

Intitulé : Expression somatique, expression mentale : Etude comparative.

Code : 01/14/03/98/028

Chef de projet : HADDADI Dalila . Maître de Conférences.

Ont participé au recueil et au dépouillement de cette recherche : BEDAD Nadia, BEKKOUCHE Ourida, BOUCHICHA Katiba, CHOUIAL Samia, MOUSSA Fatima, SAHRAOUI Akila, TOURKI Fatiha.

Titre de la communication : Entre corps et psyché

INTRODUCTION

A l'aide des outils du psychologue clinicien, le projet s'était fixé comme objectif essentiel la mise à l'épreuve de la théorie psychosomatique. Celle-ci considère les individus humains dans une unité psychique et somatique. De ce fait, au cours de la vie, l'équilibre global pourrait se rompre et donner lieu à des décompensations soit mentales soit somatiques, soit les deux en même temps. Les deux types de décompensations seraient intimement liés au fonctionnement psychique. En effet, la littérature sur cette problématique ne manque pas de souligner la rareté, voire l'absence de maladies somatiques chroniques chez les malades mentaux. La mentalisation sous forme de délire, d'obsessions, d'hystéries, de phobies, de certaines dépressions etc... les protégerait des maladies lésionnelles et fonctionnelles chroniques graves (P.MARTY,1985). Cette même théorie distingue la somatisation de la conversion : la seconde véhicule un sens alors que la première serait « bête ». Des processus de somatisation sont décrits dans lesquels l'appareil psychique serait au plus bas niveau de sa performance dans son travail de transformation des excitations en représentations. Bien que ces travaux restent descriptifs dans leurs corrélations, les données récentes de la neurophysiologie cérébrale viennent conforter leurs thèses (B. GOLSE, 2003). C'est après coup que nous réalisons que si Freud n'avait pas abandonné les hypothèses neurologiques avancées dans la naissance de la psychanalyse (1979), un progrès considérable aurait été accompli dans la compréhension de ces processus.

Nous espérons participer par cette recherche à l'intelligibilité des processus de somatisation en soumettant les protocoles recueillis à la démarche de vérification des hypothèses psychosomatiques.

METHODOLOGIE

Démarche de recueil des données

C'est une étude à l'aveugle du fonctionnement psychique, sans connaissance préalable de la symptomatologie des sujets qui ont constitué le groupe de recherche. Le recrutement des sujets s'est effectué dans le cadre de recherche action pour la majorité des cas. Cependant, nous avons intégré des sujets qui entrent dans le cadre de préparation des différents mémoires et diplômes universitaires que nous avons dirigés. La démarche est clinique et consiste à corréler les données des épreuves sensées évaluer le fonctionnement psychique avec celles de l'entretien, conçues surtout pour étudier la symptomatologie. Notre choix des épreuves qui évaluent le fonctionnement psychique a porté sur le Rorschach, le TAT et la figure complexe de Rey (FCR). Ce choix est motivé par la maîtrise des techniques de passation, de cotation et d'interprétation par tous les membres de notre équipe. Elles sont en plus reconnues, sur le plan international, comme techniques d'investigation du psychisme (C.CHABERT, 1988, R.DEBRAY,

1983). La comparaison permettra d'établir des différences significatives entre les sujets bien mentalisés et les sujets mal mentalisés quant à l'expression somatique qu'ils présentent. Les choix de l'âge et du sexe sont laissés, dans la majorité des cas, au hasard des consultations.

Ainsi, nous avons prévu des co-variations de l'expression somatique et de l'expression mentale. Autrement dit, plus le sujet est bien mentalisé plus il a de fortes chances de jouir d'une bonne santé somatique. La réciproque sera vraie, c'est-à-dire, plus le sujet est mal mentalisé, plus il succombera aux maladies. Dans le cas où cette hypothèse générale ne se vérifiera pas, l'absence de maladies somatiques sera bien corrélée aux défenses comportementales, considérées comme les moins mentalisées mais assurant les décharges des excitations. D'autres voies de frayage des excitations seront possibles et contribueront à l'équilibre psychosomatique des sujets. Nous pensons aux formations caractérielles.

