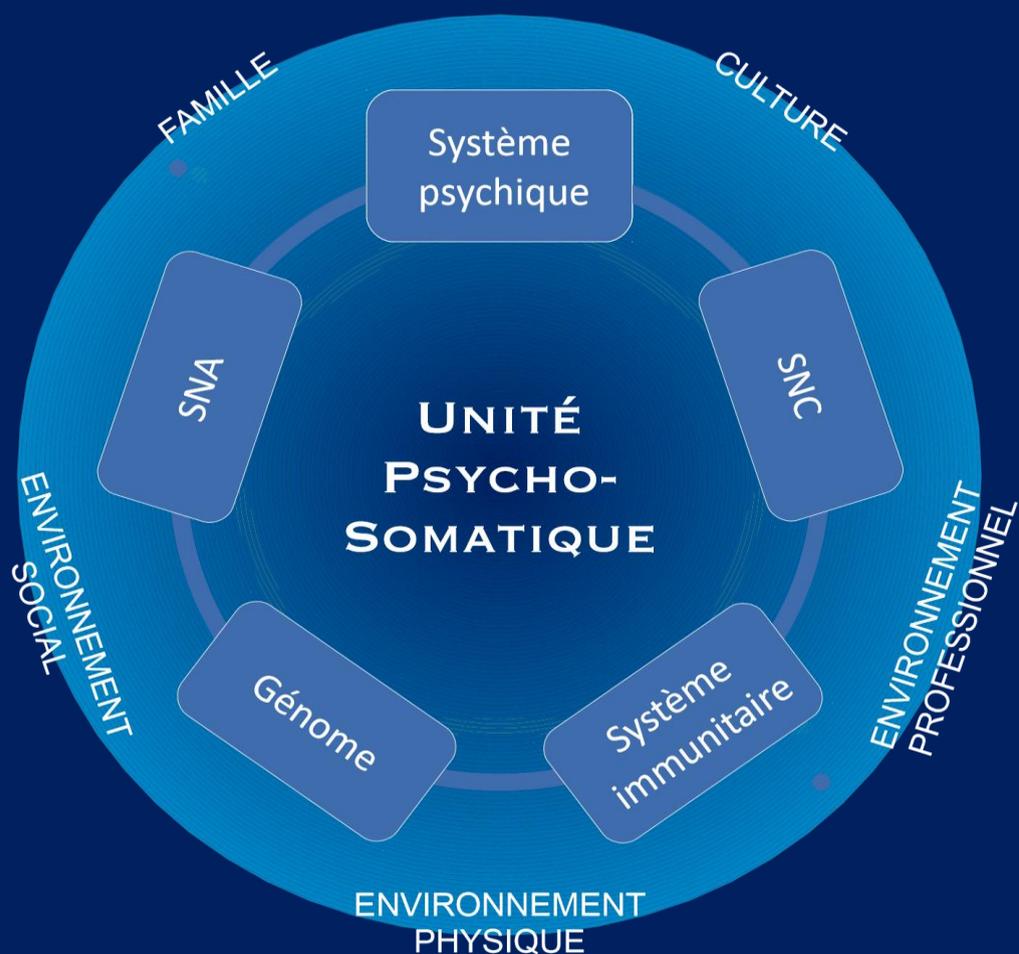


PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE
MODELE METAPSYCHOSOMATIQUE
MÉDECINE, PSYCHANALYSE, NEUROSCIENCES
REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE

CEPHALEES PRIMAIRES

CONFERENCE DU 11 DECEMBRE 2021



NUMERO 10 – 2022

COMITE DE RÉDACTION ET DE LECTURE 2021

**André Aboulkheir, Benoît Depreux, Stéphane Flamant, Elisabeth Jouan,
Lionel Naccache, Jean Benjamin Stora, Bruno Trumbic**

COMITE SCIENTIFIQUE

- **Dr. Ruth Aboulkheir , gynécologue.**
- **Pr. Laurent Beaugerie, Service de gastro-entérologie, GHU St Antoine.**
- **Anne Buot, Docteure en Neurosciences, Enseignante à l'Ecole Normale Supérieure de la Rue d'Ulm, Responsable du cours de Neurosciences de l'IPSI**
- **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. Lionel Naccache, Anesthésiste-Réanimateur, Algologue, Psychosomaticien .**
- **Dr. Karim N'Diaye, Institut du cerveau et de la moelle épinière / Brain & Spine Institute, Paris, GHU La Pitié-Salpêtrière.**
- **Pr. Wolfgang Rapp, Psychanalyste, Professeur émérite de Psychosomatique, Université de Heidelberg**
- **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, GHU La Pitié-Salpêtrière.**

LA REVUE DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE A ETE CRÉÉE EN JANVIER 2014.

PRESENTATION

Le thème des **céphalées primaires** rassemble des pathologies fréquentes et diverses qui doivent être parfaitement caractérisées sur le plan diagnostique. Il s'agit, en effet de bien différencier l'entité clinique (migraines, céphalées de tension...), jusque dans les termes diagnostiques qu'emploient les patients.

Durant plusieurs mois, ce thème a occupé les rencontres du « **Club de bibliographie** » de la SPI. Au long des échanges, les avancées de la pensée psychosomatique permises par le modèle de la Psychosomatique Intégrative (PSI) qu'a élaboré le Professeur Stora, sont apparues de façon claire, évidente.

« J'ai régulièrement des maux de tête. Les médicaments allopathiques m'aident beaucoup, mais puis-je espérer mieux ? ». C'est ainsi que les patients céphalalgiques se présentent au Psychosomaticien. Il s'agit le plus souvent de situations au long cours, amenant l'impératif d'appréhender également la composante de « **syndrome douloureux chronique** » du tableau symptomatique ; ainsi que le **retentissement sur la qualité de vie**.

Que peut apporter la PSI à ces patients ?

Le rôle aggravant ou déclenchant des **facteurs environnementaux**, notamment le **stress** est bien connu. D'où le développement des prises en charge cognitivo-comportementales ou méditatives.

Mais quid de l'investigation du fonctionnement mental dans sa dimension psychique ? Quid des **inter-relations, hyperdenses et co-évolutives** entre système psychique, système nerveux central et système nerveux végétatif ? Quid du repérage **des évènements de vie** dans leurs effets de débordement-régression voire traumatique sur le fonctionnement de l'appareil psychique ; et par là de son adaptation aux sollicitations adressées à la défense mentale ? Celle-ci étant, on le sait, une composante dynamique de **l'économie de l'homéostasie de l'unité psychosomatique**.

Quelles sont les conséquences de l'approche PSI sur ses possibilités contributives pour la prise en charge de ces patients ?

De la même façon que la PSI appréhende la pathologie de façon **multicausale**, il est indispensable de penser l'amélioration clinique de façon pluricausale.

Cette revue présente donc en avant-propos un plaidoyer pour le **modèle théorique singulier de la PSI** (p. 5). Puis un exposé général des données médicales concernant les Céphalées et Algies faciales (p. 7). Suivent une relecture d'un cas clinique de 1951 communiqué par le Dr Marty et la fiche clinique d'évaluation PSI de ce cas (p. 19). Enfin, le **Pr JB Stora** exposera un article essentiel qui permet, à travers le cas des céphalées primaires, d'appréhender **les singularités du diagnostic et du mode interprétatif** de l'approche PSI par rapport à l'approche psychanalytique et particulièrement l'importance de la **perception cénesthésique** du thérapeute dans la relation thérapeutique chez les patients somatiques. (p. 37).

En dernier lieu, il nous a paru utile de présenter les résumés de quelques articles proposés et étudiés en 2021 durant les séances du « Club de Bibliographie de la SPI » qu'anime le Dr B. Trumbic.

SOMMAIRE

Responsables de la rédaction du numéro 10 :
Dr Lionel Naccache et Mme Françoise Fièvre-Deboudt

| | |
|--|-----------|
| SOMMAIRE | 5 |
| PLAIDOYER POUR UNE PSYCHOSOMATIQUE QUI SOIT INTEGREE | 6 |
| CEPHALEES ET ALGIES FACIALES : DONNEES MEDICALES | 8 |
| ANALYSE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE DE MARIE, Cas clinique de 1951 du Dr MARTY | 17 |
| FICHE PATIENT D'EXAMEN CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE DE MARIE..... | 28 |
| APPROCHE PSYCHANALYTIQUE ET APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE DE LA MIGRAINE : DIAGNOSTIC ET MODE INTERPRETATIF Retour sur le cas présenté par le Dr P. Marty en 1951 par le Professeur J.B. STORA..... | 38 |
| Résumé articles d'épidémiologie Clinique médicale intéressant la psychosomatique integrative étudiés en 2021 par le "Club Biblio de la SPI" animé par le Dr B. Trumbic. | 47 |



SOCIÉTÉ DE
PSYCHOSOMATIQUE
INTEGRATIVE

PLAIDOYER POUR UNE PSYCHOSOMATIQUE QUI SOIT INTEGREE

Dr L. NACCACHE Algologue, Psychosomaticien.

Un grand nombre de Médecins rejoignent leurs patients dans le constat suivant : l'approche de l'individu somatiquement malade tend à s'installer dans le paradigme du « corps détaché de l'homme », ou tout aussi bien de « l'homme détaché de son corps » ainsi qu'élégamment formulé dans l'ouvrage « L'homme douloureux » (Simonet G. Laurent B. Le Breton D., « L'Homme douloureux », Paris, Ed. Odile Jacob ; 2018). « La maladie est posée comme une espèce biologique détachée de l'homme singulier qui en souffre et étudiée à part sur un corps dissocié de l'homme ».

Nous voudrions partager certaines pensées de cet ouvrage dans le but de défendre l'extension multidisciplinaire de l'investigation et de la prise en charge des patients somatiques à l'approche Psychosomatique Intégrative proposée et développée par le Pr J.B. Stora au GHU de la Pitié-Salpêtrière.

En effet, le « socle épistémologique de la médecine contemporaine repose sur l'étude rigoureuse du corps, mais d'un corps isolé de la personne, et perçu comme réceptacle d'une maladie. Le dualisme méthodologique qui sépare l'individu de son corps, nourrit encore de nos jours les pratiques et les recherches de l'institution médicale en poursuivant son affinement mécanistique vers la biologie moléculaire et l'imagerie cérébrale ».

« Pour mieux la comprendre, la médecine réduit la maladie à la biologie, elle la dépersonnalise. Celle-ci n'est pas perçue comme liée à l'héritage de l'aventure individuelle d'un homme situé et daté, mais comme la faille d'une fonction ou d'un organe. L'homme est atteint d'une altération qui ne concerne que son organisme (...) ce n'est pas l'humain qui est malade mais l'organisme ».

Ces principes directeurs constituent indéniablement « la limite d'une médecine qui n'est pas centrée sur le sujet mais le recours à un savoir du corps qui oublie l'homme souffrant et considère sa plainte avec indifférence car elle ne concerne pas directement le diagnostic ».

« Dans l'élaboration graduelle de son savoir et de son savoir-faire, la médecine a négligé le sujet et son histoire, son milieu social, son rapport au désir, à l'angoisse, à la mort, aux autres, les conditions de son émergence, le sens de la maladie aux yeux de l'individu qui en est affecté ».

Pour autant, les auteurs de l'ouvrage considèrent « l'idée psychosomatique ... comme le cache-misère conceptuel d'un reliquat de dualisme qui psychologise le symptôme ».

Or cette dernière réflexion se trouve notoirement réfutée par le modèle de la Psychosomatique Intégrative (PSI) qui n'a rien à cacher mais plutôt à se faire savoir. Et qui cherche à penser l'homme malade dans le paradigme d'un continuum corps-esprit ou aussi bien soma-psyché.

Poser un individu non clivé passe nécessairement par le fait de le penser comme unité psychosomatique où le psychisme se trouve intégré à l'économie de l'homéostasie globale. C'est précisément le cadre de la Théorie des cinq systèmes, élaborée par le Pr J.B. Stora.

Car ré-attacher l'homme à son corps malade nécessite au moins deux axes de pensée.

Le premier concerne la recherche des agents médiateurs qui « biologisent » et « mentalisent » les rapports de continuité entre phénomènes psychiques et phénomènes somatiques. Et particulièrement les inter-relations entre système nerveux central et système psychique.

Le deuxième axe concerne la possibilité de penser la subjectivité d'une façon non réduite à ses aspects cognitifs et comportementaux. Cela nécessite assurément de l'intégrer dans son aspect métapsychologique, autant que biologique, sociologique, culturel et biographique. Il s'agit, en effet d'étendre le sujet dans ses dimensions affectives, imaginaires, conflictuelles, relationnelles et traumatiques ainsi que celles de ses croyances et de ses ressources.

En proposant une grille d'investigation du fonctionnement mental, la PSI permet l'extension multidisciplinaire de l'évaluation du patient somatique ; et le cas échéant offre la possibilité d'une prise en charge psychothérapeutique psychosomatique complémentaire. Puisqu'il s'agit de « soigner les malades et pas seulement leurs maladies » selon l'expression appropriée du Pr J.B. Stora dans le sous-titre de son ouvrage « 15 cas de Thérapies psychosomatiques », Paris, Editions Hermann, 2019.



SOCIÉTÉ DE
PSYCHOSOMATIQUE
INTEGRATIVE

CEPHALEES ET ALGIES FACIALES

Dr L. NACCACHE Algologue, Psychosomaticien.

Ce texte renvoie à 2 sources bibliographiques de Neurologie accessibles sur le web

(cen-neurologie.fr > deuxième cycle > Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face ; ainsi que le site de la **Société française d'études de la migraine et céphalées** : sfemc.fr)

Le terme de céphalées désigne les **douleurs de l'extrémité céphalique du corps**. Cela inclue la **face**, on parle alors d'**algies faciales**. Les céphalées désignant les maux de tête proprement dit. Il s'agit comme toute douleur, d'un symptôme **subjectif**. C'est une cause fréquente de consultations, parfois même aux urgences. Certains cas relèvent, en effet nous le verrons, de l'urgence d'une prise en charge médicale.

Il existe une classification internationale : « **International Classification of Headache Disorders, ICHD** », dont la dernière réactualisation date de 2013. Volontairement ici, nous n'aborderons pas les aspects thérapeutiques allopathiques des différentes pathologies ; le but essentiel ici, étant la connaissance des grands cadres cliniques ; afin de pouvoir **étendre l'investigation et, le cas échéant, une prise en charge thérapeutique élargie à l'approche psychosomatique**.

Trois éléments essentiels sont ici à noter :

- **L'importance de l'interrogatoire, précis, strict et rigoureux.**
- **Le fait que la tête est la partie du corps où se ressent intuitivement et physiquement le fait qu'il s'agit du « lieu » où siègent nos pensées et notre affectivité.**
- Le cerveau n'étant pas innervé, il est insensible. Les autres structures crâniennes sont innervées : méninges, os, sinus, vaisseaux, œil, dents...

