



Université Abderrahmane Mira Bejaïa
Faculté des sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention de diplôme de Master en psychologie
Option : Psychologie Clinique

Thème

La qualité du fonctionnement psychosomatique chez la femme atteinte du syndrome des ovaires polykystiques :

Étude de deux (02) cas à partir de la grille de risque psychosomatique de J-B.
STORA et du test RORSCHACH

Réalisé par

CHEURFI Feriel
DAHDAH Lamia

Encadré par

Pr. IKARDOUCHANE BALI Zahia

Année universitaire : 2024-2025

Remerciement

Nous remercions tout d'abord le bon Dieu pour tous ses bienfaits et pour nous avoir permis d'atteindre cette étape de notre vie en bonne santé.

Madame la professeure IKARDOUCHENE Bali Zahia, nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude pour votre encadrement tout au long de cette année académique. Votre soutien, vos conseils et votre expertise ont été inestimables pour notre développement professionnel et personnel. Travailler sous votre direction a été une expérience extrêmement enrichissante, et nous avons beaucoup appris grâce à vos enseignements et votre patience.

Nous souhaitons également remercier l'ensemble du corps professoral du département des sciences sociales de l'Université de Béjaïa. Votre engagement envers l'éducation et votre dévouement à l'égard des étudiants sont admirables et ont grandement contribué à notre parcours académique.

Nous adressons également toute notre gratitude au cabinet privé du psychologue clinicien Bekkaoui Ryad pour nous avoir donné l'opportunité d'acquérir de l'expérience au sein de son Institution. Ce stage a été une véritable occasion de mettre en pratique nos connaissances théoriques et de découvrir le monde professionnel. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous et d'apprendre dans un environnement aussi stimulant et accueillant.

Nous remercions également tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail. Avec toute notre gratitude.



Dédicaces

Je dédie ce travail de tout cœur à ceux qui m'ont soutenue tout au long de ce parcours.

À ma belle-famille brikh, pour leur bienveillance et leur soutien constant. À mon cher mari Abbas, pour sa patience, son amour inconditionnel et sa précieuse présence à chaque étape.

À mon père pour sa force, ses prières et son encouragement silencieux, mais profond, et à toute la famille cheurfi pour leur chaleur, leur confiance et leur encouragement. Merci à vous tous, ce mémoire et aussi le vôtre.

Feriel

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail tout d'abord à mes chers parents, qui m'ont encouragée à devenir la personne que je suis aujourd'hui. Ils ont toujours été présents tout au long de mon parcours pour me soutenir et me donner la force de continuer jusqu'au bout.

Je tiens à remercier mes frères (Mahoub, Samir, Kamal) et mes sœurs adorées (Dalila, Zahira, Hanan) pour l'amour et l'esprit de fraternité qui existent entre nous, ainsi que pour l'aide qu'ils m'ont apporté dans ma vie quotidienne et mon parcours académique. Je suis heureuse que vous soyez toujours à mes côtés.

Je voudrais également remercier ma chère amie Kahina, qui est comme une sœur pour moi, ainsi que tous mes amis qui m'ont toujours accompagnée dans mon parcours universitaire.

Je tiens à remercier ma chère binôme Feriel d'avoir travaillé avec moi. Ce fut un moment agréable, malgré les difficultés que nous avons rencontrées. Nous avons pu surmonter toutes ces épreuves ensemble grâce à notre travail acharné, notre persévérance, notre bonne entente et notre respect mutuel, ce qui a permis la réalisation de cet humble travail.

Lamia

Liste des abréviations

Abréviation	Signification
SOPK	syndrome des ovaires Polykystiques
Tcc	Thérapie cognitivo comportementale
IMC	Indice de masse corporelle
SAS	Syndrome d'apnée de sommeil
TCA	Troubles des conduites alimentaires

Liste des tableaux

N°	Titre	Page
Tableaux n 01	Caractéristiques de groupes de l'étude	79
Tableaux n 02	Tableau N° 2 : synthèse des événements de vie et des troubles somatiques, du cas Nadjat, avec commentaires.	89
Tableaux n 03	Protocole de Rorschach du cas Nadjat	108
Tableaux n 04	Psychogramme de Rorschach du cas de Nadjat	109
Tableaux n 05	Tableau N° 5 : synthèse des événements de vie et des troubles somatiques, du cas Sarah, avec commentaires	119
Tableaux n 06	Protocole de Rorschach du cas Sarah	140
Tableaux n 07	Psychogramme de Rorschach du cas Sarah	143

Sommaire

INTRODUCTION GENEALE.....	1
---------------------------	---

PARTIE THEORIQUE

<i>PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE</i>	5
---	---

1-Problématique.....	6
----------------------	---

2-Raisons du choix de thème.....	12
----------------------------------	----

3. L'objectif de la recherche	13
-------------------------------------	----

5. Définition opérationnelle des concepts.....	15
--	----

6. Les études précédentes concernant notre thème.....	15
---	----

CHAPITRE II: LE FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE	24
--	----

Préambule.....	24
----------------	----

1-Définition.....	24
-------------------	----

2-Concepts clés de la psychosomatique.....	25
--	----

3-Aperçu historique	27
---------------------------	----

3-1 Heinroth, un précurseur	27
-----------------------------------	----

3.2 Évolutions contemporaines	28
-------------------------------------	----

3.3 La contribution de Felix Deutsch	28
--	----

3.4 Entre médecine et sciences humaines	28
---	----

3.5 Freud et la psychosomatique	28
---------------------------------------	----

3.6 L'école de la psychosomatique de Paris.....	29
---	----

3.7 L'approche médicale de la psychosomatique	30
3.8 Clinique et théories psychosomatiques:	31
3.9 La psychosomatique intégrative de Jean Benjamin Stora	32
3.10 La représentation du corps	32
3.10.1 Le corps et ses schémas (images)	33
3.10.2 L'homoncules (neuroscience et médecine).....	34
3.10.3 Le rôle prévalent de l'inconscient dans le déterminisme de manifestations corporelles:	35
3.10.4 Le corps et l'esprit	35
3.11 Le fonctionnement psychosomatique : considérations théoriques	37
3.11.1 La qualité du fonctionnement psychosomatique.....	41
Résumé du Chapitre.....	41
CHAPITRE III: LES OVAIRES POLYKYSTIQUES	44
Préambule.....	44
1. Historique du SOPK.....	44
1.1 La découverte moderne : Stein et Leventhal (1935)	44
1.2 Évolution des connaissances (XXe – XXIe siècles)	45
2. les définitions des syndromes des ovaires polykystiques (SOPK)	45
2.1 Définitions.....	46
2.2 Les manifestations cliniques du SOPK.....	46
3. Critères diagnostic	46
4. la prévalence et épidémiologie en Algérie du syndrome des ovaires polykystiques.....	47
5. les causes associés au SOPK	47
5.1 Génétique.....	48
5.2 Environnement.....	48
5.3 signes cliniques:.....	48

5.4 Cycle menstruel perturbé.....	49
5.4 Hirsutisme	49
5.6 Acné	49
5.7 Alopecie	50
6. Risques et complications liées aux syndromes des ovaires polykystiques	50
6.1 Infertilité.....	50
6.2 Le diabète de type 2 et l'intolérance au glucose.....	51
6.3 Obésité et l'âge	51
6.4 Syndrome métabolique.....	52
6.5 Cancers gynécologiques:	52
6.6 Syndrome d'apnée du sommeil	52
7. Impact Psychologique du Syndrome des Ovaires Polykystiques (SOPK).....	53
8. Principaux troubles psychologiques associés au SOPK	53
9. Facteurs expliquant ces troubles psychologiques:	54
9.1 Approches pour améliorer la santé mentale des patientes:	54
10. La prise en charge de SOPK.....	55
10.1. Traitements pharmacologiques:	55
10.2. Traitements psychologiques.....	57
Conclusion	59
PARTIE PRATIQUE	60
CHAPITRE IV: PROCEDURES METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE	62
Préambule.....	62
1. Définition de la méthodologie	62
1.1 La méthode clinique	62
2. le cadre temporel et spatiale de la recherche	63
2.1 Le cadre Temporel.....	63