La présence d'une maladie fonctionnelle ou lésionnelle chronique sera corrélée à l'obstruction de ces trois voies de frayage des excitations.

Dispositif de l'analyse des données

Première étape

Après le dépouillement des protocoles de Rorschach, de TAT et de figure complexe de Rey, par tous les membres de notre équipe, chaque sujet de la recherche est classé dans un dossier comportant les initiales de l'investigateur, du psychothérapeute, du sujet avec son code d'enregistrement dans le registre des motifs de consultation et enfin, son âge. Le code comporte également le sexe du sujet : le chiffre 1 indique le sexe masculin et le chiffre 2 le sexe féminin.

Les données quantitatives sont reportées, en ce qui concerne le Rorschach, en psychogramme et en pourcentage de procédés défensifs, en ce qui concerne le TAT. Quant à la figure de Rey, les résultats sont exprimés en indice de dispersion de 10 à 100 indiquant la dispersion de l'efficacité du sujet dans l'épreuve de copie et celle de sa reproduction de mémoire.

L'analyse qualitative appréciera les trois paramètres de la mentalisation, à savoir l'épaisseur, la fluidité et la permanence des représentations (P. MARTY, 1976, 1980, 1990, 1991) à travers les trois épreuves, selon la grille suivante :

1. Présence d'un contenant où s'opère le travail de transformation
2. Présence des sollicitations latentes des planches
3. Présence d'associations entre les réponses de la même planche et de planche en planche.
4. Permanence des représentations
5. Présence de l'affect dépressif
6. Présence des représentations de perte d'objet
7. Présence des représentations de perte de capacité
8. Présence des investissements
9. Présence des contre-investissements
10. Présence des processus primaires
11. Présence de la solidité défensive

Pour ces 11 paramètres, la cotation s'effectue selon trois niveaux de présence :

1 : plus, 2 : plus ou moins, 3: moins.

La somme des points permet de proposer un niveau de mentalisation sur le dossier du sujet : bonne mentalisation, mauvaise mentalisation, mentalisation plus ou moins bonne et mentalisation incertaine. Si les comportements existent, sera ajoutée la mention : tendance comportement. De même si nous remarquons des défenses de caractère utilisées de manière prédominante, est rajoutée la mention : tendance caractère. Toute originalité du fonctionnement psychique est notée en exergue ainsi que

les questions soulevées par l'analyse quantitative et qualitative. La dernière mention permet de repérer les écarts inexplicables en vue de corriger d'éventuelles erreurs. Dans le cas d'absence d'erreurs, les hypothèses sont appelées à être reconsidérées.