On regroupe les différentes pathologies selon deux groupes :

CEPHALEES PRIMAIRES

ET NEURALGIES FACIALES ESSENTIELLES :

- Ce sont les plus fréquentes, conséquence d'une **activation des systèmes nociceptifs crâniens**. Leur **diagnostic est clinique, établi sur un interrogatoire conduit sur des critères précis et rigoureux**, établissant notamment les antécédents, les modalités rythmiques, le siège topographique, les circonstances d'apparition, les facteurs aggravants, le type et l'intensité (EVA), l'existence éventuelle de signes associés, l'état général. Les examens complémentaires sont envisagés en cas de suspicion d'une étiologie (céphalées secondaires).

Elles sont regroupées selon leur rythmicité (profil évolutif) :

- Crises paroxystiques (le plus fréquemment) : **Migraines, Céphalées de tension épisodiques, Algies vasculaires de la face (AVF) et autres algies trigémino-autonomiques.**
- Quotidiennes continues ou non : **Céphalées chroniques quotidiennes, soit de tension soit secondaires à un abus de médicaments anti-céphalalgiques (automédication +++).**
- On y inclut les **Névralgies essentielles faciales et crâniennes**, responsables de **sensations de décharges électriques et de brûlures dans le territoire d'un nerf sensitif crânien (douleurs de type neuropathique)**. Elles sont à différencier des névralgies secondaires.
- **Leur retentissement sur la qualité de la vie, sur l'activité socio-professionnelle, et sur la vie psychique peut être majeur. Il doit être évidemment apprécié ++++. De même, les circonstances aggravantes ou déclenchantes doivent être systématiquement recherchées, on sait en particulier les effets négatifs des situations de stress +++.**
- **Le traitement ne devrait pas se réduire à une prescription médicamenteuse, notamment symptomatique antalgique. Il doit s'appuyer sur un diagnostic précis, afin d'être le plus spécifique possible.**
- Il est nécessaire en **Psychosomatique Intégrative**, on le sait, de s'interroger sur la « **fonction du symptôme dans la régulation de l'homéostasie de l'unité psychosomatique** » (bénéfice primaire) selon le modèle du Pr J.B. Stora. La céphalée agit, en effet, comme un inhibiteur de la pensée, « elle empêche de penser ou rend toute pensée pénible (P. Marty) ». Ce dernier parle : « **d'un blocage de la pensée à sa source, d'une crainte de la conscience (comme réalisation de la pensée)**, comme si **il n'existait pas de conscience sans danger, de défense autre que le refus (de conscientiser)** ». Ici peuvent s'entendre des réflexions de patients comme « je pense trop » « je me pose trop de questions »...

- **Du point de vue de la Psychosomatique Intégrative, la céphalée primaire est un mécanisme de défense somatique. Elle constitue pour le cerveau un moyen de protection contre l'excès d'excitations adressées au système psychique débordé (Principe de constance), que ce soit du fait de sa sidération ou de son inaptitude structurelle à faire face à ses sollicitations (Pr J.B. Stora).**
- L'interrogatoire révèle souvent un **centrement exclusif de l'esprit du patient sur la situation algique**. Il est nécessaire devant cet état de fait, de **faire la part entre ce qui revient à l'envahissement du champ de conscience par l'intrusivité de l'état douloureux d'une part ; et d'autre part ce qui revient à la défense psychique**. Le centrement peut aller jusqu'à un quasi-mutisme sur ce qui ne relève pas directement de la douleur. « Ce mutisme (...) nous semble d'autant plus grave qu'il n'apparaît pas comme un écran, mais comme la **traduction d'une crainte de la réalisation verbale de la pensée ... d'où le blocage... comme refus de penser sa situation (existentielle) vis à vis de soi-même et dans le rapport aux autres** » (P. Marty).

CEPHALEES SECONDAIRES

- Moins fréquentes.
- L'**affection causale sous-jacente** peut être céphalique ou générale. **Parfois très graves et devant faire l'objet d'une prise en charge urgente en milieu hospitalier** +++++. L'interrogatoire essentiel, s'attache dans un premier temps au profil temporel à la recherche d'une **céphalée aigue récente et inhabituelle**. Elle peut néanmoins dans certains cas remonter à plusieurs mois, mais le **caractère inhabituel doit alerter** +++.
- **Il est indispensable de déclencher systématiquement un bilan étiologique étayé jusqu'à l'établissement d'une cause.**
- Le traitement symptomatique antalgique est nécessaire, complétant le **traitement étiologique**.

On retiendra parmi les étiologies principales :

- Affections vasculaires intra crâniennes (Hémorragie méningée, Hématome intra-intracrânien, Thrombose veineuse cérébrale) ou cervicales (dissection d'une artère cervicale). **Toute céphalée récente brutale doit faire suspecter une hémorragie intra-crânienne**+++.
- Pathologie intra-crânienne non vasculaire avec hypertension intra-crânienne (HIC). **Toute céphalée progressive doit faire suspecter une HIC**+++.
- Infection intra-crânienne (Méningites infectieuses, abcès cérébral). **Toute céphalée fébrile doit être gérée comme une méningite jusqu'à preuve du contraire** +++.
- Traumatisme crânien ou cervical.
- HTA d'apparition récente ou mal contrôlée, encéphalopathie hypertensive.
- Désordres hydroélectrolytiques.

- Prises (ou arrêt) de substances vasoactives, médicamenteuses ou non : cannabis, cocaïne, ecstasy, amphétamines, lysergide, IMAO, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, décongestionnants nasaux sympathomimétiques, triptans, dérivés de l'ergot de seigle.
- Artérite temporale (maladie de Horton).
- Pathologies Ophthalmologiques, ORL, Stomatologiques, dentaires, cervicales.
- Affections psychiatriques.

CEPHALEES PRIMAIRES

- **Céphalées de tension épisodiques : 80% des cas.**
- **Céphalées quotidiennes chroniques : 2% à 3%.**
- **Migraines : 15%.**
- **AVF : 1/1000.**

MIGRAINE

La **maladie migraineuse** est une des affections neurologiques les plus fréquentes. Elle décrit un état pathologique où les patients souffrent de crises de migraines (céphalée migraineuse) récurrentes.

La **prévalence est de 15%** environ ; avec un sex ratio de 3 femmes/1 homme. 5 à 10% des enfants peuvent être concernés (avec un sex-ratio égal). Il n'y a pas d'âge de début, mais 90% des cas commencent avant l'âge de 40 ans. La maladie peut persister jusqu'à un âge avancé ; mais en général les crises ont le plus souvent tendance à diminuer voire cesser après 50/60 ans.

Deux types de migraines peuvent se rencontrer, sachant qu'un petit nombre de patients peut souffrir de chacun :

- **Migraine sans aura (MSA)** : la plus fréquente, 6 à 12%.
- **Migraine avec aura (MAA)** : 3 à 6%. Définie par le fait que la céphalée est précédée ou accompagnée de symptômes neurologiques transitoires.

La **physiopathologie** est **incomplètement élucidée**, en particulier les facteurs déclenchants de la crise. Plusieurs éléments sont étayés néanmoins :

- Une **participation hypothalamique initiale**.
- Une **hyperexcitabilité de certaines populations neuronales**.

- La céphalée est liée à l'**activation du système trigémino-vasculaire** (innervant notamment les méninges et les vaisseaux intra-crâniens) ; celle-ci est responsable d'une libération de neuro-peptides provoquant une **vasodilatation méningée et une inflammation périvasculaire**. Celles-ci sont génératrices de messages douloureux transmis aux systèmes centraux d'intégration et de contrôle de la douleur (Tronc cérébral et Thalamus). Il pourrait exister un **dysfonctionnement des systèmes inhibiteurs de la douleur**.

- On observe au cours de l'aura un dysfonctionnement cortical transitoire : dépression envahissante à point de départ occipital.

L'existence de **facteurs génétiques prédisposants** est établie. En dehors du cas très particulier de la « migraine familiale hémiplégique », l'ensemble des séquences génétiques de susceptibilité n'est pas complètement identifié.

Bien que les crises puissent survenir spontanément, les facteurs de modulation (notamment de la fréquence, mais également l'intensité) des **facteurs environnementaux est tout aussi reconnue**. Qu'ils soient **endogènes** (climat hormonal ++++) ou **exogènes** (aliments, stress etc... cf infra). On retrouve **un élément commun dans ces facteurs, celui d'un changement d'état induisant une variation par rapport à l'habituel++++**.

Les thérapeutiques allopathiques se divisent en **traitement de la crise et traitement de fond** ++.

Sur le plan clinique :

La MSA :

- Est une céphalée **caractéristique**
- Elle est **pénible**, de début progressif et atteignant son acmé rapidement (une à quelques heures).
- D'une **durée moyenne de 4 heures**, elle peut se prolonger jusqu'à 48 voire 72 heures (10% des cas).
- Elle présente **au moins 2 des caractéristiques suivantes** (sachant que le diagnostic de migraine ne peut être porté qu'après la répétition de 5 crises)
 - * Unilatérale (mais un patient sur deux a des douleurs bilatérales).
 - * Pulsatiles (parfois à bascule).
 - * Intensité modérée (entraînant l'évitement de l'effort des activités des quotidiennes) à sévère (imposant le repos allongé dans le silence et l'obscurité). L'intensité de la céphalée, la durée de la crise et sa fréquence peuvent évoluer au cours de la vie.
- Souvent précédée de prodromes : irritabilité, asthénie, somnolence.

- Fréquemment associée (bien que cette présence puisse évoluer au long de la vie) à :
 - * troubles digestifs : nausées et/ou vomissements.
 - * sensibilité accrue à la lumière (photophobie) et au bruit (phonophobie).
 - * pâleur chez l'enfant.
- La fréquence des crises s'étale de quelques crises par an à plusieurs par mois (voire 15 jours par mois), généralement sans périodicité. Il peut se trouver des intervalles libres de plusieurs années.
- Entre chaque crise la rémission est totale. Toutefois, les crises très sévères peuvent se suivre de fatigue, et parfois d'une légère céphalée entre 2 crises.
- **Très rarement, la migraine devient chronique** : céphalée quotidienne durant plus de 15 jours par mois, et plus de 3 mois ; avec des caractéristiques migraineuses durant au moins 8 jours. Ces cas doivent faire systématiquement chercher une **étiologie par abus médicamenteux +++**, **nécessitant une hospitalisation pour sevrage médicamenteux**.

La MAA :

- Elle concerne 20 à 30 % des migraineux.
- La céphalée est précédée ou accompagnée d'une **aura c'est-à-dire un trouble neurologique parfaitement transitoire donc totalement réversible**. Ce(s) trouble(s) sont d'apparition progressive sur quelques minutes, durent moins d'une heure et disparaissent. Lorsqu'ils sont multiples, ils sont successifs.
- Des auras prolongées sont possibles mais doivent faire systématiquement rechercher une cause secondaire +++.
- Les troubles neurologiques peuvent être « positifs » (points lumineux par exemple) ou « négatifs » (déficit). **L'aura visuelle** est la plus fréquente (99% des patients, et la seule dans 90% des cas). Positive, elle consiste en la présence de points lumineux dans les deux champs visuels (persistant les yeux fermés) ; négative elle consiste en la présence de trous (scotomes) dans le champ visuel. Les autres troubles neurologiques sont plus rares. **L'aura sensitive** concerne 30% des cas elle consiste en des paresthésies (fourmillements) indolores d'une main ou au pourtour des lèvres s'étendant progressivement jusqu'au coude voire l'hémicorps homolatéral. L'extension à tout l'hémicorps est exceptionnelle. **L'aura aphasique** concerne 20% des patients, elle consiste en un manque du mot, une dysarthrie, voire une aphasie complète. Elle survient toujours après les précédentes. Pour mémoire, citons les **auras motrices, basilaires** (tronc cérébral) et la **migraine hémiplegique familiale**.

Facteurs environnementaux favorisant un déclenchement

- **La crise peut survenir spontanément.**
- Il existe néanmoins de nombreux facteurs prédisposant à un déclenchement de crise. Ils ont en commun **un changement d'état consistant en une variation vis à vis de l'habituel** +++.
- Ils varient selon les individus, sont inconstants ou variables chez le même patient.
- Leur **identification et leur éviction peuvent permettre une diminution des crises**. Leur contrôle ne doit pas conduire à des conduites d'évitement absolutistes qui risqueraient une hypersensibilisation à tout changement infime.
- On les regroupe sous deux types : **endogènes et extérieurs**.

- **Facteurs endogènes** :

Hormonaux : C'est essentiellement la **baisse brutale du taux d'œstrogènes en période menstruelle**. Il s'agit de migraines cataméniales ou menstruelles. La crise survient 2 jours avant ou 3 jours après les règles. Rarement pure (seul 7% des femmes souffrent de crises menstruelles exclusives). Les traitements hormonaux peuvent également être impliqués. En cas de crises fréquentes ou sévères on prescrit un traitement à visée prophylactique 2 ou 3 jours avant la crise supposée : à base d'AINS voire hormonal.

Physiques : Effort physique inhabituel ou relâchement.

Psychologiques : Surmenage. Emotions (négatives ou positives). Contrariétés. Anxiété. Modifications stressantes du mode de vie habituel : déménagement, changement professionnel, vacances, voyage.

- **Facteurs extérieurs** :

Physiques : Modifications de la quantité de sommeil (excès ou dette). Altitude.

Sensoriels : Lumière ou odeurs fortes, bruit, vibrations.

Climatiques : Temps humide ou orageux, vent, froid.

Alimentation : Saut d'un repas. Jeûne. Repas riches en graisse. Alcool. Sevrage en caféine. Hydratation insuffisante.