2.2 Le cadre spatial de la recherche	64
3. les techniques utilisées dans la recherche	65
3.1 Guide d'entretien	66
3.2 Le test de Rorschach.....	75
3.2.1 Aperçu historique	75
3.2.2 La situation du test de Rorschach et son objectif	75
3.2.3 Passation du test de Rorschach	76
4. Déroulement de la pratique	77
5. présentation du groupe de recherche	78
6. Conditions d'inclusion des cas dans le groupe de recherche	79
7. Caractéristiques du groupe d'étude.....	79
8. Le déroulement de la pratique	79
9. Analyse des techniques utilisées:	80
9.1 Analyse des données de l'entretien.....	80
9.2L'analyse du protocole Rorschach	80
9.2.1 Pourquoi utiliser le Rorschach dans le cadre du SOPK ?.....	81
9.3 Présentation de la grille d'évaluation du risque psychosomatique	81
Résumé du chapitre	83
CHAPITRE V: ANALYSE DES DONNEES.....	85
Introduction	85
1. Cas de Nadjat : 44ans	85
1.1 Présentation et analyse du cas Nadjat.....	85
1.1.1 Analyse des données de l'entretien.....	91
1.1.3 Évaluation du risque psychosomatique, selon la grille de Jean Benjamin Stora: Processus et mécanismes psychiques, points de fixation, manifestations caractérielles et activités sublimatoires	93
1.4 Diagnostic selon la Nosographie psychosomatique.....	107

1.2 Présentation et analyse du protocole Rorschach de Nadjet.....	108
1.2.1 Remarque générale sur le protocole Rorschach	110
1.2.2 Procédés mentaux	111
1.2.3 Résumé du protocole Rorschach de Nadjet	114
1.2.4 Synthèse clinique du cas Nadjet	114
2. Cas N° 2: Sarah, 30 ans.....	115
2.1 Présentation du cas.....	115
Tableau N° 5 : synthèse des événements de vie et des troubles somatiques, du cas Sarah, avec commentaires.....	119
2.1.1 Analyse des données de l'entretien.....	120
2.1.2 Évaluation de la santé et du risque psychosomatique de Sarah.....	123
2.4 Évaluation globale du fonctionnement psychosomatique	137
2.1.3 Diagnostic selon la nosographie psychosomatique	138
9.3.1 Processus mentaux – Analyse du protocole.....	144
2.2.2 Lecture par planche.....	146
Déduction générale et discussion des hypothèses.....	152
CONCLUSION GENERALE.....	159
BIBLIOGRAPHIE	163
ANNEXES	168
TABLE DE MATIERES.....	215

Résumé

Résumé de l'étude

La présente étude vise à explorer la qualité du fonctionnement psychosomatique chez les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), en s'appuyant sur la psychosomatique intégrative développée par Jean-Benjamin Stora.

Selon cette approche, la somatisation ne peut être comprise que dans une perspective pluridisciplinaire intégrant cinq systèmes interdépendants : **le** système psychique, **le** système nerveux central, **le** système nerveux autonome, le système immunitaire **et le** système génétique. Pour Stora, il n'existe pas de causalité psychologique unique dans l'apparition d'une maladie, et l'individu ne peut être tenu responsable de celle-ci. La pathologie s'inscrit dans une dynamique multifactorielle et interactive, et il ne s'agit pas de maladies psychosomatiques, mais de sujets psychosomatiques.

Ainsi, comprendre une femme atteinte du SOPK suppose de prendre en compte à la fois son histoire biologique et son parcours psychologique, en interrogeant les événements marquants de son développement et les modalités de gestion du stress, afin de saisir les mécanismes susceptibles d'avoir contribué à une désorganisation psychosomatique.

Le SOPK, en tant que trouble complexe aux implications endocriniennes, métaboliques et psychiques, représente une atteinte à l'équilibre du corps féminin et à sa symbolique, notamment en lien avec les fonctions de féminité, de fertilité et d'identité. C'est pourquoi il nécessite une approche globale et intégrative.

Nous avons formulé l'hypothèse suivante: *Le fonctionnement psychosomatique chez les femmes atteintes du SOPK présente une fragilité repérable à travers l'évaluation du risque psychosomatique selon la méthode de Jean-Benjamin Stora.*

Notre recherche s'inscrit dans une démarche clinique fondée sur l'étude de cas. Nous avons mené des entretiens cliniques semi-directifs auprès de deux femmes (Sarah et Nadjat), dans le but de remplir la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique proposée par Stora. L'analyse a révélé chez ces deux patientes une vulnérabilité dans le fonctionnement psychosomatique ainsi qu'une tendance à la désorganisation, confirmant notre hypothèse initiale.

Le SOPK apparaît ici comme l'expression d'un déséquilibre systémique, dont les ressorts dépassent la seule dimension hormonale, et appellent à une lecture intégrative,

Résumé

psychosomatique et contextuelle, sensible aux intrications entre le corps, le psychisme et l'environnement.

Mots-clés : Fonctionnement psychosomatique; syndrome des ovaires poly kystiques (SOPK); Psychosomatique intégrative.

Study Abstract

The present study aims to explore the quality of psychosomatic functioning in women diagnosed with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS), using the framework of Jean-Benjamin Stora's integrative psychosomatic theory.

According to this approach, somatization can only be understood through a multidisciplinary perspective, encompassing five interconnected systems: the psychic system, the central nervous system, the autonomic nervous system, the immune system, and the genetic system. For Stora, there is no purely psychological cause of illness, and individuals are in no way responsible for their diseases. The issue is far more complex and multifactorial in nature. There is no such thing as a “psychosomatic disease,” but rather a psychosomatic person.

Thus, understanding a woman affected by PCOS requires consideration of both her biological development and psychological history, as well as the key life events that may have contributed to psychosomatic disorganization or vulnerability.

PCOS, as a complex condition with endocrine, metabolic, and psychological implications, affects the body's internal balance and touches on symbolic dimensions of femininity, fertility, and identity. Therefore, it requires a comprehensive and integrative approach.

We formulated the following hypothesis: *Psychosomatic functioning in women with PCOS reveals a vulnerability that can be identified using Jean-Benjamin Stora's psychosomatic risk assessment framework.*

Our research followed a clinical case study methodology. We conducted semi-structured clinical interviews with two women (Sarah and Nadjat), enabling us to complete Stora's psychosomatic health and risk evaluation grid. The analysis revealed a fragility in their psychosomatic functioning **and** a tendency toward disorganization, thus supporting our hypothesis.

PCOS here emerges as the manifestation of a systemic imbalance, whose roots go beyond hormonal dysregulation and call for an integrative, psychosomatic, and contextual understanding, attentive to the interactions between body, psyche, and environment.

Keywords: Psychosomatic functioning; Polycystic Ovary Syndrome (PCOS); Integrative psychosomatics.

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف نوعية التوظيف السيكوسوماتي لدى النساء المصابات بمتلازمة المبيض المتعدد الكيسات (SOPK)، وذلك بالاعتماد على المنظور السيكوسوماتيكي التكاملي الذي طوّره جان بنجامين ستورا.

وفقاً لهذا النهج، لا يمكن فهم ظاهرة المرض الجسدي إلا من خلال مقارنة متعددة التخصصات، تُدمج بين خمسة أنظمة مترابطة: الجهاز النفسي، الجهاز العصبي المركزي، الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي)، الجهاز المناعي، والجهاز الجيني. بالنسبة لستورا، لا توجد سببية نفسية وحيدة تؤدي إلى ظهور المرض، ولا يمكن تحميل الفرد مسؤولية ذلك. فالأمراض السيكوسوماتية تُفهم ضمن دينامية تفاعلية متعددة العوامل، ولا يُنظر إليها كأعراض سيكوسوماتية بحد ذاتها، بل ينظر للأشخاص كذوي بنية سيكوسوماتية.

إنّ فهم المرأة المصابة بمتلازمة المبيض المتعدد الكيسات يقتضي الأخذ بعين الاعتبار تاريخها البيولوجي ومسارها النفسي، من خلال تحليل الأحداث الأساسية التي شكّلت نموّها، وكذلك استراتيجياتها في التعامل مع الضغوط النفسية، من أجل الكشف عن الآليات التي يُحتمل أن تكون ساهمت في حدوث الاضطراب السيكوسوماتي.