Deuxième étape

Dans un second temps, nous avons formé quatre groupes de sujets selon leur niveau de mentalisation. Chaque dossier des quatre piles ainsi constituées est repris, sur lequel sont reportées les différentes expressions symptomatiques. Ainsi, on peut retrouver en exergue sur chaque dossier, le niveau de la mentalisation, les expressions symptomatiques mentales, les expressions symptomatiques somatiques relevées par le dépouillement des entretiens d'investigation et des entretiens psychothérapeutiques. A titre d'exemple, nous prenons le cas SM1 24 ans (OB DH) bonne mentalisation, persécution, phobie scolaire, obsessions, céphalées, constipations, préoccupations hypocondriaques, manifestations allergiques. Dans ce cas précis, les préoccupations hypocondriaques et les manifestations allergiques sous forme de crises d'asthme avaient disparu du tableau clinique au moment où il avait passé le Rorschach, le TAT et la FCR. Cela n'infirmes pas, malgré la présence de la symptomatologie somatique, l'hypothèse des psychosomatiques. Bien au contraire, à la lumière de ces données, les manifestations allergiques auraient disparu, et une mentalisation de l'hypocondrie est déduite de l'interprétation des données recueillies auprès de SM. Les plaintes corporelles sont en effet soutenues par un investissement homosexuel des relations visibles dans le Rorschach et le TAT et transparentes dans le discours direct du sujet avec le clinicien : « je ne supporte pas le regard des hommes, on dirait qu'ils me disent tu es beau, tu as les cheveux lisses ». Il s'agit pour ce sujet d'une paranoïa symptomatologiquement organisée, ce qui le place au niveau de mentalisation le plus élevée de notre échelle puisqu'il réalise 9+. Les deux paramètres qui réalisent 1- sont les sollicitations latentes des planches et les contre-investissements. En effet, la présence de la persévération de manière massive classe notre sujet dans le score le plus bas des sollicitations latentes des planches. Quant aux contre-investissements, les représentations restent trop crues, sous forme de figures mauvaises ou bonnes pour traduire les contre-investissements. « Diables et anges » figurent plus le clivage que l'isolation à l'origine des mécanismes de distanciation propres aux contre-investissements. Les céphalées et la constipation peuvent s'apparenter à des conversions s'expliquant pour les premières par les efforts de rationalisation et pour les seconds par la difficulté de se défaire des matières fécales qu'on rencontre dans l'encoprésie de certains enfants organisés sur la mode psychotique. Nous avons, par ailleurs, montré notre évaluation de la mentalisation à travers l'illustration clinique de Katia (D. HADDADI, 1999). En effet, Katia présentait une névrose obsessionnelle symptomatologiquement organisée et à l'âge de 26 ans au moment de l'examen, elle n'avait jamais souffert de maladies somatiques. Ces deux exemples montrent la complexité des critères retenus pour évaluer la mentalisation. En effet la présence de somatisations dans la vie du sujet n'est pas en elle-même démonstrative. Elle peut parfois être passagère et contribuer, pour certains sujets à des réaménagements mentaux, comme nous venons de le montrer pour le jeune SM âgé de 26 ans.

RESULTATS DE LA RECHERCHE

Âges et sexes des sujets de la recherche

Dans cette recherche, nous avons recueilli **189** protocoles d'investigation comportant un entretien, une épreuve de Rorschach, une épreuve de TAT et une épreuve de la figure complexe de Rey. Pour une vingtaine d'entre eux, nous disposons des

données des entretiens psychothérapeutiques et pour une dizaine, d'un re-test avec le Rorschach et le TAT.

Les âges et le sexe des sujets de la recherche se répartissent selon les deux tableaux suivants :

Tableau 1 : Enfants et adolescents

Age	5-10 ans		10-15ans		15-20 ans		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Nombre	5	3	7	2	4	9	16	14
	8		9		13		30	

Sur l'ensemble des sujets constituant le groupe des enfants et adolescents, le tableau 1 indique un pourcentage élevé de la tranche 15-20 ans à savoir 43%. Ce pourcentage s'explique par la rareté des consultations psychologiques chez l'enfant. Quant au sexe, pour les deux premières tranches, on remarque un nombre en faveur des garçons qui s'inverse pour la tranche des jeunes adultes. Ceci s'explique par la demande des parents qui semblent consulter plus pour les garçons que pour les filles. Concernant le jeune adulte, les filles sont plus présentes aux consultations de psychologie.

Tableau 2 : Répartition en âge et sexe des sujets adultes

Age	20-25		25-30		30-35		40-45		45-50		50-55		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Nombre	11	6	17	30	34	32	7	5	5	5	4	3	78	81
	17		47		66		12		10		7		159	

Le tableau 2 indique la plus haute fréquence (41%) de consultations dans la tranche des 30-35 ans, avec une répartition à peu près égale quant au sexe (34 hommes et 32 femmes). Au-delà de 55 ans, nous n'avons enregistré aucun cas.

Dans leur globalité les deux tableaux indiquent une fréquence de 84 % d'adultes, ce qui s'explique, essentiellement par les échecs thérapeutiques passés et la croyance aux effets positifs des psychothérapies, car même en cas de recherche planifiée, les sujets ayant participé à cette recherche sont orientés s'ils le désirent vers des psychothérapeutes avec lesquels nous travaillons en réseaux.