CEPHALEES DE TENSION (EPISODIQUES)

- Entité clinique et physiopathologique radicalement différente de la migraine.
- Certains patients peuvent **présenter les 2 pathologies**.
- **La prévalence est très importante +++ (de l'ordre de 80%)** alors qu'elle est rarement évoquée par les patients qui tendent à qualifier toute céphalée de migraine.
- Elles sont épisodiques. **Fréquence d'apparition moins de 15 jours par mois**. Au-delà, on parle de **céphalées de tension chroniques**, celles-ci faisant partie des **céphalées chroniques quotidiennes (cf infra)**.
- Leurs **mécanismes physiopathogéniques** actuellement invoqués des **troubles dysfonctionnels** d'ordre **musculaires** (augmentation du tonus, crispation des muscles péri-crâniens) et **neurologiques centraux** (dysfonctionnement des systèmes centraux d'intégration et de contrôle de la nociception).
- **Les facteurs physiques** invoqués sont des mauvaises postures de la tête et du cou, la sédentarité, et l'hypersollicitation de la musculature cervicale.
- **Les facteurs psychologiques** sont authentifiés : elles surviennent fréquemment dans un contexte psychologique difficile : évènement de vie stressant, anxiété, troubles de l'humeur.
- Il est clair que la Psychosomatique intégrative qui pose dans la **Théorie des cinq systèmes** du Pr J.B. Stora la **sensibilité de l'interrelation bidirectionnelle du SNC et du Système Psychique** permet d'élargir l'investigation de la situation psychosomatique du patient, la part de la **céphalée-symptôme dans l'homéostasie du patient considéré comme Unité psychosomatique** (Pr J.B. Stora). La prise en charge globale élargie à une psychothérapie psychosomatique est **particulièrement pertinente**.
- Sur le plan clinique, les céphalées de tension se présentent sous forme de :
 - ° Episodes spontanés de céphalées banales
 - ° D'apparition brutale et spontanée, sans aura
 - ° De fréquence et de durée variables (quelques minutes à 1 semaine)
 - ° De siège typiquement bilatéral, volontiers antérieur (« barre frontale ») ou Postérieur (et dans ce cas fréquence des cervicalgies).
 - ° De type variable : serrement, étai, parfois brûlures ou fourmillements
 - ° l'intensité est légère à modérée. Exceptionnellement décrite comme insupportable, le patient poursuivant néanmoins ses activités sans être envahi.
 - ° la détente ou l'activité en améliore le vécu classiquement,

° Il n'y a pas de nausées ni de vomissements. La photophobie ou la phonophobie sont exceptionnelles et en ces cas non associées. Toutefois en cas d'anxiété très importante, on peut trouver une cardiologie (palpitations) voire une crainte hypocondriaque de tumeur cérébrale avec demandes irrationnelles répétées d'investigations.

- L'examen clinique montre parfois une tension et/ou une hypersensibilité à la pression des muscles cervicaux ou faciaux.
- Les examens complémentaires sont normaux ou mettent en lumière des anomalies abusivement considérées comme causales (arthrose cervicale, pathologies des sinus...).

CEPHALEES QUOTIDIENNES CHRONIQUES

- Elles sont définies par la présence de céphalées non migraineuses d'une durée supérieure ou égale à 15 jours par mois, depuis plus de 3 mois. Leur retentissement sur la qualité de la vie est évidemment très important. L'anxiété et/ou un état dépressif constituent une comorbidité très fréquente.
- Elles sont prédominantes chez la femme après 50 ans. Leur prévalence est de 2 à 3% de la population française.
- Elles apparaissent souvent comme complication évolutive (le plus souvent transitoire) de migraines ou de céphalées de tension épisodiques.
- Elles sont très souvent (80% des cas) **associées à un abus de médicaments antalgiques anti-migraineux** (qu'ils soient ou non opiacés, triptans...).
- **Ce diagnostic de céphalées quotidiennes chroniques par abus médicamenteux doit être systématiquement recherché, le sevrage étant évidemment indispensable au traitement. Celui-ci se faisant le plus souvent dans le cadre d'une hospitalisation.**

ALGIES FACIALES ET CRANIENNES

Ce cadre regroupe :

- ° **Algies vasculaires de la face (AVF).**
- ° **Névralgies (douleurs neuropathiques) faciales et crâniennes dans le territoire d'un nerf sensitif:**
 - Nerf Trijumeau le plus souvent.
 - Nerf d'Arnold, surdiagnostiqué.
 - Nerf Glosso-pharyngien, exceptionnel



SOCIÉTÉ DE
PSYCHOSOMATIQUE
INTEGRATIVE

CONFÉRENCE SPI DU 11 DÉCEMBRE 2021

**ANALYSE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE DE MARIE,
CAS CLINIQUE de 1951 du Dr P. MARTY.**

Dr Lionel NACCACHE Algologue, Psychosomaticien.

« La douleur ne s'élabore pas au sein d'un cerveau amnésique, mais au sein d'un système nerveux central imprégné par son passé, qu'il soit récent ou plus lointain. La mémoire de ce passé concerne l'individu dans son ensemble ainsi que ses relations avec le monde extérieur, mais c'est la mémoire du corps qui constitue le socle sur lequel se bâtit la douleur présente ». D. Le Bars cité dans « L'Homme douloureux » (Bibliographie).

Il va de soi que cette étude de cas ne s'autorise son esprit critique qu'au seul intérêt de la confrontation des idées ; dans l'ouverture d'esprit qui anime la pensée scientifique.

Les élaborations essentielles de la pensée psychosomatique du Dr P. Marty sont postérieures aux temps initiaux du cas clinique dont il s'agit ici. L'étude des patients céphalalgiques a, du reste, présidé par la suite aux développements de sa pensée psychosomatique dont on sait les apports fondamentaux.

Nota Bene : Les parties entre guillemets sont des citations du texte original.

Les échanges du Club Bibliographie de la Société de Psychosomatique Intégrative (animé par Mr S. Flamant et le Dr B. Trumbic) ont permis au fil des lectures partagées, une convergence des regards, à la lumière du modèle de la Psychosomatique Intégrative (PSI).

Ce modèle élaboré par le Pr J. B. Stora a été transmis à travers son enseignement du Diplôme Universitaire ou celui de l'IPSI; et pour certains, par le Séminaire qu'il anime depuis 2014 au GHU de la Pitié-Salpêtrière.

Par la Théorie des cinq systèmes, la PSI pose l'hypothèse d'un individu composé de cinq systèmes en interrelations multidirectionnelles : le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire, le système génomique et le système psychique. On comprend que dans ce modèle psychosomatique il ne s'agit aucunement de psychologiser le symptôme.

L'édification et le fonctionnement de l'appareil psychique, sont nécessairement corrélés à leurs bases cérébrales neurologiques sous-jacentes. Les interrelations entre système nerveux central et système psychique intriquent intimement ces deux systèmes. Il existe de fait une co-évolution dynamique permanente entre eux.

Par sa fonction de liaisons, l'appareil psychique assure selon ce modèle, la part psychique de la défense de l'individu-unité psychosomatique et concourt ainsi à l'homéostasie globale. En conséquence, il n'y a pas de psychogenèse des maladies somatiques, ni de maladie spécifiquement psychosomatique, puisque l'individu est une unité psychosomatique, dont le système défensif est à la fois somatique et psychique.

Les possibilités de mentalisation face aux évènements de l'existence, déterminent en conséquence, de la participation de l'appareil psychique à la défense globale de l'individu. Ces possibilités résultent de l'histoire de la construction de cet appareil mental.

Nous savons, depuis S. Freud, que par son activité de liaison entre les représentations, les affects (émotions et sentiments) et les comportements, l'appareil psychique permet, selon ses possibilités, une élaboration mentale des sollicitations qui le requièrent. Ces dernières étant en effet génératrices de quanta d'excitations qu'il ne peut accumuler (Principe de Constance).

Au point de vue PSI, la structuration de l'appareil psychique est d'ordre psycho-sexuel au sens freudien (c'est-à-dire sexuel non limité au génital). Elle se fait progressivement, au long des 20 premières années de vie, sous de multiples influences déterminantes : génétiques, neuro-développement cérébral, affectives, environnement, hormonales...

Du fait de la participation du système psychique à l'homéostasie et la défense de l'individu, l'anamnèse des maladies (sauf bien entendu dans les états biologiques de l'urgence) doit être établie dans le cadre d'une pensée complexe, non réductrice, multi-causaliste. Il est nécessaire d'intégrer dans l'anamnèse les paramètres inhérents aux éléments participatifs non physico-chimiques : le fonctionnement psychique, les facteurs environnementaux affectifs et socio-professionnels, l'habitus ainsi que les ressources des patients.

Sur le plan clinique, l'investigation du fonctionnement psychique du patient est centrale. Celle-ci est conduite et formalisée en PSI par une fiche d'évaluation précise et séquentielle.

A travers cette fiche d'évaluation du fonctionnement de l'appareil psychique élaborée par le Pr Stora, l'observation de plusieurs milliers de patients somatiques au GHU Pitié-Salpêtrière a permis à la PSI de mettre au jour le fait fondamental suivant : les patients somatiques relèvent d'un fonctionnement psychique qui se situe à des niveaux d'organisation prégénitaux.

Que la cause résulte d'une insuffisance de maturation structurelle de la psyché (cas de carence maternelle précoce, par exemple), ou d'un débordement-régression de la psyché face aux événements actuels de vie, voire de la présence bloquée dans le système limbique de traumatismes actuels avec leurs effets immédiats de sidération de la psyché. On sait en outre, les possibilités à partir d'un psycho-traumatisme actuel, de réactivation-sommation avec les éléments de mémoire émotionnelle traumatique non adaptative et non contextualisée du passé (effets de réveil d'après coup ou retraumatisation).

L'effraction de l'appareil psychique que produit le psycho-traumatisme permet ici de rappeler l'approche freudienne : « nous appelons traumatiques les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitation... Un événement comme le traumatisme externe provoquera à coup sûr une perturbation de grande envergure dans le fonctionnement énergétique de l'organisme et mettra en mouvement tous les moyens de défense. (...) Ici le principe de plaisir est tout d'abord mis hors action. Il n'est plus question d'empêcher l'appareil psychique d'être submergé par de grandes sommes d'excitation ; c'est plutôt une autre tâche qui apparaît : maîtriser l'excitation, lier psychiquement les sommes d'excitation qui ont pénétré par effraction pour les amener ensuite à la liquidation ».

Le fonctionnement de l'organisation prégénitale de la psyché, relève de la première topique freudienne. Il y revient au système préconscient le travail d'articulation entre le processus primaire et la représentation de choses du fonctionnement inconscient avec le processus secondaire et la représentation de mots du fonctionnement préconscient/conscient. On comprend l'importance fonctionnelle du système préconscient, en tant que pivot de l'économie de la part inhérente à la défense psychique dans l'homéostasie psychosomatique. Ce rôle a été mis en lumière par le modèle du Dr Marty et confirmé par celui de la PSI.

Depuis les temps archaïques (déjà fœtaux) et tout au long de la première année de l'enfance, les événements de vie et les interactions relationnelles et affectives de la relation dyadique avec la mère sont déterminants du développement neuropsychique de l'enfant. Cela est également établi en neuro-imagerie fonctionnelle. La dimension métapsychologique du développement de cette période est regroupée et dénommée Alpha de la métapsychologie par le Pr Stora. Il s'agit des temps premiers du développement de la psyché. Celle-ci se déploie à partir d'une vie mentale initiale faite essentiellement des réceptions d'ordre sensori-moteur (sensorium) par un système nerveux central, née immature.

En clinique psychosomatique, l'investigation doit donc répondre à une question alpha-métapsychologique essentielle, par ses conséquences diagnostiques et thérapeutiques. A savoir la présence ou non d'un objet primaire introjecté. Ainsi que la nature ou le statut de celui-ci, complet ou partiel. La présence de l'objet est, en effet, nécessaire à la poursuite des étapes de maturation du système psychique. Elle conditionne la possibilité d'intrication entre les pulsions de vie et les pulsions agressives et destructrices et l'internalisation d'une base mentale de sécurisation. On comprend l'importance de ces étapes pour le développement des différentes organisations somatopsychiques à venir ainsi que l'économie afférente de l'homéostasie psychosomatique.

Remarquons ici que les couches du fonctionnement mental des niveaux premiers s'organisent dans le cadre d'une relation d'attachement. De même, la relation psychothérapeutique travaillant sur les niveaux pré-objectaux du fonctionnement mental ne peut être de nature transférentielle. La possibilité d'une relation transférentielle nécessite impérativement la présence d'un objet internalisé.

DISCUSSION DU CAS DE MARIE

L'analyse du cas se propose à partir du matériel fourni dans la publication du Dr Marty «Aspects psychodynamiques de l'étude de quelques cas de céphalalgies» (cf. Bibliographie). Il s'agit d'une (re)construction du cas clinique de Marie qui intègre les échanges du Club Biblio de la SPI, et enrichie des observations que le Pr Stora a adressé à la suite de l'audition de nos enregistrements.

Marie est une patiente de 39 ans adressée par les Neurologues après exploration médicale et prise en charge en 1951 par le Dr P. Marty en tant que Médecin Psychosomaticien. Le symptôme somatique « occupant la première place dans le tableau clinique » est celui de céphalées primaires, et plus précisément ici de céphalées de tension, « permanentes et persistantes depuis une année ».

Les céphalées sont survenues à la suite d'un « traumatisme émotionnel ». La patiente s'est en effet trouvée atteinte d'une « syphilis primaire à contagion génitale » transmise par son mari « de son aveu même ». Ce qui laisse entendre que le quantum d'affects né de cet événement traumatique n'est pas élaboré par l'appareil psychique de Marie. Autrement dit les émotions générées par la nouvelle de sa contamination vénérienne n'ont pas été mentalisées durant l'année écoulée.

Les douleurs céphaliques sont accompagnées d'une « sensation de voile sur la tête », et entraînent « une impossibilité de penser ou rendant toute pensée pénible ».

Simultanément sont décrits une exophtalmie (semble-t-il unilatérale) et une « vision floue intermittente, non corrigée par le port de lunettes ». Les résultats des bilans ophtalmologique et vénérologique ne sont pas précisés. Il est juste dit que devant la négativité du bilan médical notamment neurologique, la patiente est adressée au Psychosomaticien.

Le texte date de 1951. Il y a ... 70 ans, époque où nous sommes à l'orée des élaborations ultérieures fondamentales du Dr Marty à l'Institut Psychosomatic de Paris (IPSO). Cela doit, bien entendu, être intégré à l'étude du cas, que ce soit sur le plan biomédical, comme sur le plan psychosomatic, ainsi que sur la perception de l'époque de l'infection syphilitique qui en faisait une maladie « honteuse ». Une place doit également être faite à l'aspect socio-culturel de l'époque du milieu paysan modeste dont Marie est issue.

Aujourd'hui, pour les Psychosomaticiens se référant au modèle de la PSI, il apparaît clairement que le cas de Marie est perçu, investigué, pris en charge et élaboré selon une approche psychanalytique. La situation clinique de la patiente est interprétée comme une névrose classique, dont les symptômes physiques sont considérés comme expression d'une défense somatique de type névrotique.

Cela est, du reste, explicité dès l'introduction « nous réduisons notre sujet à l'aspect névrotique des céphalalgies de nos malades, c'est-à-dire à la reconnaissance de la place occupée par la céphalalgie dans la dynamique névrotique des malades que nous étudions ».

Or, les patients somatiques ne sont pas, nous l'avons dit plus haut, des névrosés classiques. Leur fonctionnement psychique relève d'une « non-névrose » selon le terme d'A. Green.