وتُعَدّ هذه المتلازمة اضطراباً معقداً ذو أبعاد هرمونية، واستقلابية، ونفسية، وتشكل مساساً بتوازن الجسد الأنثوي ورمزيته، لا سيما في ما يخص الأنوثة، والخصوبة، والهوية. لذا، فإن التعامل معها يتطلب مقاربة شمولية وتكاملية.

يندرج بحثنا ضمن مقاربة عيادية تعتمد على دراسة الحالة. أجرينا مقابلات عيادية نصف موجهة مع امرأتين (سارة ونجاة)، بهدف ملئ شبكة تقدير الصحة والخطر السيكوسوماتيكي التي اقترحها ستورا. وقد كشفت التحليلات عن وجود هشاشة في التوظيف السيكوسوماتيكي لدى المريضتين، بالإضافة إلى ميل نحو التفكك، مما يؤكد فرضيتنا الأولية.

يبدو أن متلازمة تكيس المبايض تمثل تعبيراً عن اختلال تنظيمي، تتجاوز آلياته البُعد الهرموني وحده، وتستدعي قراءة تكاملية، سيكوسوماتيكية وسياقية، تأخذ بعين الاعتبار التشابكات بين الجسد والنفس والبيئة.

الكلمات المفتاحية: التوظيف السيكوسوماتيكي؛ متلازمة تكيس المبايض (SOPK)؛ السيكوسوماتية التكاملية.

INTRODUCTION

--
« *Les maladies sont les cris de l'âme que personne n'a entendus.* »(Carl Gustav Jung)

Longtemps envisagé comme une affection relevant exclusivement du champ de la médecine organique, le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) tend aujourd'hui à être appréhendé dans une perspective plus globale et intégrative. Cette évolution des représentations ouvre la voie à une prise en compte conjointe des dimensions biologiques, psychiques et sociales de l'existence des femmes concernées. Les maladies, en général, se situent à l'intersection du corps et de l'esprit. Elles traduisent, parfois de manière silencieuse et parfois éclatante, l'impact des conflits émotionnels, du stress chronique, de l'angoisse ou de la dépression sur le fonctionnement somatique. Ces influences peuvent participer à l'émergence, à l'aggravation ou à la chronicisation de pathologies, que celles-ci aient une étiologie organique clairement identifiée ou non.

Dans le cadre de l'approche que nous adoptons, il ne s'agit pas tant de parler de "maladies psychosomatiques" que de reconnaître l'existence de sujets au fonctionnement psychosomatique singulier, où psyché et soma s'entrelacent de manière indissociable. Cette vision, portée notamment par la psychosomatique intégrative, invite à considérer l'être humain dans sa complexité, loin des clivages réducteurs entre le corps et l'esprit. La psychosomatique, entendue comme champ clinique et théorique, interroge ainsi la capacité du psychisme à métaboliser les excitations internes et externes. Lorsque cette élaboration échoue, une partie de ces tensions peut se convertir en troubles somatiques. Ce lien complexe entre affect, symbolisation et fonctionnement corporel a d'abord été pensé par les pionniers de la psychanalyse, avant d'être approfondi par des auteurs comme Pierre Marty, fondateur de l'École psychosomatique de Paris, puis revisité dans une perspective plus dynamique et interdisciplinaire par Jean-Benjamin Stora.

Pierre Marty a posé les bases d'une approche clinique du fonctionnement psychosomatique en soulignant le rôle de la pensée opératoire, la pauvreté du monde fantasmatique, et l'incapacité à symboliser les conflits comme facteurs de vulnérabilité somatique. Selon lui, lorsque le psychisme est débordé par des excitations qu'il ne peut ni élaborer ni contenir, celles-ci se déplacent vers le corps, entraînant des manifestations somatiques. Jean-Benjamin Stora, tout en s'inscrivant dans cette lignée, a progressivement mis en évidence les limites d'un modèle fondé sur la seule dynamique de flux d'excitation, pour proposer une *psychosomatique intégrative*. Cette dernière repose sur un modèle à cinq systèmes (psychique, nerveux central, nerveux autonome, immunitaire et génétique), et

souligne la complexité des interactions entre les différentes sphères de l'organisme. Il rejette l'idée d'une causalité linéaire ou d'une culpabilité individuelle dans l'apparition des maladies, insistant au contraire sur l'unicité du fonctionnement psychosomatique de chaque sujet.

Dans cette perspective, les traumatismes psychiques -en particulier lorsqu'ils surviennent dans les premières années de vie- peuvent fragiliser durablement l'appareil psychique, entravant sa capacité à symboliser, à penser et à réguler les affects. Les expériences précoces, notamment dans la relation à l'autre, laissent des empreintes affectives durables, qui conditionnent la manière dont un individu fera face, plus tard, à la douleur, à la maladie ou aux événements de vie déstabilisants.

C'est dans ce cadre théorique que s'inscrit la présente recherche, centrée sur la qualité du fonctionnement psychosomatique chez la femme atteinte du *syndrome des ovaires polykystiques* (SOPK). Le SOPK est l'une des endocrinopathies les plus fréquentes chez les femmes en âge de procréer. Il se manifeste par des troubles menstruels, une hyperandrogénie, une résistance à l'insuline, ainsi que des difficultés de procréation. Au-delà de ses implications biologiques et reproductives, le SOPK a un retentissement majeur sur le plan psychologique: image de soi altérée, troubles de l'humeur, anxiété, voire états dépressifs sont fréquemment associés à cette affection.

Or, ces éléments psychiques ne sont pas de simples conséquences de la maladie: ils peuvent interagir avec l'évolution des symptômes, moduler la perception de la souffrance, influencer l'observance thérapeutique, et altérer la qualité de vie globale des patientes. Dans cette optique, la question du fonctionnement psychosomatique se pose fortement: comment ces femmes vivent-elles leur maladie? Quelles représentations s'en font-elles? Quels mécanismes psychiques mobilisent-elles pour faire face à la douleur, aux changements corporels, aux enjeux identitaires que soulève cette affection chronique ?

Notre travail propose ainsi une exploration clinique du fonctionnement psychosomatique chez des femmes atteintes du SOPK, en croisant les apports théoriques de la psychosomatique intégrative et les données issues d'observations cliniques. Il vise à mettre en lumière la manière dont les traumatismes précoces, les expériences émotionnelles et les conflits psychiques influencent non seulement l'expression somatique, mais aussi la capacité des patientes à composer avec la maladie. À travers une approche qualitative, ce mémoire ambitionne d'enrichir la compréhension du SOPK au-delà de sa dimension biologique, en

essayant de le comprendre d'une manière plus globale et intégrée, et où l'écoute psychologique aurait toute sa place.

À la suite de cette introduction, notre travail s'organise en plusieurs axes visant à explorer la qualité du fonctionnement psychosomatique chez les femmes souffrant du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Pour ce faire, l'étude est structurée en deux grandes parties : une partie théorique et une partie pratique.

La partie théorique se déploie en trois chapitres :

Le premier chapitre présente la problématique de recherche ainsi que les hypothèses formulées.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude du fonctionnement psychosomatique, à travers l'examen des principaux modèles théoriques et des apports contemporains dans ce champ.

Le troisième chapitre propose une approche médicale du syndrome des ovaires polykystiques, en mettant en lumière ses aspects cliniques, étiopathogéniques et ses répercussions psychosociales.

La partie pratique comprend deux chapitres :

Le quatrième chapitre détaille la méthodologie adoptée, en précisant les outils cliniques utilisés ainsi que les modalités de recueil et d'analyse des données.

Le cinquième chapitre est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats issus des études de cas.

Enfin, ce cinquième chapitre se conclut par une discussion des hypothèses à la lumière des résultats issus des études de cas, suivie de la conclusion générale et de propositions de perspectives cliniques et de recherche.

