes les recherches en Génétique).

Un autre point que je dois développer est celui de la séduction dans la relation psychothérapique. Sándor Ferenczi à propos de la technique active en psychanalyse associe injonctions et interdictions dans certains cas difficiles afin de faire surgir un matériel inconscient dont on soupçonnait l'existence. Sándor Ferenczi évoque ce que nous connaissons bien en psychosomatique aujourd'hui le cas de sujets dépourvus d'imagination, dont la vie fantasmatique était pauvre ; c'est ainsi qu'il pensait les inciter à « imaginer », et, en cas d'échec, il allait jusqu'à exposer ce que le patient aurait pu imaginer, sentir ou révéler, ce que l'on appelle « prêter son appareil à penser les pensées » (Bion).

À propos des techniques de psychothérapies, Michel de M'Uzan pense que nous sommes bien armés tant que nous n'avons à travailler que dans le cadre pulsionnel : à savoir celui où s'affrontent les pulsions partielles, même génitales, et les représentants psychiques de l'autoconservation (pulsion du Moi). Nous continuons à être dans le domaine du névrotique.

Lorsque nous rencontrons des cas beaucoup plus graves et très compliqués nous sommes profondément démunis, car nous n'avons pas la névrose de transfert qui s'appuie sur la névrose infantile des sujets. Nous sommes en présence d'un échec de la séduction et, donc, seule la technique active permet d'intervenir au cœur même des psychoses froides et des

somatoses graves. Je développe dans le cadre de mon séminaire créé en janvier 2014, les techniques de Thérapies Psychosomatiques : nous sommes pour les patients gravement atteints dans une relation d'attachement et, nous ne sommes plus dans une relation d'Objet qui n'a jamais été internalisé. La névrose de transfert n'existe pas, donc bien entendu, pas de relation de transfert.

Nota bene :

Lors de l'observation des patients somatiques, je rappelle qu'il est important d'établir des relations entre événements de vie et apparition des troubles somatiques en vue de calculer les temps de latence. Ces temps sont reliés aux interrelations complexes entre les 5 systèmes. Ne jamais oublier que les dysfonctionnements psychiques sont en général, mais pas toujours premiers, et qu'ils précèdent souvent les troubles somatiques dans le temps. En présence de symptômes somatiques, le médecin psychosomaticien, a fortiori le psychothérapeute psychosomaticien, doivent toujours s'interroger sur le fonctionnement psychique des patients.

NOSOGRAPHIQUE PSYCHOSOMATIQUE DYNAMIQUE

PREMIÈRE ESQUISSE 19 NOVEMBRE 2008 – JEAN BENJAMIN STORA

Développement Neuronal et psychosexuel	Classification nosographique	Diagnostic
	<u>PSYCHOSES DÉLIRANTES</u>	(Le travail de recherche sur psychose et somatisation n'est pas encore achevé) Schizophrénie Paranoïa

<u>AXE AUTO-CONSERVATIF</u>		
Développement Neuronal et psychosexuel	Classification nosographique	Diagnostic
<p style="text-align: center;">Proto-Soi Soi Central Soi Psychique Autoérotismes primaires Narcissisme Étape orale</p>	<p>PSYCHOSES NON DÉLIRANTES TROUBLES NARCISSIQUES DU SOI PSYCHOSES FROIDES</p>	<p>Atteinte de la première organisation somatopsychique (orale passive et immunitaire) (cf. Neuropsychanalyse – J. B. STORA). Prédominance de l'auto-érotisme (niveau moteur et sensoriel). Maladie grave par désorganisation progressive (cf. P. Marty) Différentes pathologies somatiques liées aux échecs de l'intégration fonctionnelle</p>

ÉCHEC CONSTITUTION DES ZONES ÉROGÈNES : <u>LES NÉVROSES ACTUELLES.</u>		
Développement Neuronal et psychosexuel	Classification nosographique	Diagnostic
<p>Étape orale cannibalique Étape sadique anale 1 Étape sadique anale 2 Étape génitale phallique</p>	<p><u>NÉVROSES ACTUELLES</u></p>	<p>Échec de la constitution des zones érogènes -- maladies somatiques par régression -- troubles de la première, de la deuxième et de la troisième organisation somatopsychique.</p> <p>Exemples de troubles somatiques : néphrosclérose, rhumatisme, troubles musculo-squelettiques, troubles sexuels neuro-hormonaux (aménorrhée, etc.), ulcères gastriques, diarrhées, constipation, maladie de Crohn, RCH, maladies du foie et de la vésicule biliaire, maladies métaboliques, céphalalgies, troubles fonctionnels, etc.</p> <p>Échec de la constitution de la névrose infantile. Prédominance dans le comportement des pulsions partielles : orale, anale, et phallique. Orientation dans le sens de la perversion si échec de l'organisation oedipienne qui permet leur dépassement.</p> <p>Présence d'un Moi (fragile et carencé) – échec des activités défensives du Moi – carences fonctionnelles du Préconscient. Problématiques prégénitales.</p> <p><u>Névrose d'angoisse,</u> <u>Hypocondrie : différents états</u> <u>Névroses de caractère</u></p> <p>Troubles liés à des traumatismes actuels</p> <p>Evaluer la mentalisation plus ou moins certaine selon la pathologie (ref. à Pierre Marty)</p>

<u>NÉVROSES DE TRANSFERT</u> OU PSYCHONÉVROSES DE DÉFENSE		
Développement Neuronal et psychosexuel	Classification nosographique	Diagnostic
Étape génitale définitive	<u>NÉVROSES DE TRANSFERT</u>	<p>Troubles de la quatrième organisation somato-psychique -- axe hypothalamo-gonadique sous-jacent au développement génital psychosexuel.</p> <p>Problématique Oedipienne.</p> <p>Les névroses de transfert ne sont possibles qu'en liaison directe avec la névrose infantile (Sigmund Freud).</p> <p><u>Hystérie de conversion</u> (limite avec névroses actuelles)</p> <p><u>Hystérie d'angoisse</u></p> <p><u>Névrose phobique</u></p> <p><u>Névrose obsessionnelle</u></p>

23 décembre 2012 / 8 avril 2018 Paris JBS

Achévé le 8 avril 2018