Dans le cadre de cette recherche, le nombre de consultations psychologiques baisse avec l'âge à ces deux extrémités : les enfants et les personnes âgées consultent très rarement le psychologue. Dans son ensemble, le groupe de recherche est représenté à part égale par les deux sexes (94 sujets de sexe masculin et 95 sujets de sexe féminin).

Après l'analyse quantitative et qualitative des **189** protocoles toutes expressions symptomatiques confondues, nous avons constitué quatre groupes de sujets selon le niveau de la mentalisation. Nous avons ensuite confronté cette appréciation de la mentalisation avec les données symptomatiques fournies par ces mêmes sujets aux entretiens.

Les niveaux de mentalisation enregistrés

Les données quantitatives et qualitatives ont été obtenues grâce à un travail soutenu de 9 chercheurs. Certains d'entre eux ne sont même pas inscrits dans ce programme de recherche. La synthèse des résultats que nous présentons aujourd'hui s'est faite par le chef de projet. En effet, à la lumière de la complexité des processus mis en jeu dans les observations recueillies, nous aurions passé des centaines de séances à discuter sur le niveau de mentalisation. Malgré la présence de la grille de cotation, il n'était pas toujours aisé d'avoir le consensus des membres de l'équipe sur le niveau de mentalisation. Aussi, nous avons préféré en rendre compte par une seule personne, en acceptant les éventuelles erreurs, mais qui se seraient très probablement multipliées, par le nombre des membres de l'équipe. Les résultats que nous présentons ne peuvent pas avoir une valeur statistique, mais montre plus des tendances que nous n'avons pas eu le temps de développer davantage vu la complexité de la tâche.

Sur les 189 sujets examinés le niveau de mentalisation s'exprime selon le tableau suivant :

Tableau 3 : Niveau de mentalisation des sujets de la recherche

Niveau de mentalisation	Nombre de sujets
Bonne mentalisation	30
Mentalisation moyenne	70
Mentalisation incertaine	18
Mauvaise mentalisation	71
Total	189

Le tableau 3 indique un pourcentage très faible (16 %) des sujets bien mentalisés. En fait, la pile de dossiers des sujets qui présentent ce niveau de mentalisation s'est constituée par 20 schizophrènes de l'hôpital DRID Hocine examinés dans le cadre de préparation d'un mémoire de fin de licence et d'un diplôme Universitaire. Les 20 autres sujets présentent les symptômes mentaux suivants : persécutions, conversions, phobies, obsessions, dépressions, préoccupations hypocondriaques, autisme. Dans ce groupe de sujets, le pourcentage élevé des sujets mal mentalisés (37%) semble être un résultat très significatif dans la mesure où nous avons retrouvé dans la pile de dossiers constituée avec cette mention, la majorité des sujets examinés lors de notre recherche sur les dermatoses (D. HADDADI, 2001). Nous avons retrouvé aussi les cardiopathes, les diabétiques, les hypertendus, les cancéreux et certains allergiques. Le même pourcentage (37%) est réalisé par les sujets moyennement mentalisés. En fait, ce sous groupe comporte, en majorité les sujets examinés au Centre d'Aide psychologique Universitaire qui consultent souvent pour des motifs plus existentiels que psychopathologiques. Ils se situent en majorité dans la tranche d'âge de 18 à 30 ans. Le sous groupe de sujets constitué par les sujets à mentalisation incertaine réalise le score le plus bas. Il s'est constitué de sujets qui ne présentent pas de symptomatologie somatique grave, ni d'autres maladies, mais semble caractériser des sujets qui se sont organisés sur le mode pervers. Nous avons retrouvé, dans ce groupe, les 10 observations de filles qui ont présenté des pathomimies confirmées ou suspectées. La mention : tendance comportement s'est retrouvée dans 50% de cas. Pour les 8 sujets restants, l'irrégularité du fonctionnement psychique était tellement présente que nous n'avons pas pu les mettre sous une autre rubrique que des sujets à mentalisation incertaine.