Partie Théorique

Chapitre I

Problématique et hypothèse

1-Problématique

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est une affection endocrinienne fréquente, touchant 5 à 10 % des femmes en âge de procréer (Azziz et al., 2004). Il se caractérise par une anovulation chronique, une hyperandrogénie (hirsutisme, acné) et des anomalies morphologiques ovariennes (Rotterdam ESHRE.ASRM, 2004). À ces caractéristiques s'ajoutent souvent une résistance à l'insuline, un surpoids, un risque accru de diabète de type 2 et des troubles de la fertilité.

Sur le plan étiologique, le SOPK résulte d'une interaction complexe entre facteurs génétiques, hormonaux et environnementaux (Goodarzi et al., 2011), comme une altération de l'activité du cytochrome P450c17¹ (Barbieri, 1992). Le traitement médical reste symptomatique, centré sur les priorités exprimées par la patiente (régularisation du cycle, fertilité, prise en charge dermatologique ou métabolique).

Cependant, au-delà des aspects biomédicaux, ce syndrome constitue aussi un trouble du vécu corporel, engageant profondément la subjectivité féminine. Il peut affecter l'image de soi, la perception de la féminité, le rapport au désir et au regard social. Ce déséquilibre hormonal, en s'inscrivant dans une structure de sens plus large, réactive souvent des conflits internes ou des tensions sociales, en particulier dans les contextes où la fertilité ou les normes esthétiques sont culturellement surinvesties.

Dans ce cadre, une lecture psychosomatique s'impose. Selon Pierre Marty, un fonctionnement mental capable de symboliser et de mentaliser les vécus affectifs permet de protéger le corps contre la somatisation. Le corps devient alors l'expression de conflits intrapsychiques non symbolisés, pris dans une économie de la pensée opératoire. Or, la psychosomatique intégrative, développée par Jean-Benjamin Stora, va plus loin : elle ne hiérarchise pas le psychique et le somatique, mais postule une dynamique de régulation intersystémique. Lorsqu'un système de traitement (le psychisme, le comportement, etc.) est saturé ou inopérant, la surcharge peut être relayée vers un autre, notamment vers le corps par l'intermédiaire du cerveau.

Dans cette perspective, le SOPK n'est pas uniquement un dérèglement hormonal, mais peut être compris comme un indicateur d'un trouble de la régulation psychosomatique.

¹ Le **cytochrome P450c17** est une enzyme indispensable à la production des androgènes. Son hyperactivité dans le SOPK conduit à un excès d'hormones mâles, jouant un rôle majeur dans les désordres hormonaux observés chez les patientes.

Certaines femmes, confrontées à des stress chroniques -conflits de loyauté, surcharges affectives, normes sociales contraignantes- ne peuvent élaborer psychiquement ce vécu, faute de ressources internes ou d'un cadre d'élaboration symbolique. C'est alors le corps qui prend en charge ce trop-plein, transformant une tension psychique en déséquilibre somatique.

Il est donc nécessaire d'adopter une approche clinique globale qui prenne en compte les dimensions endocriniennes, psychiques, et sociales du SOPK. Une telle perspective permet non seulement d'éviter une réduction biomédicale du symptôme, mais aussi d'ouvrir un espace thérapeutique où le corps, la parole et la souffrance psychique peuvent être reconnus et articulés dans leur complémentarité.

La psychosomatique désigne l'étude des liens entre les processus psychiques et les manifestations somatiques, qu'elles soient fonctionnelles ou organiques. Ce champ interdisciplinaire mobilise la psychologie, la psychanalyse, la médecine, les neurosciences et la biologie (Del Volgo, 2009). Il repose sur l'hypothèse selon laquelle le corps et l'esprit forment une unité indissociable, et que certains troubles somatiques peuvent être en partie compris comme l'expression d'un déséquilibre psychique ou relationnel.

Parmi les évolutions majeures de ce champ, la psychosomatique intégrative développée par Jean-Benjamin Stora propose un modèle élargi, articulant les dimensions psychiques, biologiques et sociales de la maladie. Inspirée par la théorie des systèmes ouverts de Bertalanffy, cette approche conçoit l'être humain comme un système en interaction constante avec son environnement. Elle met en lien cinq niveaux de régulation : le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le système génétique. Dans ce modèle, les excitations internes ou externes sont d'abord traitées par l'appareil psychique. En cas de surcharge ou de défaillance de celui-ci, les excitations non métabolisées peuvent se décharger à travers des comportements, ou se répercuter sur les fonctions biologiques, favorisant ainsi des atteintes somatiques.

L'un des apports majeurs de cette approche réside dans la prise en compte de l'énergie psychique et de son traitement. Stora insiste sur le rôle du processus d'élaboration psychique, qui permet de transformer les expériences émotionnelles en représentations. Lorsque ce processus est entravé, notamment en contexte de stress chronique ou de traumatisme, les effets de déliaison peuvent se transmettre au corps via des circuits neurobiologiques. La santé est alors envisagée comme un équilibre instable, constamment régulé entre différentes sources d'excitation et capacités d'adaptation, dans une dynamique énergétique ouverte et complexe.

Cette perspective s'avère particulièrement pertinente pour penser certaines pathologies à forte composante psychosomatique, comme le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Bien que défini par des critères endocriniens et métaboliques, ce trouble touche des femmes souvent exposées à un contexte de stress chronique, de conflits intrapsychiques, ou de difficultés identitaires. Les troubles du cycle, l'infertilité, l'hyperandrogénie ou les perturbations métaboliques qui caractérisent le SOPK peuvent être appréhendés non seulement comme des marqueurs biologiques, mais aussi comme des manifestations possibles d'un fonctionnement psychosomatique plus large.

Dans cette optique, il devient essentiel d'articuler les apports de la médecine, de la psychanalyse et des neurosciences pour mieux comprendre les facteurs impliqués dans l'expression corporelle du déséquilibre psychique chez les femmes atteintes du SOPK. Cette recherche s'inscrit dans cette perspective intégrative, en explorant les liens entre le vécu psychique, les stratégies de régulation émotionnelle, et les répercussions somatiques, afin de mieux cerner les processus à l'œuvre dans cette pathologie complexe.

Contrairement à la psychanalyse classique, qui conçoit le psychisme comme un système fermé inspiré de la thermodynamique, la psychosomatique intégrative propose une approche ouverte et dynamique du fonctionnement psychique, fondée sur la circulation et la transformation de l'énergie, selon une logique propre aux systèmes vivants (Stora, 2018). Dans cette perspective, il est pertinent de mobiliser le modèle des systèmes ouverts élaboré par Ludwig von Bertalanffy (1968), initialement développé en biologie. Ce modèle postule que les systèmes vivants, dont l'être humain, entretiennent des échanges constants avec leur environnement — en termes d'énergie, de matière et d'information — ce qui en fait des systèmes adaptatifs, sensibles aux perturbations internes comme externes.

Ce cadre théorique, repris en psychologie, en psychosomatique et en médecine intégrative (de Peretti, 1996), permet de penser l'individu non comme une entité isolée, mais comme un système complexe, traversé par des flux et exposé à des déséquilibres. Appliqué à notre objet d'étude, il suggère que le fonctionnement psychosomatique des femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) ne peut se réduire à une étiologie strictement biologique. Le SOPK peut être compris comme le produit d'un déséquilibre dans un système global — biologique, psychique et social — lorsque les mécanismes de régulation (mentalisation, symbolisation, soutien relationnel, expression émotionnelle) sont dépassés. Dans ce contexte, le corps peut devenir, selon les termes de Stora (1999), le lieu de décharge

d'une surcharge émotionnelle non élaborée psychiquement. Ce processus illustre le principe d'équifinalité des systèmes ouverts : une même désorganisation peut se manifester par des symptômes différents d'un sujet à l'autre.

Les sciences du vivant s'éloignent désormais des modèles causaux linéaires au profit de cadres théoriques plus complexes, faisant appel à des rétroactions, des causalités circulaires ou des logiques en réseau (Perron, 2010). Cela s'applique également à la compréhension des troubles psychosomatiques, qui impliquent une intrication de facteurs biologiques, psychiques et relationnels.