Ce cas pose de nombreuses questions méta psychosomatiques, mais aussi des interrogations qui nourriraient un dialogue multidisciplinaire médical et neuroscientifique :

- Qu'en est-il du système psychique de Marie et de ses possibilités de mentalisation permettant de faire face au traumatisme émotionnel secondaire aux faits de l'infection, autant qu'à la dimension symbolique des raisons de la contamination ? On comprend aisément l'anxiété majeure et le débordement mental dans cette atteinte narcissique du corps.
- Quelles hypothèses peut-on émettre de ce qui apparaît ex post comme une somatisation de niveau réversible puisque les signes finissent par s'amender ?
- Où se situe Marie dans la Nosographie psychosomatique intégrative.
- Quelles sont les conséquences, notamment somatiques, de l'impossibilité d'élaboration des affects du trauma émotionnel ? On sait les effets de sidération de la psyché par les événements psycho-traumatiques, ainsi que leurs effets de déliaisons entre vécus affectifs relevant du système limbique et mentalisation relevant du processus secondaire et de l'activité corticale préfrontale.
- Les symptômes physiques sont-ils uniquement attribuables à un débordement des possibilités de mentalisation face aux événements de l'actuel ? Peut-on attribuer une composante des symptômes aux effets bio-pathologiques directs de l'infection syphilitique ? On sait qu'il peut y avoir des manifestations oculaires ainsi que des céphalées dans cette infection.
- Quelles hypothèses physiopathologiques peut-on émettre quant aux céphalées de tension ? Qu'est-ce que l'activation des systèmes nociceptifs crâniens ?

Tel que l'a enseigné le Pr Stora dans son Séminaire ; l'étude critique et la (re) construction du cas de Marie doivent s'appuyer sur le matériel du texte et les questions qu'appelle l'investigation PSI :

1/ En premier lieu l'exploration de la relation première à la mère.

- Qui était la mère de Marie ? Pourquoi cette femme a transmis la vie ? Quelle était sa disponibilité physique et psychique à sa fille et à ses autres enfants « elle n'est pas brutale mais rude. En tout cas, les preuves d'affection sont rares, nous aurons l'occasion de le voir. Les animaux sont plus importants que les enfants ». Comment se sont déroulés les moments de la relation initiale (déjà durant la grossesse) dans les fonctions maternelles précoces et les échanges dyadiques (à la fois sensoriels, affectifs et symboliques) ?
- Quelle est l'histoire de la fratrie ? « Les garçons s'en vont de la maison dès qu'ils peuvent travailler. C'est ainsi que les deux aînés ne semblent pas avoir joué un grand rôle dans la vie de Marie. Les plus petits au contraire ont tenu une place importante. C'est Marie qui, pratiquement, les a élevés ».

La dimension carencielle affective précoce apparaît donc de façon évidente. Ce qui explicite l'importance des questions inhérentes à l'alpha de la Métapsychologie pour l'investigation clinique. On sait les conséquences des défaillances maternelles précoces sur l'intégration du narcissisme primaire, sur les processus d'individuation-séparation, sur la constitution d'une niche de sécurisation

interne, sur l'introjection de l'objet primaire et finalement sur la poursuite de la maturation de l'appareil psychique.

Le courant narcissique primaire apparaît prédominant dans l'alimentation de l'énergie libidinale chez Marie. Ce courant vital est important chez elle qui a somme toute pu traverser les difficultés importantes de sa biographie. Les conséquences de la carence maternelle précoce restreignent l'intégration du narcissisme primaire au faisceau génital central. Celui-ci est non structuré, compte tenu de l'absence d'objet interne, laquelle rend impossible l'intrication du dualisme pulsionnel (entre pulsions sexuelles et pulsions destructrices).

A la défaillance maternelle précoce se surajoute le caractère phallique narcissique et surtout sadique de cette mère, parfaitement repéré dans l'observation « Cette mère est en effet dominatrice au possible, dirigeant tout, régissant tout... Elle est le chef de famille, elle ramasse l'argent et le distribue selon son gré... C'est aussi la mère qui distribue la besogne... qui commande aux uns et aux autres. Elle n'est pas brutale mais rude ».

Avoir une mère sadique-agresseur induit nécessairement une problématique masochique prégnante dans le fonctionnement psychique inconscient. L'observation de Marie le développe et l'argumente « Marie grandit comme elle peut, semble-t-il, inutile et gênante les premières années, utilisée ensuite par ses parents au maximum de ses possibilités, à garder les vaches et aussi à aider » « et encore à travailler à autre chose dans la mesure où son temps est disponible ». Il s'agit de l'attachement à un objet qui se présente comme persécuteur. Dès lors, du fait de l'automatisme de la compulsion de répétition ; il y a impossibilité de se détacher du schème de relation avec l'objet primaire persécuteur et in fine, de façon inconsciente avec tout objet d'amour. « Les récriminations contre la mère ne se faisaient toutefois pas simplement. Presque toujours Marie trouvait des arguments pour prouver que c'était elle qui se plaignait injustement. À force de parler, disait-elle, c'est comme si j'avais des torts envers ma mère. Pourtant, ce n'est pas le cas, au contraire ». On entend aisément dans cette dernière phrase l'emprise et l'idéalisation de la mère ainsi que l'importance du masochisme à l'œuvre. Signalons ici « il faudra cette syphilis pour décider Marie à rompre et encore taira-t-elle longtemps son divorce à sa mère ».

2/ Détermination du statut de l'objet primaire.

Marie a été confrontée à une relation affective à un premier objet sadique. On peut légitimement, faire l'hypothèse d'une fixation à la position schizo-paranoïde décrite par M. Klein. Elle ne peut se détacher mentalement d'un clivage de l'objet avec présence d'un objet partiel mauvais. Elle ne peut donc traverser cette position en accédant à l'ambivalence. Marie se trouve donc fixée à ce stade préobjectal. On sait les conséquences sur le neurodéveloppement et le blocage de la poursuite des étapes de maturation de l'appareil psychique inhérents à ces fixations. En effet, à ces niveaux alpha-métapsychologiques (où le fonctionnement psychique est limité à la première topique freudienne, cela a été dit plus haut), le préconscient est en voie d'organisation et la masse stratifiée des représentations acquises, encodées et mémorisées est peu dense. L'insuffisance fonctionnelle du pré-conscient et le développement fragmentaire de l'appareil psychique limitent les possibilités d'activité imaginaire et onirique (cette dernière étant alors de nature quasi exclusivement opératoire). On comprend de fait que les images de rêves ne donnent pas lieu à des possibilités associatives, donc à une pensée psychique. La clinique de Marie explicite ces données théoriques : « ... quelques rêves. Mais presque jamais les rêves ne furent suivis d'associations, même sur demande ».

Il nous est possible de situer le cas de Marie dans la 1^o catégorie de la nosographie psychosomatique, c'est-à-dire dans l'axe auto-conservatif. Dans cette catégorie, nous pouvons faire l'hypothèse d'une névrose de comportement. La vie et la pensée sont quasiment opératoires.

3/ Vie relationnelle et objectale :

Précédant le trauma émotionnel de la contamination, Marie a subi plusieurs événements traumatiques : la carence maternelle précoce, avoir eu un pré-objet sadique et le renvoi de chez elle à 17 ans sans aucune aide.

La limite imposée par la fixation préobjectale et orale ne permet pas le développement d'un schéma corporel psychique.

La vie relationnelle est dominée par le masochisme. Nous l'avons vu plus haut, la relation première avec une mère sadique enferme Marie dans un attachement à un objet persécuteur. La problématique masochique se retrouve tout au long de l'observation :

- Tout comme avec sa mère, Marie fait un choix d'objet sadique avec son mari : « un homme qu'elle prétend aimer, qui se révèle rapidement alcoolique, brutal, volage et paresseux, et qu'en fait elle entretient ».
- Tout comme sa position dans sa fratrie : « utilisée ensuite par ses parents au maximum de ses possibilités à remplacer sa mère auprès de ses petits frères et sœur, et encore à travailler à autre chose dans la mesure où son temps est disponible », « c'est moi qui m'entend le mieux avec ma mère ». Cette dernière phrase souligne l'importance du masochisme, comme une lucidité de la difficulté que pose le fait de s'entendre avec cette mère.
- Ainsi que ses collègues de travail : « Serveuse de restaurant, il était clair que ses collègues profitaient d'elle abondamment. Elle était la plus ancienne, mais prenait ses vacances lorsque les autres avaient choisi. Elle travaillait aux heures où les autres ne voulaient pas travailler. Dès qu'une faute était commise dans le service, elle s'arrangeait pour solliciter la punition. Sa grande phrase était : « Je supporte tout mieux que n'importe qui » ou « je supporte tout mieux que les autres ».
- Mais aussi par la défense somatique. La céphalalgie est représentée comme un agresseur interne.
- Enfin par le fait que s'appuyant sur la posture analytique du thérapeute, Marie fait inconsciemment de son thérapeute un agresseur : Sachant que celui-ci s'y prête parfaitement par sa posture d'analyste classique : « Notre premier examen est mené comme nous avons l'habitude de le faire, sans aucun autre engagement de notre part que l'émission de très rares questions aussi neutres que possible, n'orientant pas l'examen. Généralement, le malade laissé ainsi à lui-même et immédiatement met en avant les défenses contre son angoisse dans une attitude souvent caractéristique. Ce procédé nous apporte d'ordinaire un matériel de choix, le malade s'orientant de lui-même, toujours, vers le nœud de ses problèmes, se précipitant en somme dans son bastion névrotique pour s'y enfermer et s'y défendre selon une technique dont il a l'habitude ». Plus loin « Si nous ne disions rien, elle ne disait rien. Chaque intervention de notre part, telle que : « Racontez-moi », provoquait la réponse : Que voulez-vous que je vous raconte ? Si nous disions : Ce que vous voulez, parlez-moi de vous par exemple ? Notre question était suivie d'une réponse courte telle que : Je suis serveuse de restaurant ; puis de : Cette fois, je n'ai plus rien à vous dire, je vous ai tout dit ».

4/ Quel est le rôle du symptôme dans l'équilibre de l'homéostasie de l'unité psychosomatique.

« En effet, la présence d'une importante névrose ne fait pas de doute et le point précis du début des céphalées, au moment même de la séparation d'avec le mari, nous apparaît logiquement comme une forme de masochisme venant remplacer d'urgence l'abandon forcé d'une autre forme de masochisme ».

On connaît l'hypothèse de la PSI : Lorsque la quantité accumulée de difficultés d'existence ou d'un événement de vie présent se trouve telle que les limites de la défense mentale sont débordées ou sidérées ; le corps prend la relève via les bio-régulations du système nerveux central et neurovégétatif, afin de défendre le système psychique (Principe de constance) et de réadapter l'homéostasie de l'unité psychosomatique à un autre niveau d'équilibre somatopsychique.

Il s'agit donc de la mise en œuvre inconsciente de défenses purement somatiques, relevant de l'inconscient somatique qui est d'ordre purement neurobiologique.

Dans le cas de Marie, devant l'impossibilité d'élaborer le surplus quantitatif d'excitations issues du traumatisme affectif de sa contamination syphilitique ; on peut émettre l'hypothèse neurophysiologique que le cerveau (il s'agit, nous l'avons dit de l'inconscient somatique) génère une solution bio-somatique en abaissant le quantum d'excitations adressées à l'appareil psychique moyennant la céphalée qui, par la douleur, inhibe la sollicitation de penser et de mentaliser. Le symptôme somatique céphalée de tension apparaît à la fois comme élément protecteur de la psyché et régulateur d'un nouvel équilibre de l'homéostasie de l'unité psychosomatique.

Dans cette nouvelle équation défensive, la céphalée apparaît comme effet-réponse de la régulation somatique du système nerveux central. Elle constitue un élément central de la défense de l'unité psychosomatique. On comprend ainsi que seule une action sur une possible évolution du système défensif psychosomatique peut générer une dynamique évolutive.

5/ Quel est le sens du mutisme de Marie.

« En effet, elle ne raconte spontanément à peu près rien », « seules les questions très précises que nous lui posons obtiennent quelquefois des réponses, toujours brèves et toujours suivies de : « Cette fois je n'ai plus rien à vous dire »

Le Dr Marty le définit comme une « défense primaire », « l'angoisse de parler était évidente, comme si l'approche de la réalité extérieure était inquiétante »
« la constatation du mutisme presque total de Marie. Ce mutisme, nous le répétons, nous semble d'autant plus grave qu'il n'apparaît pas comme un écran, mais comme la traduction d'une difficulté à penser et comme un blocage de la conscience, dans un sens très large du mot, c'est-à-dire comme une impossibilité presque complète pour Marie de voir sa situation », « Le mutisme n'apparaissait d'ailleurs pas comme la pièce essentielle de la défense mais montrait, avec la crainte de la réalisation verbale de la pensée, la crainte de la conscience, comme s'il n'existait pas chez Marie de conscience sans danger ... comme si elle n'avait pas de défense autre que ce refus de voir où elle en était avec elle-même et avec les autres ».

Nous faisons l'hypothèse que le mutisme permet inconsciemment à Marie d'entretenir la position du thérapeute comme persécuteur. Et de se défendre de ce qu'elle en ressent comme agression.

6/ Sexualité :

Compte-tenu de la prégenitalité, la problématique œdipienne ne peut se déployer, il n'y a en conséquence pas d'installation de la névrose infantile. Le schéma corporel n'est pas psychisé, la sexualité est de nature auto-érotique, purement instinctuelle et narcissique, mobilisée par une libido non objectale et non érotisée.

7/ Que peut-on penser de l'amélioration des céphalées :

Le modèle PSI est multi causaliste quant à la nature et l'évolution des pathologies. De même, l'amélioration voire la disparition des symptômes doivent nécessairement être envisagés de façon pluricausale.

Nous n'avons pas d'éléments sur l'évolution et le traitement (déjà antibiotique pour Marie à cette époque ?) de l'infection syphilitique. S'il y a eu guérison de l'infection, on comprend que la charge émotionnelle a pu évoluer. En outre, l'éventuelle part causale biologique directe des symptômes somatiques s'en est trouvée annulée.

Sur le plan psychodynamique, on peut émettre l'hypothèse que le travail thérapeutique, qui n'a aucunement analysé la problématique masochique (laquelle, nécessite un long temps d'élaboration), a créé le précédent d'instant où l'autre d'une relation d'attachement a pu jouer un rôle de pare-excitations face aux événements que Marie a eu à traverser.