Les co-variations de la mentalisation et de l'expression somatique

Plusieurs paramètres sont à prendre en considération pour rendre compte de cette co-variation. Nous donnerons d'abord les résultats globaux des sujets qui ont présenté des affections somatiques et psychique avérées. Nous avons effectué ce calcul en nous appuyant sur trois critères

1. traitements au long cours (de médecine et/ou de psychiatrie)
2. hospitalisations (de médecine et/ou de psychiatrie)
3. interventions chirurgicales

Pour le dernier critère retenu, on a pu retrouver des interventions chirurgicales chez un sujet mentalisé présentant une paranoïa bien organisée qui s'est fait opérer pour une gynécomastie. De même, une jeune femme qui présente une hystérie de conversion, s'est faite opérée pour une liposuccion. Et enfin, une jeune fille qui a pratiqué de la chirurgie sur des traces de blessures qu'elle avait provoqué sur sa peau. Pour expliquer ces résultats, nous n'avons pas considéré ces interventions comme expressions somatiques. Les résultats sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Répartition des sujets de la recherche selon l'expression symptomatique

Expression symptomatique	Nombre de sujets
Expression somatique	111
Expression mentale	78
Total	189

Le tableau 4 révèle un pourcentage élevé (59%) de sujets ayant présenté des affections somatiques quelles que soient leurs formes. Ce taux élevé s'explique en partie par l'intégration à ce projet de 81 sujets ayant présenté des dermatoses. Sur les 111, on ne retrouve ni névroses, ni psychoses symptomatologiquement organisées. Cependant, on peut retrouver des persécutions, des obsessions même sous forme de TOC, des phobies, des dépressions et tous les symptômes mentaux qu'on peut imaginer, dont on ne peut rendre compte fidèlement que par la présentation détaillé d'un seul sujet. Il y a même parfois un balancement entre une symptomatologie mentale et une symptomatologie somatique ainsi qu'entre différentes expressions somatiques sauf pour certaines dermatoses comme le psoriasis et la pelade, les décompensations ciblent l'organe, et la symptomatologie somatique reste la même pendant des années avec rémissions et rechutes. Elle existe avec une grande fréquence chez les ascendants et fait penser à des fixations génétiques. Ceci qui laisse supposer une vulnérabilité qui a tendance à s'exprimer dans des états de détresse psychique suite, soit à des événements, soit à des changements notables de l'économie relationnelle des sujets. Nous avons noté également un balancement entre une expression somatique et mentale à travers les générations. Un cas illustre parfaitement ce cas de figure. Il s'agit d'une jeune fille qui présente une pelade décalvante totale. Dans l'une des séances de psychothérapie, nous apprenons que sur trois générations de sa famille paternelle, soit on présente une pelade décalvante totale, soit une paranoïa. Nous avons relevé un balancement symptomatique chez les sujets allergiques entre eczéma, asthme et urticaire chez les mêmes sujets.

Pour l'expression mentale, le score représente exclusivement les sujets, chez lesquels aucune symptomatologie somatique n'a été notée sur leurs dossiers. Ils constituent un pourcentage de 41% de tout le groupe des sujets examinés. Sur les 78 sujets qui n'ont jamais présenté d'affections somatiques, 30 sont bien mentalisés. Sur ces 30 sujets, nous retrouvons 20 schizophrénies, 2 paranoïas, 1 hystérie, 3 dépressions, 1 névrose obsessionnelle, 1 phobie, 1 syndrome d'ASPERGER,(autisme). Quant aux dépressions, nous avons noté dans ce groupe de 3 sujets des préoccupations

hypocondriaques et des épisodes somatiques qui ne présentent pas un mauvais pronostic pour l'état de santé physique. Il s'agit de trois adultes femmes qui répondent au diagnostic de mélancolie, une dépression très bien mentalisée.

Les 42 sujets restants qui n'ont jamais présenté une affection somatique se caractérisent soit par une mentalisation moyenne, mauvaise ou incertaine. Cependant sur ses 42 sujets, nous ne retrouvons que deux, c'est-à-dire 4% qui utilisent de manière privilégiée les comportements.