En psychanalyse, les comportements pathologiques sont souvent interprétés comme des tentatives d'évitement de l'angoisse liée à des conflits internes. Ces conflits, fréquemment inconscients, peuvent s'exprimer par un retrait, un rejet du corps, ou une difficulté à symboliser les expériences émotionnelles. À l'inverse, un fonctionnement psychique plus élaboré permet une régulation affective plus stable et une capacité à s'appuyer sur les liens sociaux pour soutenir l'image de soi (Emmanuelli & Boekholt, 1995).

À partir de la distinction entre fonctionnement névrotique et non-névrotique, il devient possible d'examiner les structures sous-jacentes de l'organisation psychique. Selon Bergeret (1974), ces structures s'enracinent dans les étapes précoces du développement (oral, anal, œdipien) et conditionnent la mise en place des mécanismes de défense. Le fonctionnement névrotique se caractérise par la capacité à transformer les émotions en représentations, rendant les affects plus tolérables et ouvrant à une certaine souplesse psychique (Lecours, 2005). À l'inverse, le fonctionnement non-névrotique se manifeste par une plus grande vulnérabilité face aux émotions, souvent vécues comme massives et difficiles à traiter psychiquement.

Dans le cadre de notre recherche, nous souhaitons interroger ces dynamiques à travers l'examen du fonctionnement psychosomatique chez des femmes atteintes du SOPK, en mobilisant les concepts issus de la psychosomatique intégrative de Jean-Benjamin Stora. Celui-ci met en évidence chez certaines patientes des fixations précoces à l'objet maternel et des failles dans l'élaboration psychique des vécus corporels et affectifs. Ces fixations, souvent liées aux étapes prégénitales du développement, fragilisent l'appareil psychique face aux tensions émotionnelles ou aux événements de vie.

Stora propose également une relecture critique de la théorie freudienne de la sexualité féminine. Il remet en question l'idée d'une construction fondée sur le manque ou la passivité, et plaide pour une conception plus autonome de la sexualité féminine. Il distingue deux

figures maternelles : la mère « phallique », perçue comme menaçante ou envahissante, et la mère « génitale », qui favorise une relation plus apaisée au corps. Ces représentations maternelles jouent un rôle fondamental dans la structuration psychosexuelle et influencent le rapport au corps et à la féminité. En critiquant également la dichotomie freudienne entre clitoris et vagin, Stora propose une approche plus intégrée de la sexualité féminine, utile pour comprendre certains troubles gynécologiques dans une perspective psychosomatique globale.

Notre étude vise à explorer, à l'aide d'outils cliniques — le test projectif de Rorschach et la grille d'évaluation du risque psychosomatique de Stora — les modalités de fonctionnement psychosomatique chez des femmes atteintes du SOPK. Nous porterons une attention particulière à l'impact des traumatismes précoces, aux conflits psychiques liés au corps, à la sexualité et à la maternité, ainsi qu'à la capacité de symbolisation. Les expériences de perte, de séparation ou de stress intense peuvent altérer durablement l'organisation psychique, en particulier lorsqu'elles surviennent tôt dans le développement, augmentant ainsi le risque de somatisation.

En croisant les données issues des entretiens cliniques, du test de Rorschach et de la grille de Stora, nous chercherons à mieux cerner les mécanismes psychiques en jeu dans l'expression somatique du SOPK. Nous chercherons à comprendre quels types de conflits psychiques ou de carences développementales qui distingueraient ces patientes et aussi de comprendre les éléments qui contribuent à la manière dont elles vivent et somatisent leur syndrome.

A partir de tout ce cadre théorique, nos questions et hypothèses sont les suivantes :

1. Comment le fonctionnement psychosomatique se manifeste-t-il chez une femme atteinte du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), selon la méthode d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de Jean-Benjamin Stora et le test Rorschach?

1.1. Le fonctionnement psychosomatique d'une femme atteinte d'une forme moins sévère du SOPK révèle-t-il un niveau de risque moins grave, selon la grille d'évaluation psychosomatique proposée par Stora ?

1.2 Ce risque est-il accentué chez les femmes présentant une forme sévère du SOPK, notamment avec des complications métaboliques ou endocriniennes ?

1.3 La production projective au test de Rorschach témoigne-t-elle d'une fragilité narcissique, suggérant une difficulté d'intégration de l'objet total, comme l'a conceptualisé Stora dans sa description des troubles du lien psychosomatique ?

1.4 Cette fragilité narcissique est-elle plus marquée chez les femmes souffrant de SOPK et ayant un vécu d'infertilité, de fausses couches ou de symptomatologie chronique à forte charge symbolique (perte, atteinte corporelle, menace à la féminité)?

Hypothèses :

A partir de notre référence théorique, on remarque que le fonctionnement psychosomatique des femmes atteintes du SOPK semble souvent caractérisé par une difficulté de métabolisation psychique du stress et des conflits internes. Selon la méthode de Stora, ce type de fonctionnement peut traduire un court-circuitage de l'appareil psychique : les tensions affectives ne parviennent pas à être élaborées symboliquement et se déchargent dans le corps.

Le SOPK, en tant que syndrome à forte charge symbolique (féminité, fertilité, corporalité), active des enjeux narcissiques et identitaires profonds. Le test de Rorschach révèle souvent, dans ces cas, une activité projective appauvrie ou rigide, une pauvreté des défenses secondaires, et parfois des éléments d'angoisse archaïque ou de clivage de l'objet, indicateurs d'un trouble du lien psychosomatique. A partir de cette base théorique on propose les hypothèses suivantes :

Hypothèses générale²

H1. On s'attend à ce que les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques présentent un fonctionnement psychosomatique marqué par une difficulté d'élaboration symbolique du stress, entraînant une somatisation au niveau corporel reproductif, en lien avec une défaillance du traitement psychique du conflit, tel que conceptualisé par Stora.

H1.1. On s'attend à ce que les femmes atteintes d'une forme moins sévère du SOPK présentent, selon la grille d'évaluation psychosomatique de Jean-Benjamin Stora, un niveau de risque psychosomatique moins élevé que la moyenne, en raison d'une capacité

² Dans cette étude, l'hypothèse générale et les hypothèses secondaires ne sont pas organisées selon une logique statistique de dépendance, mais selon une progression clinique. Il s'agit de passer d'une compréhension globale du fonctionnement psychosomatique des patientes SOPK à des dimensions plus précises observables en clinique. Cette structuration reflète une démarche clinique d'exploration des processus à différents niveaux (symbolique, narcissique, somatique), en cohérence avec le modèle de Stora, sans viser une validation hiérarchique au sens statistique.

d'élaboration verbale, de la symbolisation et d'une tendance à la décharge au niveau mental ou comportemental.

H1.2. On s'attend à ce que le risque psychosomatique soit accentué chez les femmes atteintes d'une forme sévère du SOPK, en particulier lorsque la pathologie s'accompagne de complications métaboliques, endocriniennes ou d'une symptomatologie chronique difficilement intégrable psychiquement.

H1.3. On s'attend à ce que la production projective au test de Rorschach chez les femmes atteintes du SOPK révèle une fragilité narcissique, traduite par une pauvreté de l'élaboration symbolique, une faible intégration de l'objet total et des éléments de clivage, conformément au modèle des troubles du lien psychosomatique décrit par Stora.

H1.4. On s'attend à ce que la fragilité narcissique soit plus marquée chez les femmes atteintes du SOPK ayant vécu des expériences de forte charge symbolique (infertilité, fausses couches, atteinte corporelle), ces événements activant des conflits archaïques autour de la féminité, du narcissisme primaire et du rapport au corps propre.

2-Raisons du choix de thème:

Notre choix de ce terme repose sur plusieurs motivations, d'une part le SOPK est généralement étudié sous un angle médical mais son retentissement psychique et son lien avec le fonctionnement psychosomatique restent relativement peu explorés. Cette recherche est motivée par le besoin d'explorer les aménagements psychiques spécifiques au syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), en mobilisant une approche combinée à partir de la grille d'évaluation du risque psychosomatique de Jean-Benjamin Stora et du test projectif de Rorschach.