BIBLIOGRAPHIE

- Freud S.** « Au-delà du principe de plaisir », 1920.
- Green A.**, « Le discours vivant : la conception psychanalytique de l'affect », Paris, PUF, 1973.
- Marty P.**, « Aspects psychodynamique de l'étude de quelques cas de céphalalgies », Paris, PUF « Revue française de psychosomatique » n°34, 2008.
- Marty P.**, « Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, tome 1 », Paris, Payot, 1976.
- Marty P.**, « L'ordre psychosomatique, tome 2 », Paris, Payot, 1980.
- Marty P.**, « Mentalisation et psychosomatique », Paris, Les empêcheurs de penser en rond, Laboratoire Delagrangé, 1991.
- Simonet G. Laurent B. Le Breton D.**, « L'Homme douloureux », Paris, Ed Odile Jacob ; 2018.
- Stora J.B.**, « Le Stress », Que sais-je, Paris, PUF, 2019, 10^e édition.
- Stora J.B.**, « Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques », Paris, Ed. Odile Jacob, 1999.
- Stora J.B.**, « La nouvelle Approche psychosomatique. 9 cas cliniques », Paris, MJW Féditions, 2013.
- Stora J.B.**, « 15 cas de Thérapies psychosomatiques », Paris, Editions Hermann, 2019.
- Stora J.B.**, « La Neuro-Psychanalyse », Paris, PUF, 2006.
- Stora J.B.**, « Vivre avec une greffe, accueillir l'autre », Paris, Ed. Odile Jacob, 2005.
- Stora J.B.**, « L'être humain est une unité psychosomatique », Paris, ebook, Librinova, 2021.
- Stora J.B.**, « Le rôle du masochisme dans les processus de somatisation ». Cours de l'IPSI et Séminaire de formation de Thérapeutes en Psychosomatique, la Pitié-Salpêtrière », Paris, 2020.
- Stora J.B.**, **Remarques adressées au club bibliographie de la SPI** suite à son audition des échanges entre participants.



SOCIETE DE
PSYCHOSOMATIQUE
INTEGRATIVE

FICHE PATIENT D'EXAMEN CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE DE MARIE

Selon la Méthode d'évaluation et de diagnostic de la
santé psychosomatique

JBS-PSYSOMA- version 25¹ avril 2020

Méthode élaborée par le Pr Jean Benjamin STORA, de 1993 à 2021

Par Stéphane Flamant et Lionel Naccache

Prénom : Marie
 Age : 39 ans
 Date de début de traitement : 1951

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

| Commentaires | Événements de vie | Date Ou Age | Troubles somatiques |
|--|---|---------------------|---------------------|
| Marie est la fille aînée de la fratrie de 6, assez isolée du reste de la fratrie, plus âgés comme plus jeunes : écarts de 8 et 10 ans avec les frères aînés, sœur de 6 ans de moins et 2 autres petits frères | Naissance de Marie, 3 ^{ème} de 6 Parents petits cultivateurs et éleveurs | 1911 environ | |
| La mère de Marie présente un caractère phallique et une dimension sadique Marie a développé son masochisme au point de prendre sur elle les fautes ou bêtises de toute sa fratrie Le masochisme de Marie lui permet de trouver une place unique dans sa famille Sa mère reproche à Marie son investissement pour le travail scolaire : elle inhibe tout investissement intellectuel de cette dernière | « Les preuves d'affection sont rares » Marie garde les vaches et s'occupe des cadets, obéissant aux directives de sa mère « dominatrice... prête à l'excès en tout », « pas brutale mais rude » Va à l'école dès qu'elle peut, et investit avec succès le travail scolaire Père bienveillant, brave, travailleur et soumis à son épouse | Enfance | |
| Marie et son mari sont dans des fonctions symboliquement proches de celles de ses parents : une compulsion de répétition. Comme le travail le montrera plus tard, lorsqu'à 17 ans, sa mère l'envoie à Paris avec un « manteau beige » et une petite valise, sans autre richesse qu'un billet de train, nous pouvons faire l'hypothèse d'un nouveau traumatisme et d'une désintrinsication pulsionnelle (1 ^{ère} intrication pulsionnelle au niveau du Soi objet). | Marie est chassée de chez elle, arrive à Paris et se marie ; elle travaille comme bonne puis serveuse | 1928 environ 17 ans | |
| Marie ne se sépare pas de son mari à cause de la honte que serait un divorce pour sa mère : la mère continue à diriger la vie de Marie, l'Objet n'est pas internalisé. | Vie maritale | | |

Tableau synthétique des événements de vie et des troubles somatiques avec commentaires. (suite)

| Commentaires | Événements de vie | Date Ou Age | Troubles somatiques |
|---|---|---------------------------|---|
| L'aveu de son mari, qui fait effet d'abandon affectif, renvoie Marie de nouveau à sa carence maternelle (réactualisation) | Aveu par le mari d'une contagion vénérienne, syphilitique primaire. | 1949 environ 38 ans | Céphalées de tension et exophtalmie |
| Marie n'a pas pu symboliser, élaborer le traumatisme de l'année précédente. L'idéalisation des parents et le mutisme de Marie constituent des mécanismes de défense face à la posture psychanalytique du thérapeute ; il n'y a pas d'analyse des traumatismes ou du masochisme. Lorsqu'elle travaille sur son rêve du « manteau beige », Marie pleure et peut alors exprimer sa colère contre sa mère, colère jusque-là déplacée sur le thérapeute. | Début du travail psychothérapeutique avec le Dr Marty (147 séances, 3 fois par semaine, soit environ 1 an | 1950 environ 39 ans | Diminution des céphalées, Disparition de l'exophtalmie. |

L'EXAMEN CLINIQUE PREND EN CONSIDERATION les 6 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT DE L'UNITE PSYCHOSOMATIQUE :

1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, RELATION D'OBJET, NARCISSISME, MASOCHISME, SYSTEMES DE DEFENSE etc.
2. LES RESSOURCES, EVALUER LES RESSOURCES DONT DISPOSENT LE PATIENT HABITUELLEMENT LORSQU'IL OU ELLE FAIT FACE AUX DIFFICULTES DE LA VIE :
3. LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS
4. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS
5. LE RISQUE SOMATIQUE, LE CORPS, ORGANES ET FONCTIONS
6. LE RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET PROFESSIONNEL

FICHE PATIENT

| <p>1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES</p> | <p>1. Fonctionnement psychique équilibré : capacité de remémoration du passé, capacité d'aller-retour présent – passé, capacité d'élaboration mentale ; 2. Fonctionnement psychique momentanément altéré : Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations 3. Fonctionnement psychique altéré : vie et pensée opératoire 4. Absence d'internalisation de l'Objet, non intrication des pulsions, retournement des pulsions agressives contre Soi 5. Fonctionnement psychique gravement altéré : désorganisations progressives, dépression essentielle</p> | <p style="text-align: center;">Note Processus psychiques</p> |
|--|--|--|
| <p>Axe 1A relation d'objet :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. présence de l'objet 2. évaluation de la dimension narcissique (présence Soi grandiose, Idéal du Moi) 3. de la dimension masochique 4. de l'épaisseur du pré- CS (imaginaire, associations, rêves) <p>Axe 1B états psychiques et événements de vie personnels</p> <p style="padding-left: 20px;">angoisses deuils dépression s traumatis mes influence de la culture</p> <p>Axe 1C : fixations somatiques fixations psychiques</p> <p>Axe 1D mécanismes de défense</p> <p>Axe 1E présence de traits de caractère :</p> <p style="padding-left: 20px;">phobique hystérique pervers à dominante orale à dominante anale phallique-narcissique relation sado- masochique</p> <p>Evaluation du risque de la dimension psychique stricto sensu.</p> | <p>La mère de Marie est phallique et sadique ; elle vit et pense de façon opératoire. La fonction paternelle est presque forclosée et ne peut faire tiers. Aux temps de la dyade, Marie n'a pas eu l'accordage affectif dont elle aurait eu besoin, faisant carence maternelle. Marie a internalisé le mauvais objet (la mauvaise mère) et elle est ainsi fixée dans une phase de développement psycho- sexuel pré-génitale : Marie n'a pas de névrose infantile. Jusqu'à l'âge de 38 ans, Marie est contrôlée par sa mère, sans qu'elle arrive à s'émanciper ; le 3^{ème} organisateur psychique de l'individuation-séparation n'étant pas passé (le « non »). Si le narcissisme primaire de Marie est assez fort, il existe chez elle une lacune de l'organisation du préconscient. Les rêves, la vie imaginaire et onirique, sont pauvres.</p> <p>Marie a développé un fort masochisme qui lui a permis de trouver une place unique dans sa famille. L'idéal du Moi de Marie est élevé, en lien avec une honte trans-générationnelle.</p> <p>Nous faisons l'hypothèse que le rejet de sa mère à 17 ans peut constituer un deuxième traumatisme pour Marie, de même nature symbolique que le premier, précoce.</p> <p>La révélation de la syphilis de son mari agit comme un traumatisme, de même nature symbolique que le premier, la carence affective, traumatisme qui déborde les capacités d'élaboration de Marie. Ces traumatismes n'ont pas été analysés.</p> <p>Marie est restée fixée dans la 1^{ère} organisation somatopsychique. Les mécanismes de défense du Moi de Marie sont le déni, le clivage de l'objet et l'idéalisation.</p> <p>Les traits de caractère sont oraux et phobiques.</p> <p>En conclusion de cet axe, Marie est dans un fonctionnement psychique marqué par l'absence d'internalisation de l'objet (Note 4) au début de son travail avec le thérapeute. La concentration de l'intérêt du thérapeute sur Marie, même dans une posture psychanalytique de neutralité et de silence, 3 fois par semaine pendant un an, pourrait avoir permis de réduire son risque. Il est probable que Marie est à un niveau de fonctionnement 3, fonctionnement psychique marqué par une absence d'internalisation de l'objet, lorsqu'elle interrompt sa thérapie, même si le préconscient n'a pas été vraiment épaissi (mentalisation faible).</p> <p>Risque Modéré À Élevé : Possibilité De Réversibilité, Réorganisation À Partir Des Points De Fixations-Régression, Surveillance, Instabilité.</p> | <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">puis après l'année de travail</p> <p style="text-align: center;">3</p> |

| | | |
|---|---|---|
| 2. LES RESSOURCES DIMENSION ÉCONOMIQUE (ENERGIE LIBIDINALE ET ÉNERGIE SOMATIQUE) Axe 1F 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 sportives | 1.faible 2.moyen 3.élevé 4.très élevé | NOTE Ressources |
| | Marie ne montre que peu de ressources propres. | 1 |
| 3.PREVALENCE DES COMPORTEMENTS | 1. comportement contrôlé et intégré 2. Faible 3. Moyenne 4. Forte | NOTE Prévalence des comportements |
| | La prévalence des comportements est forte , notamment par l'attitude de Marie face au thérapeute, par le « blocage » de sa pensée et ses réactions de défense, comportements qu'elle conservera durant l'année de thérapie, sauf dans l'ouverture qui se dessine à la fin, grâce aux rêves | 4 |
| 4.CAPACITÉ D'EXPRESSION DES AFFECTS | 1. représentations et affects bien intégrés 2. répression avec 3 destins possibles (déplacement ex phobie, obsessions ; délié de la Représentation : ex hystérie ; transformation : ex Névrose d'angoisse) 3. prédominance des affects de vitalité dans la relation 4. affects représentant la mémoire d'un vécu irreprésentable traumatique alexithymie | NOTE Capacité d'expression des affects |
| | Durant une grande partie du travail thérapeutique, les affects de tristesse, de peur et de colère sont retournés sur elle, notamment avec l'aide de la honte. Si Marie passe ses affects en comportement, elle reste incapable de les mettre en mots, de les symboliser . En termes d'expression de ses affects, Marie est aux débuts de la thérapie dans une mémoire d'un vécu irreprésentable traumatique . Petit à petit, l'intérêt des thérapeutes pour Marie semble permettre l'analyse de rêves, rêves qui restent pauvres. Durant le travail sur le rêve des doubles rideaux et du « manteau beige », Marie réussit à atteindre un premier niveau d'expression des affects, avec des décharges agressives à l'égard de sa mère, mais l'annulation fait obstacle aux liaisons symboliques. | 3 |
| 5 LE RISQUE SOMATIQUE Le corps, organes et fonctions, paramètres biologiques de référence des médecins | 1. risque faible 2. risque moyen 3. risque élevé 4. risque très élevé | NOTE Risque somatique |
| | Le dossier médical n'est pas disponible (a-t-elle eu un traitement antibiotique ? ...) | Informations non disponibles |

| | | |
|--|--|---|
| 6. RISQUE LIÉ À L'ENVIRONNEMENT | 1. Niveau très satisfaisant 2. Satisfaisant 3. Légère altération temporaire 4. Difficultés d'intensité moyenne 5. Altération importante 6. Altération majeure conduisant à incapacité de fonctionnement temporaire 7. incapacité durable de fonctionnement autonome | NOTE Risque lié à l'environnement |
| | <p>Épouser son mari, même contre l'avis de sa mère, permettait à Marie d'éviter la solitude, d'avoir une relation d'attachement, après l'éloignement de l'objet maternel.</p> <p>L'aménagement de l'environnement de Marie a été brutalement interrompu par son mari, qui, comme sa mère, a trahi la relation affective. Marie est alors dans une perturbation durable de son environnement, soit une altération importante aux débuts de la thérapie.</p> <p>Nous pouvons imaginer que la représentation de l'environnement de Marie s'améliore après le travail thérapeutique, même s'il restera altéré.</p> | <p>5</p> <p>En évolution positive</p> |

DIAGNOSTIC SELON LA NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE:

| Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|--|
| DIAGNOSTIC et STRATEGIE THERAPEUTIQUE | | | | | |
| PSYCHE | RESSOURCES | COMPORTEMENT | AFFECTS | SOMA | ENVIRONNEMENT |
| 4 puis 3 | 1 | 4 | 4 puis 3 | Non disponible | 5 puis évolution positive |

SYNTHESE

Marie a développé un fort **masochisme** face à une **carence affective précoce**, dans un **univers maternel sadique**. Marie s'est identifiée et a introjecté une mauvaise mère et reste **fixée à un stade oral, préobjectal**. La névrose infantile ne peut se constituer, avec pour conséquence que **toute relation thérapeutique est de l'ordre de l'attachement**. Après avoir été chassée de chez elle par sa mère à 17 ans, nous pouvons faire l'hypothèse d'un nouveau traumatisme, affectif et symbolique.

Après s'être retrouvée seule à Paris, Marie a pu trouver avec son mari un aménagement, une relation d'attachement (par nature relation non génitalisée). Cet aménagement est brutalement rompu par l'infidélité de son mari qu'elle vit comme une trahison. De plus cette découverte se fait par le diagnostic d'une contamination syphilitique dont il faut intégrer la perception socio-médicale de l'époque. Ce psycho-traumatisme est donc le 3^{ème} à affecter Marie. Elle est alors **débordée psychiquement, avec pour conséquences un processus de somatisation où le « corps prend la relève » des régulations et apparition du tableau clinique somatique**.