CONCLUSION

Bien que nous ayons rendu compte des principaux résultats obtenus lors de cette recherche, plusieurs publications sont en cours de rédaction pour les aborder dans leur spécificité et leur complexité au cas par cas.

Nous retenons dans cette conclusion deux principaux résultats, notamment l'absence totale de maladies somatiques avérées dans le groupe de sujets bien mentalisées et l'absence de névroses et de psychoses chez les sujets qui présentent une maladie somatique chronique.

Les essais psychothérapeutiques montrent l'action de la réanimation psychique sur l'amélioration de la symptomatologie somatique fonctionnelle, sur l'expression pulsionnelle dans les comportements. L'expression somatique lésionnelle est rebelle chez l'adulte alors qu'elle est réversible chez l'enfant et l'adolescent.

Pour finir, nous espérons participer à une recherche avec des somaticiens pour explorer ces hypothèses. Nous proposerons pour cela une expression symptomatique telle la pelade décalvante totale sur un grand échantillon.

BIPLIOGRAPHIE

GOLSE Bernard : « Contribution des nouvelles données scientifiques à la perspective psychanalytique », La Psychiatrie de l'enfant, Paris, PUF, Vol. XLVI 1/2003, pp 5-27.

FREUD Sigmund (1895-1902): «La naissance de la psychanalyse », Paris, PUF, 1979.

CHABERT Catherine: « Les méthodes projectives en psychosomatique », Encycl. Med. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37400 D10, 6-1988, 4p.

DEBRAY Rosine: «L'équilibre psychosomatique, organisation mentale des diabétiques », Paris, Dunod, 1983, 258 p.

HADDADI Dalila : « Le corps a ses raisons. Arguments pour une interdisciplinarité médecine-psychologie », Les Cahiers de la santé , Régie Sud Méditerranée, N° 2, 1998, pp. 87-95.

HADDADI DALILA : « Le point de vue topique. Le préconscient. Introduction à la théorie psychosomatique », Annales de l'Université d'Alger, Tome II, N° 11, Juin 1998, pp. 63-97.

HADDADI Dalila : « La mentalisation à l'épreuve de l'examen psychologique. Illustration clinique. » Psychologie Clinique et Projective (Revue de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française), volume 5, Paris, 1999, pp. 239-267.

HADDADI Dalila : (1998) «Peau mutilée ou l'expression du déni de filiation », in Identité et mémoire, Fondation Mahmoud Boucebci Recherche et culture, Juin 2000, pp. 69-75.

HADDADI Dalila : « Niveau de l'atteinte et niveau de la mentalisation dans la pelade décalvante totale », Communication aux Journées Nationales de Psychologie, Alger, 25-26-27 mai 1998.

HADDADI Dalila : « Contribution à l'étude de l'équilibre psychosomatique des dermatoses », Thèse de Doctorat d'Etat en Psychologie Clinique, Université d'Alger, Faculté des Sciences humaines et Sociales, Département de Psychologie et des Sciences de l'Education, 2001.

MARTY Pierre, DE MUZAN Michel, DAVID Christian: « L'investigation psychosomatique », Paris, P.U.F, 1994 (2^{ème} édition augmentée des préliminaires critiques à la recherche psychosomatique », 263 p.

MARTY Pierre: « Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique », Paris, Payot, 1976, 244 p.

MARTY Pierre: « L'ordre psychosomatique, désorganisations et régressions », Paris, Payot, 1980, 299 p.

MARTY Pierre: « A propos des rêves chez les malades somatiques », Revue Française de Psychanalyse, sept-oct 1984, n° 5, pp. 1143-1161.

MARTY Pierre : « Essai de classification psychosomatique de quelques malades somatiques graves », Psychiatrie française, n° 5/85, pp 753-763.

MARTY Pierre: « La psychosomatique de l'adulte », Paris, P.U.F (collection Que sais-je), 1990, 127p.

MARTY Pierre: « Mentalisation et psychosomatique », Paris, empêcheurs de penser en rond, 1991, 53 p.