Cette démarche vise à approfondir la compréhension des dynamiques métapsychologiques propres à chaque patiente, en dépassant les classifications rigides, afin de favoriser une prise en charge réellement individualisée, essentielle en clinique. Par ailleurs, l'étude a pour ambition d'évaluer la présence éventuelle de fixations prégénitales et d'identifier les perturbations du développement de la féminité liées à des événements de vie significatifs, conformément aux postulats de la psychosomatique intégrative.

L'atteinte de ces objectifs offrirait une piste précieuse pour développer des interventions thérapeutiques ciblées et adaptées aux besoins spécifiques des femmes souffrant de ce syndrome.

3. L'objectif de la recherche:

3.1 L'objectif général :

Explorer et comprendre le fonctionnement psychosomatique des femmes atteintes du SOPK, en articulant les dimensions biologiques, psychiques et relationnelles, afin d'éclairer les mécanismes d'intégration ou de désorganisation entre corps et psyché dans l'expression de cette pathologie.

Objectifs spécifiques :

- Identifier les mécanismes de défense psychiques prédominants chez les femmes atteintes du SOPK, à partir d'outils cliniques comme le test de Rorschach et la grille d'évaluation du risque psychosomatique de J.-B. Stora.
- Analyser la relation au corps et à la féminité chez ces patientes, notamment en lien avec les symptômes physiques du SOPK (infertilité, hirsutisme (Pilosité excessive), troubles menstruels), et leur impact sur l'image corporelle et l'identité sexuée.
- Mettre en évidence les modalités de gestion du stress et les voies de somatisation lorsque la verbalisation ou la mentalisation des tensions est insuffisante.
- Explorer le rôle des fixations archaïques et des relations précoces, notamment la relation à l'objet maternel, dans la vulnérabilité psychosomatique de ces femmes.
- Évaluer la capacité de symbolisation et de mentalisation des vécus corporels et émotionnels, dans une perspective dynamique et intégrative du symptôme somatique.
- Comprendre comment les conflits intrapsychiques non résolus liés à la sexualité, à la reproduction et à la féminité peuvent s'exprimer sur le mode somatique, en l'absence de traitement psychique suffisant.

4. L'importance de la recherche:

• Importance clinique

Le SOPK est souvent abordé uniquement sous l'angle médical ou endocrinien, alors qu'il entraîne une souffrance psychique importante (troubles de l'image corporelle, infertilité, baisse de l'estime de soi, stress chronique, etc.).

Comprendre les mécanismes psychosomatiques permettrait une prise en charge plus globale et adaptée, en intégrant la dimension psychique au traitement médical. Cela aiderait à repérer les profils à risque de désorganisation psychosomatique et à intervenir précocement

avec des outils cliniques appropriés (psychothérapie, accompagnement symbolisant, travail sur le corps).

- **Importance Théorique:**

Cette recherche permet de mobiliser et d'articuler des modèles issus de la psychosomatique classique (Marty et autres) et de la psychosomatique intégrative (Stora) dans l'objectif de montrer le gain clinique que pourrait offrir cette dernière.

Elle contribue à l'enrichissement des modèles psychodynamiques du symptôme somatique féminin, en particulier dans le contexte des troubles hormonaux.

Elle permet de tester et d'illustrer des concepts comme la mentalisation, la désorganisation psychique, la relation au corps, les mécanismes de défense rigides ou archaïques, etc.

- **Importance psychologique:**

- Elle donne une voix aux vécus subjectifs des femmes atteintes du SOPK, souvent invisibilisés ou pathologisés à travers une lecture purement biomédicale.
- Elle peut aider à légitimer la souffrance psychique dans des troubles dits "fonctionnels" ou "hormonaux", en montrant que celle-ci est en lien avec l'histoire du sujet, son corps, ses conflits, et ses relations précoces.
- Elle éclaire *les liens complexes entre stress, corps et psyché*, ce qui peut être utile à d'autres pathologies psychosomatiques.

- **Importance sociale:**

- Le SOPK touche 5 à 10 % des femmes, avec des répercussions sur la sexualité, la maternité, l'apparence physique, et donc sur la *construction de l'identité féminine dans un contexte culturel souvent normatif*.
- La recherche peut contribuer à *déstigmatiser* certaines manifestations du SOPK et à montrer qu'elles ne sont pas seulement biologiques, mais *enracinées dans des enjeux psychiques et sociaux*.
- Elle interroge la *pression sociale sur la féminité, la performance reproductive et corporelle*, souvent intériorisée et somatisée.

- **Importance pour les soins et les politiques de santé**

Cette recherche peut nourrir une *approche intégrative de la santé des femmes*, en articulant les soins gynécologiques, endocriniens, psychologiques et symboliques.

Elle peut aider à *former les soignants à repérer les souffrances psychosomatiques*, souvent négligées dans les consultations standards.

Elle souligne la *nécessité d'un dialogue interdisciplinaire* entre médecine, psychologie, psychanalyse, et sciences sociales pour comprendre la complexité du SOPK.

5. Définition opérationnelle des concepts :

Fonctionnement psychosomatique : Dans cette recherche, le fonctionnement psychosomatique est évalué à partir de l'analyse des réponses des femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) au test de Rorschach et aux entretiens cliniques, en s'appuyant sur la grille d'évaluation du risque psychosomatique de Jean-Benjamin Stora. Cette approche permet d'identifier les indicateurs d'un fonctionnement mental susceptible de protéger ou, au contraire, de fragiliser le corps face aux tensions psychiques. La comparaison des données issues des différents outils permettra de déterminer la présence ou non d'un risque psychosomatique, ainsi que son potentiel d'évolution (vers l'amélioration ou l'aggravation).

Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) : Dans le cadre de cette étude, le SOPK est défini comme un diagnostic médical confirmé par un professionnel de santé, fondé sur les critères cliniques et paracliniques (notamment les critères de Rotterdam). Ce diagnostic permet de sélectionner les participantes et d'associer les données cliniques à l'évaluation psychodynamique, dans une perspective intégrative.

6. Les études précédentes concernant notre thème:

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) a longtemps été étudié sous l'angle biomédical, avec un accent particulier sur les déséquilibres hormonaux, les troubles métaboliques et leurs répercussions sur la fertilité. Toutefois, de nombreuses recherches ont progressivement élargi cette perspective en soulignant l'importance des dimensions psychiques et émotionnelles associées à ce trouble. Dans le cadre d'approches psychosomatiques issues de différents courants théoriques, le SOPK est appréhendé comme un phénomène complexe, où interagissent intimement le corps, le psychisme et l'environnement social. Nous présenterons ici quelques études significatives qui mettent en

lumière les liens entre SOPK et souffrance psychologique, dans une optique complémentaire à celle adoptée dans la présente recherche. *Voici, donc, une synthèse des études récentes sur l'impact psychologique du SOPK:*

- **Prévalence forte de la détresse psychique**

Une étude transversale en Thaïlande (2024) menée dans un hôpital universitaire de haut niveau a révélé que 11,9 % des femmes atteintes de SOPK souffraient d'anxiété, et 3,8 % de dépression modérée à sévère. L'hirsutisme, le surpoids abdominal et une mauvaise qualité de vie mentale étaient les facteurs les plus fortement associés à cette souffrance psychique (Chatla et al., 2024).

En Arabie Saoudite, une étude cas-témoins (2020) a comparé 84 femmes atteintes de SOPK à un groupe témoin. Elle a montré une augmentation significative des symptômes de dépression ($OR^3 = 2,675$), d'anxiété ($OR = 2,056$) et de stress ($OR = 10,45$), confirmant un impact psychologique important du SOPK dans les pays arabes (Alurfi et al., 2020).

- **Méta-analyses internationales**

Une méta-analyse chinoise récente (2024) regroupant des données issues de la Chine continentale a estimé que 37 % des femmes atteintes de SOPK souffrent de dépression. Les auteurs signalent cependant une forte hétérogénéité des résultats entre les différentes études, liée aux critères diagnostiques et aux contextes culturels (Wang et al., 2024).