Sur le plan **nosographique**, Marie présente des **Troubles de l'auto-conservation**, que nous pouvons classer comme une **Névrose de comportement**. Chez ces patients, on sait que **le schéma corporel n'est pas psychisé ; il se trouve de nature essentiellement neurologique**.

Nous pouvons faire l'hypothèse que le travail thérapeutique (147 séances pendant environ un an) a pu participer à la régression des symptômes somatiques de Marie ; sans pouvoir pour autant développer significativement l'imaginaire et le préconscient. Il n'y a pas eu d'analyse des traumatismes ou du masochisme.

En psychosomatique intégrative, nous aborderions une telle patiente par une approche psychothérapeutique psychosomatique. Celle-ci est centrée par une **posture active et maternelle**, un **prêt de l'appareil à penser les pensées et les émotions de la part du thérapeute**, et un **travail sur la relation thérapeutique** patient-thérapeute. La direction de la cure privilégierait de permettre l'introjection d'un objet complet chez Marie, un travail sur le masochisme et un développement de sa capacité à symboliser : **mettre des mots sur les choses**.

Dr Lionel Naccache et Stéphane Flamant

Nosographie psychosomatique

Nosographique psychosomatique dynamique – Etablie
le 19/11/2008 par Jean Benjamin Stora

Une fois établi le fonctionnement psychique, et les réactions face à l'environnement, vous pouvez à présent proposer un diagnostic à partir du tableau ci-dessous

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

1. névroses de transfert, névroses classiques au sens des indications de psychanalyse
2. névroses actuelles
3. troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient – inorganisation)
4. Psychoses (Pour les psychoses et troubles de l'humeur, nous conseillons de vous référer au manuel DSM IV).

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

| SF | Classification nosographique | Diagnostic |
|-----|--|---|
| | 1. Névroses de transfert (psychonévroses de défense, S.Freud) (Névrose bien mentalisée : Certitude) | |
| 110 | | Névrose obsessionnelle |
| 120 | Symptômes | Phobie |
| 130 | | Hystérie |
| 135 | Névrose mentale 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 | Prévalence des symptômes de conversion | Hystérie de conversion |

| | | |
|--|---|---|
| 140 | Symptôme : Phobie | Hystérie d'angoisse (terme créé par S. Freud) |
| | 2. Névroses actuelles (Echec de la constitution de la névrose infantile) | |
| | Névrose à mentalisation incertaine : Doute Névrose mal mentalisée : Défauts avérés. La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : Epaisseur de l'ensemble des formations représentatives ; fluidité des liaisons entre les représentations ; permanence habituelle du fonctionnement. | |
| 141 | | Névrose d'angoisse |
| 142 | | Névrose de caractère |
| 145 | | Hypocondrie (différents états) |
| 146 | | Névrose traumatique |
| 147 | | Névrose relation d'objet allergique |
| | 3. AXE AUTO-CONSERVATIF : Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient – inorganisation-névroses non mentalisées) | |
| 170 | | Névrose de comportement |
| 171 | | Hypocondrie archaïque |
| 172 | | Troubles du narcissisme |
| 173 | | Troubles de l'identité |
| 174 | | Troubles addictifs |
| 175 | | "Psychose froide" ou non délirante A. Green. E. Kestemberg |
| | 4. Psychoses délirantes Consulter la méthode de diagnostic DSM IV pour l'ensemble des psychoses et des troubles de l'humeur | |
| | Schizophrénie et autres troubles psychotiques | |
| | Troubles de l'humeur | |
| | Troubles anxieux | |
| | Troubles dissociatifs | |
| | Troubles de l'identité sexuelle | |
| | Troubles des conduites alimentaires | |
| | Troubles de l'adaptation | Avec humeur dépressive, avec anxiété, avec perturbation des conduites, avec perturbation à la fois des émotions et des conduites, non spécifié. |
| | Troubles de la personnalité | Paranoïaque, schizoïde, antisociale, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, non spécifié. |
| Consulter le manuel DSM IV pour plus de détails. | | |

Névrose polymorphe sans symptomatologie mentale dominante

- psychonévrose = N. de transfert = N classiques au sens freudien = bien mentalisé : obsessionnelle, phobique, hystérie de conversion.
- N. actuelles = N. d'angoisse, N. de caractère, N. traumatique, hypocondrie, N. relation d'objet allergique = N. à mentalisation incertaine (doute) et N. mal mentalisée (défauts avérés).
- Etats limites psychosomatiques : Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement = N. de comportement, hypocondrie archaïque, troubles du narcissisme, troubles de l'identité, troubles addictifs, psychose froide ou non délirante. = insuffisance originelle du Préconscient, inorganisation.
- Etats Psychotiques aigus (BDA), chroniques (Schizophrénie, délire parano, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie ou délire chronique imaginatif) ·
- **Maladies de l'humeur (dépressions, PMD)**

NB La **mentalisation** apprécie d'un coup 3 qualités du préCS :

- L'épaisseur de l'ensemble des représentations
- La fluidité de liaisons entre les représentations –
- La permanence habituelle du fonctionnement.

N. de caractère définie dans la 1^{ère} topique par un fonctionnement irrégulier dans le temps révélant l'existence d'un PréCS peu perméable.

Selon la 2^e topique présente des altérations repérables notamment au niveau du Surmoi qui semble mal différencié prenant aisément les caractéristiques d'un Moi idéal.

N. de comportement insuffisance originelle du Préconscient. Expression habituelle de l'ICS dans les comportements. On ne repère que la vie opératoire ⇒ recours à l'activité et aux conduites comportementales. Moi fragile, carencé.



**Approche psychanalytique et approche métapsychosomatique
de la migraine, diagnostic et mode interprétatif ;
Retour sur le cas présenté par Pierre Marty en 1951**

Pr. Jean Benjamin Stora

1. Approche médicale, Physiopathologie des céphalées

Il est très important en Psychosomatique Intégrative de se référer d'abord aux connaissances médicales actuelles concernant un symptôme somatique affectant nos patientes et nos patients. Nous reprendrons d'abord l'exposé scientifique médical relatif aux céphalées.

Les céphalées sont dues à l'activation de récepteurs sensibles à la douleur dans ou autour du cerveau, du crâne, de la face, des sinus ou des dents. Étiologie des céphalées ; les céphalées peuvent être primaires ou secondaires à une autre pathologie.

Les **céphalées primaires** comprennent les suivantes :

- La migraine ;
- Céphalées autonomes du trijumeau (dont les cluster headaches, l'hémicrânie paroxystique chronique, l'hémicrânie continue et les céphalées névralgiformes de courte durée avec injection conjonctivale et larmolement) ;
- Les céphalées de tension.

Les **céphalées secondaires** ont de nombreuses causes ; certaines causes de céphalée sont fréquentes ; d'autres sont importantes à identifier parce qu'elles sont dangereuses et/ou nécessitent un traitement spécifique

❖ **Évaluation des céphalées**

L'évaluation des céphalées se concentre sur la détermination de la présence d'un mal de tête secondaire ; La vérification des symptômes qui suggèrent une cause sérieuse ; lorsqu'aucune cause ou aucun symptôme grave n'est retrouvé(e), l'évaluation se concentre sur les troubles primaires des céphalées.

➤ **Anamnèse : L'anamnèse de la maladie comprend des questions sur les caractéristiques de la céphalée :**

Localisation ; Durée ; Intensité ; Début (p. ex., brusque, progressif) ; Qualité (p. ex., pulsation, constante, intermittente, à type de pression)

Les facteurs d'aggravation et d'amélioration sont notés (p. ex., position de la tête, période de la journée, sommeil, lumière, bruits, activité physique, odeurs, mastication). Si le patient a des céphalées anciennes ou récidivantes, les diagnostics antérieurs (s'il y en a eu) doivent être retrouvés, et il faut préciser si les céphalées actuelles sont similaires ou différentes. En cas de céphalées récidivantes, on note ce qui suit : Âge de début ; Fréquence des épisodes.

➤ **La revue des symptômes** doit rechercher des symptômes évoquant une cause dont : Vomissements : migraine ou hypertension intracrânienne ; Fièvre : infection (p. ex., encéphalite, méningite, sinusite) ; Œil rouge et/ou symptômes visuels (halos, flou visuel): glaucome aigu à angle fermé ; Déficit du champ visuel, diplopie ou flou visuel: migraine oculaire, lésion expansive cérébrale, ou hypertension intracrânienne idiopathique ; Larmoiement et rougeur du visage (bouffées vasomotrices) : algie vasculaire de la face ; Rhinorrhée : sinusite ; Acouphènes pulsatiles : hypertension intracrânienne idiopathique ; Aura inaugurale: migraine ; Déficit neurologique focal : encéphalite, méningite, hémorragie intracérébrale, hématome sous-dural, tumeur ou autre lésion expansive ; Convulsions: encéphalite, tumeur ou autre lésion expansive ; Perte de connaissance lors de l'installation de la céphalée: hémorragie sous-arachnoïdienne ; Myalgies et/ou modifications visuelles (chez les sujets de > 55 ans): artérite à cellules géantes.

➤ **La recherche des antécédents médicaux** porte sur les facteurs de risque de céphalées, en particulier l'exposition à des médicaments, à des substances (particulièrement la caféine) et à des toxines, une ponction lombaire récente, des affections immunosuppressives ou une toxicomanie IV (risque d'infection); une HTA (risque d'hémorragie cérébrale); un cancer (risque de métastases cérébrales); et une démence, un traumatisme, une coagulopathie ou la prise d'anticoagulants ou un éthylisme (risque d'hématome sous-dural).

- **L'anamnèse sociale et familiale** doit aussi rechercher tout antécédent familial de céphalées, notamment parce que la migraine peut ne pas avoir été diagnostiquée chez d'autres membres de la famille.
- **Pour simplifier la collecte de données**, on peut demander aux patients de remplir un questionnaire de céphalées qui couvre la plupart de l'anamnèse pertinente du diagnostic des céphalées. Les patients peuvent remplir le questionnaire avant leur visite et apporter les résultats avec eux.

Les céphalées, caractérisées par des maux de tête récurrents, comptent parmi les affections du système nerveux les plus répandues. Le mal de tête est la manifestation douloureuse et incapacitante d'un nombre restreint de céphalées primitives, à savoir la migraine, les céphalées de tension et l'algie vasculaire de la face.

Comme on peut le constater dans ce bref exposé médical des symptômes des migraines, il n'y a aucune référence aux dimensions psychiques de l'être humain dans sa relation avec son corps. Nous ignorons tout de l'histoire des patients ainsi que de l'histoire somatique de leurs symptômes même s'il y a une anamnèse. Il s'agit d'une approche stricte de bio-somatique. Cette approche est nécessaire mais n'est pas suffisante pour comprendre les céphalées, et c'est la raison pour laquelle Pierre Marty alors qu'il était encore un jeune psychanalyste a rédigé le cas dont nous allons nous entretenir ci-après.

2. PIERRE MARTY, CAS MARIE, ARTICLE 1951 APPROCHE CRITIQUE

Nous devons retenir de ces informations médicales concernant les céphalées qu'elles sont incapacitantes. Cela veut dire que le système nerveux central n'a pas trouvé d'autre solution que la solution somatique, car il est paralysé par un quantum d'excitations trop élevé qui l'empêche de fonctionner. Le système nerveux central n'a pas d'autre solution que la douleur qui empêche de penser et qui aussi a des conséquences sur le niveau de conscience.

Pierre Marty dans son travail sur les migraines déclare :

« Je vais, aujourd'hui, développer surtout l'analyse d'une malade, Marie, en insistant sur certains points qui me sont apparus comme spécifiques des céphalalgies. J'ai choisi cette observation car elle est la seule analyse que j'ai faite d'un cas de céphalalgie non migraineuse. Elle est aussi la seule analyse de céphalalgie non migraineuse que je connaisse ».

Ce cas m'a semblé caractéristique en raison de l'expérience que j'ai tirée d'un travail que je poursuis depuis deux ans, en collaboration avec le Dr M. FAIN dans le Service de Neurochirurgie de M. le Dr Marcel DAVID à l'Hôpital Paul-Brousse ¹.

Cette expérience est basée sur l'examen d'une soixantaine de malades de Paul-Brousse auxquels Pierre Marty fera souvent appel dans le courant de son exposé. Les malades lui ont été envoyés par le Dr HECAEN après examen neurologique. Ils ont été, de plus, soumis à un nombre important d'exams

1

Notre travail se poursuit dans le Service du Dr M. DAVID de l'Hôpital Sainte-Anne avec la collaboration des Drs. M. FAIN et R. BAYET. Nos points de vue mis en avant dans cette conférence ont été confirmés et souvent précisés. Pierre Marty est resté dans ce service jusqu'en 1962. C'est en 1978 qu'il a créé l'institut de psychosomatique qui porte aujourd'hui son nom.

oculaires, oto-rhino-laryngologiques, électroencéphalographiques et de laboratoire (cf. plus haut l'exposé médical).

Les traits caractéristiques rapportés à propos du cas de Marie se retrouvent, dans leur ensemble, chez les patients examinés par Pierre Marty à Paul-Brousse. « Ils ne concernent pas les malades atteints d'affections anatomo ou bio-pathologiques. Il est possible, ajoute-t-il que chez nos malades des éléments pathologiques dits organiques existent que nous méconnaissons dans l'état actuel de la clinique classique. Il est certain que des modifications somatiques existent qui servent de substrat à la céphalée. Nous devons dire que ces divers éléments nous intéressent et nous occupent, mais nous n'en parlerons pas aujourd'hui ».

Les malades vus à l'Hôpital Paul-Brousse ont été examinés pour la plupart plusieurs fois, dans certains cas cinq, six fois et chacun des examens a duré au moins une heure. « Un test de RORSCHACH a été pratiqué dans chaque cas par le Dr M. FAIN, il ne nous a dans l'ensemble rien appris de plus que l'examen clinique ne permettait de voir, si ce n'est la confirmation que ce test n'autorisait pas à passer outre à l'impression que les céphalalgies étaient souvent inintelligentes. Nous verrons qu'il n'en est rien et que c'est là un point caractéristique de la présentation névrotique de ces malades ».

« Nous désignons sous le nom de *céphalalgies* les douleurs céphaliques sans spécificité. Nous réservons le nom de *céphalées* aux céphalalgies essentielles, c'est-à-dire aux douleurs pour lesquelles aucun élément étiologique de la connaissance classique n'a pu être mis en évidence. Nous gardons au mot *migraine* sa valeur classique se basant sur un certain nombre des signes suivants : la précocité du mal, les auras visuelles, les troubles parétiques, la localisation unilatérale, l'association des nausées et des vomissements, la notion des crises ».

La patiente de Pierre Marty qui s'appelle Marie souffre de céphalée essentielle ou primaire à **la suite d'un important traumatisme** sur lequel, de façon surprenante, il ne revient pas pendant toute l'analyse de Marie !