³Dans ce contexte, **OR** signifie **Odds Ratio**, ou en français **rapport de cotes**. C'est une mesure statistique très utilisée en épidémiologie et en psychologie de la santé pour exprimer **la force de l'association entre un facteur (ici, le SOPK) et un événement ou un trouble (dépression, anxiété, stress)**. Un **OR = 1** signifie **aucune différence** entre les deux groupes (SOPK / non-SOPK). Un **OR > 1** signifie que le facteur (SOPK) **augmente le risque** de développer le trouble étudié. Un **OR < 1** signifie que le facteur **diminue le risque**.

Dans notre exemple:

- **OR = 2,675 pour la dépression** : les femmes atteintes de SOPK ont **2,675 fois plus de risques** de présenter des symptômes dépressifs par rapport aux femmes sans SOPK.
- **OR = 2,056 pour l'anxiété** : elles ont **un peu plus de 2 fois plus de risques** d'être anxieuses.
- **OR = 10,45 pour le stress** : elles sont **plus de 10 fois plus susceptibles** de souffrir de stress important.
- Cela indique une **association forte** entre le SOPK et la détresse psychique, ce qui justifie une prise en charge psychologique intégrée dans le suivi de ces patientes.

Une revue systématique internationale incluant 57 études (2020) a confirmé des risques plus élevés de troubles psychiatriques chez les femmes avec SOPK: dépression (OR = 2,79), anxiété (OR = 2,75), trouble bipolaire (OR = 1,78) et TOC (OR = 1,37) (Patten et al., 2020).

- **Mécanismes neuropsychologiques possibles**

Certaines hypothèses physiopathologiques suggèrent que les déséquilibres hormonaux caractéristiques du SOPK, notamment l'excès d'androgènes, pourraient perturber des régions cérébrales comme l'amygdale et le système limbique, contribuant à une vulnérabilité maximale à l'anxiété et à la dépression (source vulgarisée : Glamour, 2023).

- **Prise en charge psychologique : les bénéfices de la TCC**

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) apparaît comme une intervention efficace. Une étude (2023) a montré que la TCC permettait une amélioration significative de la qualité de vie et une réduction des symptômes anxiodépressifs chez les femmes atteintes de SOPK (Becker et al., 2023).

- **Vécu subjectif et souffrance existentielle**

Enfin, une étude qualitative iranienne (2023) a exploré les ressentis subjectifs des femmes atteintes de SOPK. Elle met en lumière une souffrance liée à la menstruation irrégulière, l'infertilité, l'image corporelle négative, ainsi que la peur des maladies chroniques et du rejet social. Ces témoignages soulignent l'importance d'un accompagnement global et empathique (Moghadam et al., 2023).

Par ailleurs, nous avons trouvé quelques études sur l'approche psychosomatique intégrative et qui concerne les études étrangères, aussi il n'y a presque pas d'études en Algérie, dans la limite des connaissances des étudiantes. On relève, néanmoins, une étude en cours menée par le Pr. Ikardouchene, Bali Zahia et le Pr. Jean-Benjamin Stora, intitulée « *Étude du Risque psychosomatique chez les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques* », s'inscrit dans le cadre de l'approche psychosomatique intégrative développée par Jean-Benjamin Stora. Cette recherche vise à évaluer le risque psychosomatique, c'est-à-dire à analyser à la fois le fonctionnement psychique et la vulnérabilité somatique des patientes. Pour ce faire, la recherche s'appuie sur deux outils complémentaires: la grille d'évaluation du risque psychosomatique élaborée par Stora et le test projectif du Rorschach.

L'étude a pour ambition d'explorer les dimensions psychopathologiques sous-jacentes au SOPK, en mobilisant les apports de la psychosomatique intégrative, qui articule les registres psychique, corporel et comportemental. Après une revue de la littérature consacrée au syndrome des ovaires polykystiques et aux fondements théoriques de cette approche, les auteurs procèdent à une analyse fine du fonctionnement psychosomatique de femmes concernées, à partir de données cliniques et projectives recueillies dans le cadre de leur protocole. Cette recherche a pour objectif de révéler les fragilités narcissiques chez les femmes atteintes de ce Syndrome, c'est pourquoi l'étude a associé le test Rorschach, qui est susceptible de montrer clairement ces fragilités.

Une autre étude menée par le Dr. Prof. **IKARDOUCHENE BALI Zahia** (2015), intitulée « *Approche psychosomatique intégrative dans le cadre d'une grossesse à risque* », constitue un mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme Universitaire de Psychosomatique Intégrative, soutenu à la Faculté de Médecine de l'Université Paris 6 – Salpêtrière, France.

Dans ce travail, la chercheuse a analysé 15 cas de femmes enceintes présentant des grossesses à risque, en s'attardant plus particulièrement sur un cas clinique détaillé: celui d'une femme ayant connu une stérilité pendant 12 ans avant de vivre une grossesse considérée comme à haut risque. Elle interroge, dans ce contexte, la toute-puissance attribuée au désir sur le fonctionnement corporel, en posant la question suivante : quel est le processus psychique à l'œuvre dans le passage de la pulsion au symptôme, et que se passe-t-il dans ce lieu de conflit qu'est le corps pour que s'y "fabrique" un symptôme tel que la stérilité ou l'avortement ?

Elle soulève l'hypothèse selon laquelle certains mécanismes organiques -empêchant l'ovulation, provoquant des contractions tubaires, ou encore entraînant le décollement du fœtus- pourraient être compris comme une forme de décharge de conflits inconscients à travers le corps.

Ces réflexions s'inscrivent dans la continuité de ses recherches antérieures, menées dans une perspective psychanalytique sur la maternité, où elle avait déjà rencontré et qualifié certains cas de stérilité de «psychogènes ».

Plusieurs recherches menées par le Pr Jean-Benjamin Stora entre 1999 et 2024, à Paris, dans le cadre de sa théorie de la psychosomatique intégrative, ont permis de dégager un certain nombre de conclusions majeures concernant les liens entre vie psychique et processus somatiques. On peut relever les points suivants :

- Le système psychique joue un rôle important dans les maladies somatiques, mais il n'est pas le seul à jouer ce rôle.
- L'évaluation psychosomatique nous aide au diagnostic pour arriver au traitement, car il s'agit d'une méthode complémentaire au traitement médical.
- Les pressions et le stress de la mère pendant la grossesse, résultant de son environnement psycho-émotionnel, jouent un rôle majeur dans les premières années de la vie durant lesquelles on peut mettre des hypothèses sur le déséquilibre des cinq systèmes (qui clarifient et expliquent la psychosomatique de la personne adulte : le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux sympathique, le système immunitaire et le système génétique.)

Au-delà de la perspective adoptée dans cette recherche, plusieurs approches psychosomatiques issues d'autres courants théoriques se sont intéressées au syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Ces travaux ont mis en lumière l'articulation entre les dimensions corporelles, psychiques et sociales du trouble. Dans ce qui suit, nous nous attacherons à présenter un certain nombre d'études représentatives qui permettent d'éclairer les liens entre SOPK et souffrance psychologique, en lien avec la problématique que nous explorons ici.

Les mécanismes organiques qui entravent l'ovulation, provoquent des contractions tubaires ou encore entraînent un décollement fœtal peuvent-ils être interprétés comme des modalités de décharge de conflits psychiques inscrits dans le corps? Cette question revêt une importance particulière dans la mesure où la chercheuse, le Professeur IKARDOUCHENE BALI Zahia, s'inscrit dans une approche psychanalytique de la maternité. Lors de ses travaux doctoraux, elle avait déjà identifié des formes de stérilité qu'elle qualifiait de «psychogènes».

Dans son mémoire réalisé dans le cadre du Diplôme Universitaire de Psychosomatique Intégrative (Université Paris 6 – Pitié Salpêtrière, 2015), la chercheuse applique les outils issus de cette approche à l'étude de plusieurs cas de femmes enceintes à risque. Parmi celles-ci figuraient des patientes souffrant d'hypertension artérielle, d'asthme, d'allergies, de diabète gestationnel, etc. Elle conclut que, dans ces situations, un désinvestissement des fonctions corporelles s'observe, notamment en ce qui concerne les fonctions reproductives, faute d'un investissement libidinal suffisant. Selon elle, devenir mère engage un processus de maturation complexe, impliquant à la fois des facteurs biologiques, psychiques et symboliques.