« Marie, âgée de 39 ans, nous est adressée par M. le Dr DAVID pour une céphalalgie persistante, durant depuis un peu plus d'un an. L'absence de signes neurologiques et la présence d'un traumatisme affectif ayant immédiatement précédé l'apparition des douleurs ont décidé le Dr DAVID à nous demander notre avis. Les maux de tête sont variables dans leur intensité et leur localisation, mais ils sont permanents, n'ayant jamais subi de rémission importante. Ils sont très douloureux et, accompagnés d'une sensation de voile sur la tête, ils empêchent de penser ou rendent toute pensée pénible.

Le traumatisme émotionnel dont nous avons parlé fut l'aveu, par le mari de la malade, d'une contagion vénérienne et la présence d'un accident syphilitique primaire à localisation génitale».

Pierre Marty prend en psychanalyse Marie à la suite d'une anamnèse classique qui ne remet en aucune façon en question **sa perception du fonctionnement psychique de celle-ci. Pierre Marty fait comme s'il s'agissait d'une indication classique de la psychanalyse génitale œdipienne. Or, quelles sont exactement les caractéristiques du fonctionnement psychique de Marie ?**

Marie n'a aucune association d'idées, il n'existe aucun aller-retour passé présent et présent passé, apparemment pas d'imaginaire. Comment peut-on dire qu'il s'agit d'une indication classique d'analyse pour une personne névrosée. Pierre Marty était âgé à l'époque de 33 ans ; il a créé sa consultation à la Pitié-Salpêtrière 10 ans plus tard puis encore 10 ans et la création de l'institut de psychosomatique à la poterne des peupliers. Ce n'est qu'en 1989 dans une conférence faite à Madrid qu'il avance des arguments concernant les patientes et les patients somatiques : ces patientes et ces

patients sont très fragiles et il conseille une relation de type maternel sans développer pour autant. Il en a été de même d'ailleurs de Sandor Ferenczi. À aucun moment Pierre Marty ne remet en cause son approche psychanalytique classique des patientes et des patients somatiques : **toujours la psychanalyse de névrosés.**

Immédiatement après avoir annoncé l'origine du traumatisme, Pierre Marty nous parle d'exophtalmie de la patiente qui porte des lunettes : «L'exophtalmie : quand l'œil **sort** de son **orbite**. C'est **le** signe **le** plus visible d'hyperthyroïdie associée à la maladie de Basedow. « Dans l'exophtalmie (ou orbitopathie) basedowienne, les anticorps antirécepteurs de la TSH reconnaissent comme des cibles les fibroblastes de l'**orbite** oculaire », décrit **le** Pr Borson-Chazot ... »

Etant donné que ce symptôme somatique ne semble pas grave, il ne se pose pas la question d'une cécité temporaire induite par le traumatisme : Marie ne veut pas voir ce qui s'est passé et qui a perturbé son corps de façon très grave. Il n'évoque même pas la blessure narcissique au corps de la patiente.

En présence d'une patiente traumatisée qui souffre d'exophtalmie, il procède à un examen psychanalytique classique. Cela doit nous interroger sur la nature de l'investigation que nous avons à pratiquer face aux patientes et aux patients.

Quelle doit être notre attitude ? Comme on le voit dans le cas de Marie, Pierre Marty se place uniquement dans une position d'analyste classique en prenant d'énormes précautions pour que le système de défense névrotique puisse être révélé. Or, il nous parle de patientes et de patients somatiques ! Il suppose donc a priori que tous ces patients sont des névrosés classiques.

C'est ainsi que j'ai été formé, d'abord à la société psychanalytique de Paris puis à l'Institut de Psychosomatique (IPSO) avec Pierre Marty : **toujours la psychanalyse.** Je n'ai jamais pensé qu'il pouvait y avoir une autre approche, car je ne pouvais pas penser différemment. C'est tardivement que j'ai eu connaissance des travaux de Sandor Ferenczi et de ses propres interrogations sur les patients somatiques et le changement de technique : il appelait sa nouvelle technique « **la technique active** », ce qui a soulevé une tempête de protestations chez les psychanalystes de cette époque et chez Freud. Ils croyaient que Ferenczi remettait en cause la technique psychanalytique génitale œdipienne, ce qui était faux.

Face au mutisme de la patiente voilà ce qu'il déclare : «Et qu'on ne croit pas qu'il s'agisse là d'un mode de comportement habituel des malades. Il est rare à ce point en dehors des céphalalgiques, et encore certains d'entre eux, les migraineux par exemple, s'éloignent beaucoup de ce type. En raison de cette défense primaire par le mutisme nous fûmes obligés d'engager en de très nombreuses circonstances la malade à parler sur des points précis. L'angoisse de parler était évidente, comme si l'approche de la réalité extérieure était inquiétante, et Marie le montrait tant par sa mimique que par les « j'ai peur de vous » « qu'elle émettait en souriant ».

Le mutisme n'apparaissait d'ailleurs pas comme la pièce essentielle de la défense mais montrait, avec la crainte de la réalisation verbale de la pensée, la crainte de la conscience, comme s'il n'existait pas chez Marie de conscience sans danger, même de conscience banale chargée de névrose, c'est-à-dire comme si elle n'avait pas de défense autre que « ce refus de voir où elle en était avec elle-même et avec les autres ».

Encore une fois ici, aucune conscience de l'analyste concernant l'intensité émotionnelle liée au traumatisme. **Que faire face à un traumatisme ? On ne peut que se taire car c'est trop difficile et cela fait beaucoup souffrir.** Marty parle de la crainte de la conscience de la patiente et il ne s'interroge pas sur « de quoi est-il conscient lui-même face à Marie » ? De plus il n'évoque en aucune façon la honte de parler.

3. La pathologie **masochique de Marie A**

Après une anamnèse classique concernant la mère et le père de Marie, nous arrivons à son adolescence et à son départ de la maison des parents : « Marie continue à vivre chez ses parents jusqu'à l'âge de 17 ans. Elle vient alors à Paris, s'emploie comme bonne à tout faire et occupe ainsi plusieurs places. Elle se marie, d'ailleurs contre le gré de sa mère, avec un homme qu'elle prétend aimer, qui se révèle rapidement alcoolique, brutal, volage et paresseux et, qu'en fait, elle entretient. Elle n'ose pas, par la suite, se séparer de lui parce que cela déplairait à sa mère ; le divorce étant chose honteuse dans son pays. Il faudra cette syphilis pour décider Marie à rompre et encore taira-t-elle longtemps son divorce à sa mère ».

En vérité tout est dit et nous sommes confrontés à la révélation d'une pathologie masochiste qui s'est développée depuis la plus tendre enfance et qui se révèle encore une fois dans la compulsion de répétition de choisir un mari agresseur comme sa mère l'a été. Marie ne peut vivre sans agresseur et toute sa vie professionnelle le confirme.

Encore une fois ici à aucun moment aucune interrogation sur les premières années de vie, ni aucun développement psychanalytique de la pathologie masochiste de la patiente.

« C'est dans ces conditions que nous pensons qu'il convient de poursuivre notre investigation et que nous décidons de prendre Marie en analyse. En effet, la présence d'une importante névrose ne fait pas de doute et le point précis du début des céphalées, au moment même de la séparation d'avec le mari, nous apparaît logiquement comme une forme de masochisme venant remplacer d'urgence l'abandon forcé d'une autre forme de masochisme ».

Marie n'est pas très emballée par un traitement prévu de longue durée, mais les douleurs intolérables qu'elle ressent la poussent à accepter " n'importe quoi ", comme elle dit.

De notre côté, nous ne sommes pas très enthousiasmés par l'idée principale qui se dégage de ce premier entretien, idée que nous avons signalée tout à l'heure et qui provient de la constatation du **mutisme presque total de Marie**. Ce mutisme, nous le répétons, nous semble d'autant plus grave qu'il n'apparaît pas comme un écran, mais **comme la traduction d'une difficulté à penser et comme un blocage de la conscience**, dans un sens très large du mot, c'est-à-dire comme une impossibilité presque complète pour Marie de voir sa situation. Il semble qu'il s'agisse d'une névrose basale, dont nous ne connaissons pas encore le rapport avec les céphalées, qui empêche la malade de prendre conscience de son état, même de façon truquée et approximative. C'est en somme comme si, n'ayant pas de moyens de tricher, n'ayant pas de moyens d'échapper à sa réalité par les innombrables possibilités névrotiques, elle bloquait l'ensemble à sa source, c'est-à-dire à la naissance de la pensée.

Aucune interrogation sur la relation à la mère dans les premiers mois et la première année de vie, aucune interrogation sur ce que Pierre Marty appelle la naissance de la pensée. Apparemment il n'a aucun doute sur l'existence d'une pensée.

« Cela ne nous plaît guère du point de vue des possibilités d'une analyse, la névrose étant justement la difficulté, presque l'impossibilité d'apporter des éléments analysables, mais nous pensons que tout cela n'est pas absolu et que, de toute façon, c'est là que réside **l'intérêt principal d'une tentative d'analyse** » : **Une analyse à tout prix !!**

« Nous nous entendons donc avec Marie sur le rythme des séances, 3 par semaine, et sur le montant des honoraires. Une indication d'analyse tout à fait classique » !

« Comment interpréter des rêves sans association et comment interpréter ce mutisme ? Pierre Marty avait un rôle de pare-excitations mais il n'en a jamais eu conscience. Le transfert avait une allure sérieusement négative et nous étions très embarrassés, sans matériel, pour l'interpréter, même de façon approximative, même sous forme d'hypothèses. Pierre Marty ne peut penser autrement que dans un cadre strictement analytique. Il ne s'interroge pas sur la nature du transfert et sur sa relation avec la patiente. Y avait-il vraiment un transfert authentique ou une relation d'une autre nature » ?
Autre rêve : Marie est au marché. Il n'y a que des marchands de rideaux, des marchands de voilages. Elle s'en étonne, parcourt le marché, mais ne trouve rien d'autre. Ce sont des rêves très pauvres avec aucune association donc une absence de pensée. Marty n'en tire aucune conclusion.

On ne peut s'empêcher à ce moment de remarquer deux choses : d'abord, l'intervention de la notion de lumière et de clarté de la vision. Nous savons que Marie était exophtalmique, qu'elle présentait des troubles de la vue et que ces troubles avaient occasionné le port de lunettes. Ensuite, la nature des céphalées que Marie décrivait comme une sensation de voile sur la tête rendant toute pensée pénible.

Ces rêves illustrent donc de façon caractéristique les symptômes que présentait Marie. Il faut noter aussi cette simplicité, cette netteté, cette rigueur de la défense : « je ne vois rien », défense rigide qui nous semble en partie conditionnée par la proximité du danger, qu'on l'appelle lumière ou conscience ». Elle me dit : « Il y a toujours quelque chose. Aujourd'hui, il me semble que vous avez la main levée sur moi », et encore : « Dès que j'entre ici, je suis sur la défensive. Vous me sauteriez dessus que cela **ne** m'étonnerait pas ».

Marty n'a pas conscience de la nature de la relation transférentielle de type maternel et non paternel. S'il s'agit bien d'une relation transférentielle.

Un psychanalyste qui ne change pas d'attitude et qui ne perçoit pas l'inconscient de la patiente : ce cas clinique révèle la cécité de la psychanalyse classique puisqu'ils obéissent au modèle de l'étape génitale œdipienne sans avoir conscience des phases archaïques et pré-génitales du développement.

Comment penser différemment ? C'est une question fort importante lorsque l'on veut développer une approche scientifique puisqu'il s'agit d'analyser les connaissances existantes, d'en comprendre les hypothèses et les limites et de prolonger la pensée scientifique avec une perception différente. C'est tout le travail des chercheurs à condition qu'ils ne soient pas dépendants de pensées qu'ils ne peuvent remettre en question.

La mort de Pierre Marty en juin 1993 m'a plongé dans la solitude qui a été renforcée par l'exclusion de l'Institut de Psychosomatique que j'avais présidé et de l'exclusion de la société psychanalytique de Paris dans laquelle j'étais resté pendant 20 ans et où j'avais acquis ma formation de psychanalyste : comme si j'étais dans un désert. J'avais conservé une patiente à l'institut de psychosomatique dont je parle très longuement dans mon livre : « Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques » (Ed. Odile Jacob). Ce fut mon premier livre de psychosomatique intégrative. Lors d'une conversation avec le Dr. Lionel Naccache dans laquelle nous nous entretenions de la perception différente, il m'a dit : « ta patiente a déclaré : « vous êtes comme nous ».

En vérité Nina, ma patiente dont les parents étaient originaires de la même ville que moi en Algérie, m'a permis de basculer de la position de psychanalyste parisien et psychosomaticien de l'IPSO à la position **d'un psychosomaticien qui a accepté certaines composantes de son identité**. Nina m'a permis de penser différemment, de voir différemment et d'accéder et d'accepter mes origines culturelles. Comme vous pouvez le comprendre ce qui est en question ici c'est ce que j'appelle le SOI ; la composante autobiographique de cette instance première précédant le MOI m'a permis d'accepter ce que j'avais refoulé pendant 59 ans de ma vie. Nous ne devons jamais oublier que les patients et les patientes peuvent nous soigner. Nina m'a soigné et m'a ouvert la porte de ce qui est devenu la Psychosomatique Intégrative.

Brutalement j'ai été mis en contact avec ce que Spitz appelle l'organisation cénesthésique qui a resurgi avec beaucoup de force. Voilà deux ans lors de vacances dans le midi, mon épouse et moi avons rencontré un couple avec lequel nous nous sommes entretenus ; ce couple semblait doté d'une énergie étrange, et, à la fin de notre entretien, cet homme m'a regardé longuement et a déclaré « **vous êtes un chaman n'est-ce pas ?** » par la suite une de mes patientes cancers du sein qui a guéri, m'a regardé de façon étrange à la fin de son travail thérapeutique avec moi et m'a posé la question : « **vous êtes un chaman n'est-ce pas ?** ».

Voilà où j'en suis arrivé, à savoir à la découverte de René Arpad Spitz, cette organisation cénesthésique qui a été refoulée dans le monde occidental et qui ressurgit parfois chez les êtres dotés de sensibilité : les musiciens, les chanteurs, les danseurs, et les chamanes.

Voilà où je voulais venir dans ma conclusion, à savoir qu'il est important que les thérapeutes de Psychosomatique Intégrative établissent des relations avec leur organisation cénesthésique pour mieux aborder les patients somatiques dans leur phase archaïque de développement et les aider progressivement à développer un système psychique.

Paris le 20 janvier 2022

1. Bibliographie

- 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., Stora, J.B., (1989), *Psychosomatiques*, ed. Beyrouth, en langue arabe. 175 p.
- 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, Suisse.*
- Marty, P., Stora, J.B.,(1989), *La clasificacion psicomatica MARTY/IPSO: metodo diagnostico de las organizaciones psicomaticas y enfermedades somaticas, Psicoterapia Analitica*, Vol. 1,n° 1,19-31.
- Marty, P.,(1990), *La psychosomatique de l'adulte*, P.U.F. , (Que sais-je ? n° 1850), Paris.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*, Laboratoires Delagrangé, coll. Les empêcheurs de penser en rond, Paris.
- Stora, J.B., *Le modèle global « Neuropsychosomatique », de la vie intra-utérine au stade génital œdipien*, Octobre 2020, Revue de Psychosomatique Intégrative n°8
- Stora, J.B., (2021) « **L'être humain est une unité psychosomatique, toutes les maladies sont psychosomatiques** » Editions Librinova, Paris.
- Stora, J.B., (2019) « **15 cas de Thérapies Psychosomatiques, soigner des malades, non simplement leurs maladies** » Editions Hermann, Paris.
- Stora, J.B. (2013) "**La Nouvelle Approche Psychosomatique, 9 cas cliniques**", MJW- Féditions, Paris.
- Stora, J.B. (2015) "**The new Body-Mind Approach, Clinical Cases**" Karnac, London.Préface du Pr. Mark Solms, Président Fondateur de l'Association Internationale de Neuropsychanalyse.
- Stora, J. B. (2011) "**Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques**", ed. Odile Jacob, Paris.1ère édition 1999
- Stora, J.B. (2011) "**La Neuropsychanalyse, controverses et dialogues**", Paris: MJW Féditions
- Stora, J.B.,(1991/2010), *Le stress*, Presses Universitaires de France, collection "Que sais-je ?" n° 2575, Paris,1991; 10ème édition, 2019; éditions en espagnol, portugais, turc, arabe, roumain, grec, italien.
- Stora, J.B. (2007) « **When the body displaces the mind, stress, trauma and somatic disease**, (foreword by Mark Solms), London: Karnac Books Ltd.
- Stora, J.B. (2005) « **Vivre avec une greffe, accueillir l'autre** », Odile Jacob, avril 2005
site: www.psychosomatique-integrative.net
- Kakar, S. (1997). *Chamans, Mystiques et Médecins, enquête psychologique sur les traditions thérapeutiques de l'Inde*, Ed. du Seuil, Paris
- S. Ferenczi (1921 a), **Prolongements de la « technique active » en psychanalyse**, OC, *Psychanalyse*, t. III : 1919-1926, Paris, Payot, 1974, p. 117-133.
- S. Ferenczi, O. Rank (1924), *Perspectives de la psychanalyse (sur l'indépendance de la théorie et de la pratique)*, Paris, Payot, « Bibliothèque scientifique Payot », 1994.
- S. Freud (1914), *Remémoration, répétition et élaboration*, in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1967, p. 105-115.
- Spitz, R, A. *De la naissance à la parole, La première année de la vie*, P.U.F., éd., Paris, 1968
- Le Non et le Oui*. P.U.F. éd, Paris, 1962



SOCIÉTÉ DE
PSYCHOSOMATIQUE
INTEGRATIVE

SEMINAIRE « CLUB BIBLIOGRAPHIE »
COORDONNE ET ANIME
PAR LE DR. BRUNO TRUMBIC

ARTICLES D'ÉPIDÉMIOLOGIE CLINIQUE MÉDICALE
INTERESSANT LA PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE

NOUS PRESENTONS ICI LES RÉSUMÉS D'ARTICLES AYANT ÉTÉ TRAVAILLÉS EN 2021 DANS LE CADRE DES RENCONTRES DU « CLUB BIBLIO » ANIMÉ PAR LE DR B. TRUMBIC.

DES RÉSUMÉS DES DISCUSSIONS ENTRE LES PARTICIPANTS SERONT AJOUTÉS PROCHAINEMENT SUR UN AUTRE SUPPORT DE LA SPI.

SEANCE DE MAI 2021

Russ TC, et al. Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. *BMJ* 2012;345: e4933 doi: 10.1136/ bmj.e4933.
Texte intégral : <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e4933.long>

RESUME

Objectif. Identifier et, le cas échéant, quantifier l'existence éventuelle d'une association entre un état de détresse psychologique (troubles anxieux et/ou dépressifs) et mortalité pour trois types de causes (cardiovasculaires y compris cérébrovasculaires, néoplasiques et externes).

Plan expérimental. Méta-analyse des données individuelles des participants de 10 grandes études prospectives de cohortes de l'enquête sur la santé en Angleterre (*Health Survey for England*). La détresse psychologique initiale était mesurée par le score à 12 items du questionnaire général de

santé (*General Health Questionnaire* ; GHQ 12) et la mortalité établie d'après les certificats de décès.

Participants. 68 222 adultes de la population générale âgés de 35 ans et plus, initialement indemnes de maladie cardiovasculaire et de cancer, vivant en habitation privée en Angleterre.

Critères de jugement principaux. Mortalité de toutes causes (n = 8365), maladies cardiovasculaires, y compris les maladies cérébrovasculaires (n = 3382), ensemble des cancers (n = 2552) et décès de causes externes (n = 386). La durée de suivi moyenne était de 8,2 ans (écart-type 3,5).

Résultats. L'étude a mis en évidence une association entre la détresse psychologique, dans tout l'éventail de sévérité et un risque accru de mortalité. En effet, les risques relatifs de mortalité ajustés à l'âge et le sexe étaient les suivants :

- scores GHQ de 1 à 3 (vs. score 0) : 1,20 ; (intervalle de confiance à 95% : 1,13 à 1,27);
- scores GHQ de 4 à 6 : 1,43 (1,31 à 1,56) ;
- scores GHQ de 7 à 12 : 1,94 (1,66 à 2,26; $p < 0,001$ pour la tendance).

Cette association était stable après ajustement sur la comorbidité somatique et les facteurs comportementaux et socio-économiques.

Une association similaire a été trouvée pour les décès par maladie cardiovasculaire et les décès de causes externes. La mort par cancer n'était associée qu'à une détresse psychologique d'intensité plus élevée.

Conclusions. La détresse psychologique est associée à un risque accru de mortalité due à plusieurs causes majeures, selon une relation dose – effet. Le risque de mortalité est augmenté même avec des états de détresse de faible intensité.

Un résumé de la discussion entre participants sera ajouté prochainement.

SEANCE DE JUIN 2021

Leichsenring F, Sven Rabung S. Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-analysis. JAMA. 2008;300(13):1551-65. doi:10.1001/jama.300.13.1551

RESUME

Contexte. La place de la psychothérapie psychodynamique de longue durée (PPLD) au sein de la prise en charge psychiatrique reste controversée. Des recherches convaincantes sur les résultats de la PPLD font défaut.

Objectif. Examiner dans le cadre d'une méta-analyse, les effets de la PPLD, en particulier dans les troubles mentaux complexes, c'est-à-dire chez les patients souffrant de troubles de la personnalité, de troubles mentaux chroniques, de troubles mentaux multiples et de troubles dépressifs et anxieux complexes (c'est-à-dire associés à une évolution chronique et/ou à de troubles mentaux multiples).

Sources des données. Les études sur la PPLD publiées entre le 1er janvier 1960 et le 31 mai 2008 ont été identifiées par une recherche informatisée dans MEDLINE, PsycINFO et Current Contents, complétée par des contacts avec des experts du domaine.

Sélection des études. Seules les études ayant utilisé une psychothérapie psychodynamique individuelle d'une durée d'au moins un an, ou 50 sessions, prospectives et fondées sur des critères de jugement fiables rapportées ont été incluses. Les essais contrôlés randomisés (ECR) et les études observationnelles ont été pris en compte. Ont ainsi été prises en compte 23 études ayant inclus 1053 patients au total ont été incluses (11 ECR et 12 études observationnelles).

Extraction des données. Les informations sur les caractéristiques de l'étude et les résultats du traitement ont été extraites par 2 évaluateurs indépendants. Les tailles de l'effet ont été calculées pour l'efficacité globale, les problèmes-cibles (*target problems*), les symptômes psychiatriques généraux, le fonctionnement de la personnalité et le fonctionnement social.

Afin de tester la robustesse des résultats, les tailles de l'effet ont été calculées séparément pour l'évaluation en fin de traitement et au cours du suivi.

Résultats. Selon les analyses comparatives des essais contrôlés, et comparativement aux psychothérapies plus courtes, la PPLD était associée à des résultats significativement supérieurs en termes d'efficacité globale, de problèmes-cibles et de fonctionnement de la personnalité. En ce qui concerne l'efficacité globale, la taille de l'effet de la différence entre les groupes était de 1,8 (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,7-3,4), indiquant qu'après traitement par PPLD, les patients atteints de troubles mentaux complexes étaient en moyenne améliorés plus que 96 % des patients traités par les traitements comparateurs ($p = 0,002$). Les analyses de sous-groupes ont montré que la PPLD est associée à des tailles de l'effet intra-groupe significatives, importantes et stables dans divers troubles mentaux, en particulier les troubles mentaux complexes (valeurs extrêmes : 0,78-1,98).

Conclusions. L'efficacité de la PPLD dans le traitement des troubles mentaux complexes est démontré. Les recherches futures devraient évaluer les effets de la PPLD dans des troubles mentaux spécifiques, et devraient inclure des analyses coût-efficacité.

Un résumé de la discussion entre participants sera ajouté prochainement.

SEANCE DE SEPTEMBRE 2021

Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*. 2015 Oct;14(3):312-21. doi: 10.1002/wps.20267
Texte intégral : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20267>

RESUME

Cet essai contrôlé randomisé pragmatique a évalué l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique à long terme (PPLT) associée au traitement habituel (TAU), tel que préconisé par les recommandations nationales en vigueur au Royaume-Uni, comparativement au TAU seul, chez des patients souffrant de longue date de dépression majeure non améliorée par au moins deux traitements différents, donc considérés comme souffrant de dépression résistante au traitement. Les patients (N = 129) ont été recrutés en soins primaires et répartis au hasard entre les deux bras de traitement. Ils ont été évalués tous les 6 mois pendant les 18 mois de traitement, ainsi qu'à 24, 30 et 42 mois pendant le suivi.

Le critère de jugement principal était évalué par la version à 17 items de l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (HDRS-17) : la rémission complète était définie comme un score HDRS-17 ≤ 8 , et une rémission partielle comme un score HDRS-17 ≤ 12 .

Les critères de jugement secondaires comprenaient la dépression autoévaluée par le *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II), le fonctionnement social évalué par le *Global Assessment of Functioning* (GAF), le bien-être subjectif évalué par la mesure des résultats cliniques de l'évaluation de routine (CORE-OM) et la satisfaction à l'égard des activités générales telles qu'évaluée par le *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire* (Q-LES-Q).

Les résultats ont montré que la rémission complète était peu fréquente dans les deux groupes à la fin du traitement (9,4 % dans le groupe PPLT contre 6,5 % dans le groupe témoin) ainsi qu'au suivi à 42 mois (14,9 % contre 4,4 %). La rémission partielle n'était pas significativement plus probable dans le groupe PPLT que dans le groupe témoin à la fin du traitement (32,1 % contre 23,9 %, $p = 0,37$), mais des différences significatives sont apparues au cours du suivi (24 mois : 38,8 % contre 19,2 %, $p = 0,03$; 30 mois : 34,7 % contre 12,2 %, $p = 0,008$; 42 mois : 30,0 % contre 4,4 %, $p = 0,001$).

Les scores de dépression établis par des évaluateurs externes et les scores auto-évalués ont tous deux montré des baisses plus prononcées dans le groupe PPLT, parallèlement à des améliorations supérieures sur les mesures de l'adaptation sociale.

Ces données suggèrent que la PPLT peut être utile pour améliorer les résultats à long terme de la dépression résistante au traitement. Les évaluations de fin de traitement ou les suivis courts peuvent marquer l'émergence d'un bénéfice thérapeutique différé.

Un résumé de la discussion entre participants sera ajouté prochainement.

SEANCE DE NOVEMBRE 2021

Deborah Boggs Bookwalter, Kimberly A. Roenfeldt, Cynthia A. LeardMann, et al. Posttraumatic stress disorder and risk of selected autoimmune diseases among US military personnel. BMC Psychiatry. 2020 Jan 15;20(1):23. doi: 10.1186/s12888-020-2432-9.

Texte intégral : <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-2432-9>

RESUME

Contexte. Un nombre croissant de données suggèrent l'existence d'un lien entre le trouble de stress post-traumatique (SSPT) et l'état de santé somatique. Les troubles liés au stress peuvent entraîner une altération du système immunitaire et, par conséquent, une maladie auto-immune. Cette étude a analysé l'association entre le SSPT et le risque de maladies auto-immunes sélectionnées (c'est-à-dire la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin [MICI] et la sclérose en plaques) parmi les membres actifs de l'armée américaine.

Méthodes. En utilisant les données de la *Millennium Cohort Study*, les cas auto-immuns incidents entre le début de l'étude et septembre 2015 ont été identifiés à partir des dossiers de consultations médicales dans la base de données du système de santé militaire (MDR). Les participants ont été classés comme ayant des antécédents de SSPT s'ils ont déclaré que ce diagnostic avait été posé par un professionnel de santé en ce qui les concerne, ou s'ils ont été dépistés comme porteurs par un instrument spécifique (*PTSD Checklist*, version civile). Les risques relatifs (HR) et les intervalles de confiance à 95 % (IC95) ont été estimés à l'aide de modèles de régression de Cox multivariés ajustés pour les données démographiques et les antécédents d'un autre problème de santé mentale.

Résultats. Parmi 120 572 participants suivis pendant une moyenne de 5,2 ans, le risque de déclarer l'une des maladies auto-immunes sélectionnées était 58 % plus élevée chez les personnes ayant des antécédents de SSPT (HR = 1,58 ; IC95 : 1,25-2,01), comparativement aux personnes sans antécédents de SSPT. Un ajustement supplémentaire pour l'IMC, le statut tabagique et la consommation d'alcool a eu peu d'impact sur les estimations de l'effet, et les résultats n'étaient pas sensiblement différents selon l'expérience de combat et les antécédents de traumatisme physique ou sexuel.

Conclusions. Le personnel militaire d'active atteint de SSPT peut avoir un risque élevé de déclarer un éventail de maladies auto-immunes, indépendamment de l'expérience de combat ou des traumatismes antérieurs. Des recherches futures sont nécessaires pour comprendre les mécanismes potentiels susceptibles d'éclairer les futures stratégies compensatrices visant à réduire les problèmes de santé autres que neuro-psychiatriques parmi les personnes atteintes de SSPT.

Un résumé de la discussion entre participants sera ajouté prochainement.