Un cas particulièrement marquant concerne une femme ayant souffert de stérilité pendant 12 ans, qui parvient finalement à concevoir, mais dont la grossesse s'accompagne de troubles somatiques sévères, notamment au niveau endocrinien (diabète, hypertension, etc.). Cette grossesse, bien que médicalement possible, met en lumière une immaturité de la fonction maternelle, traduisant des difficultés profondes dans le développement psychique de la patiente.

Cette étude repose sur la méthodologie de l'évaluation psychosomatique intégrative, incluant les classifications CIM-10 et DSM-V, la grille de détection des risques psychosomatiques (version 2011), ainsi que des questionnaires cliniques standardisés. Comme le souligne Jean-Benjamin Stora – et comme le reprend la chercheuse – « accoucher n'est pas seulement un acte biologique : tout être vivant peut engendrer, mais devenir mère ou père suppose un degré de maturité psychique bien plus élaboré ». Ce travail s'inscrit dans une série d'études complémentaires :

Une publication conjointe du Professeur IKARDOUCHENE BALI Zahia et de Jean-Benjamin Stora (2018) traite d'un cas de grossesse à risque survenue après 12 années d'infertilité. Cette grossesse, bien qu'obtenue après un traitement, s'est révélée extrêmement menaçante tant pour la mère que pour le fœtus. Les auteurs y analysent la fragilité psychosomatique de la patiente et l'immaturité de sa fonction maternelle, reflet de perturbations développementales profondes.

Une autre étude, publiée en 2019 par IKARDOUCHENE Zahia, se penche spécifiquement sur les aspects psychopathologiques des femmes stériles, mettant en évidence leur grande vulnérabilité psychique.

Le Professeur Jean-Benjamin Stora a également dirigé une recherche approfondie sur le cancer du sein, publiée dans un numéro spécial du *Journal of Integrative Psychosomatics* (2018). Il y montre que, derrière une affection organique comme le cancer, peuvent se dissimuler des épreuves majeures de l'histoire identitaire. Le déclenchement du cancer coïncide souvent avec des événements marquants de la vie psychique. Stora plaide ainsi pour une prise en charge différenciée et contextualisée, tenant compte de la subjectivité et de l'histoire personnelle de chaque patiente. Il insiste par ailleurs sur la nécessité de renforcer les mécanismes de défense et de veiller à l'environnement psychosocial des patientes pour favoriser un rééquilibrage global.

Enfin, une étude de Depreux (2010), réalisée également dans le cadre du Diplôme de Psychosomatique Intégrative à Paris 6, révèle, à travers l'analyse de cas de cancer de la prostate, une fonction psychosomatique de type à risque, telle que définie dans le réseau de Stora, confirmant l'importance d'un repérage clinique précoce du terrain psychosomatique.

L'étude de VICTORIA GENDRE HIVER (2021) intitulée : les ovaires polykystiques, quand le corps et l'esprit s'influencent. Dans cette revue elle a étudié la littérature existante afin d'évaluer le syndrome des ovaires Polykystiques et l'enjeu psychologique social que ce syndrome a, ou pourrait avoir sur la santé de la patiente, de ce fait, elle a fait un recensement de ce qui existe ainsi que des lacunes présentes dans la littérature. Le syndrome des ovaires polykystiques semble être le trouble endocrinien le plus commun, il existe pourtant une véritable carence en information dans le domaine. En effet, les diagnostics semblent différents d'une théorie à l'autre, les traitements sont divers, complémentaires et ne paraissent pas toujours fonctionner. Ainsi elle a observé qu'on parle de plus en plus de ces syndromes et toutefois cela reste tabou.

Les manifestations de cette maladie sont multiples: anovulation, hirsutisme, problème d'acné, prise de poids, obésité et infertilité, des symptômes qui ont de véritables conséquences sur le fonctionnement psychologiques des femmes qui en souffrent cela reflète la qualité de leur vie, elles sont stressées et angoissées.

- **Commentaire sur les études précédentes:**

Les travaux antérieurs en psychosomatique, notamment dans ses approches classiques et intégratives, ont exploré divers troubles somatiques en lien avec des conflits psychiques, en particulier dans le champ de la santé reproductive. Nous avons retenu des études présentant une pertinence particulière pour notre recherche sur le SOPK, car elles partagent plusieurs éléments fondamentaux : d'une part, un échantillon féminin confronté à des troubles de la fertilité ou à des maternités complexes, et d'autre part, une méthodologie inscrite dans le cadre de la psychosomatique intégrative.

Les études du Professeur Jean-Benjamin Stora, notamment celle publiée dans le *Journal of Integrative Psychosomatics* sous forme d'un dossier consacré au cancer du sein, mettent en lumière l'importance des conflits identitaires et des événements biographiques marquants dans la genèse de certaines pathologies féminines. De même, les recherches du Professeur IKARDOUCHENE Bali Zahia -en particulier ses travaux sur l'infertilité, la grossesse à risque

et la fragilité psychosomatique- constituent une base clinique et conceptuelle précieuse pour éclairer les mécanismes en jeu dans le SOPK.

Ces références nous permettent d'inscrire notre étude dans une continuité théorique et clinique, en examinant le SOPK non pas uniquement comme une entité endocrinienne ou métabolique, mais aussi comme une expression possible de conflits inconscients, de désinvestissement du corps féminin et de difficultés dans l'intégration de la fonction maternelle. Elles nous offrent ainsi un cadre pertinent pour penser les articulations entre psychisme, corps et environnement, au cœur de notre problématique.

7. Les limites de l'étude:

Limites humaines : L'étude a été menée auprès d'un groupe de femmes souffrant de troubles en lien avec le SOPK, prises en charge à la *Clinique d'Éveil Psychologique* de Béjaïa. Toutefois, en raison de diverses contraintes, l'investigation n'a pu être poursuivie que sur deux cas cliniques.

Limites spatiales : L'étude s'est déroulée exclusivement au sein de la *Clinique d'Éveil Psychologique* de Béjaïa.

Limites temporelles : L'étude a été conduite durant la période allant du 9 février au 25 mars 2025.

Chapitre II

Le fonctionnement psychosomatique

Préambule:

L'être humain constitue une unité indissociable, au sein de laquelle le corps et l'esprit sont en interaction constante. Depuis l'Antiquité, cette relation complexe a suscité l'intérêt des philosophes comme des médecins, donnant lieu à diverses conceptions de la santé et de la maladie. La psychosomatique s'inscrit dans cette tradition en s'attachant à comprendre l'impact des émotions, des conflits psychiques et du vécu subjectif sur le fonctionnement de l'organisme.

Longtemps, la médecine occidentale a reposé sur une approche dualiste, séparant le corps et l'esprit, et privilégiant ainsi une lecture organique des pathologies. Toutefois, les avancées issues des neurosciences, de la psychanalyse et de la médecine psychosomatique ont contribué à dépasser ce clivage, en mettant en lumière les interactions étroites entre les processus psychiques et physiologiques. Il est désormais admis que les facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle significatif dans l'émergence, l'évolution, voire la chronicisation de certaines affections, l'être humain est une unité « psychosomatiques ».

1-Définition :

Selon le *Larousse VUEF* (2002), le terme «psychosomatique» est formé de deux racines grecques: *psycho*, qui renvoie à l'âme ou à l'esprit, et *soma*, qui désigne le corps. La psychosomatique peut ainsi être définie comme une discipline qui considère l'être humain dans sa globalité, en tant qu'être vivant capable de désirer, de ressentir, de percevoir et de réagir. Elle s'attache à explorer les interactions entre les vécus psychiques – émotions, conflits internes, événements marquants -et les manifestations corporelles.

Les maladies dites psychosomatiques désignent les troubles somatiques dans lesquels l'état psychologique de l'individu -notamment lorsqu'il est soumis à un stress intense ou prolongé- joue un rôle déterminant. Il est désormais établi que sous l'effet du stress, l'organisme sécrète des hormones corticostéroïdes susceptibles d'affaiblir les défenses immunitaires, rendant le corps plus vulnérable aux maladies.

De manière générale, le champ psychosomatique renvoie à une approche clinique et théorique qui cherche à comprendre les causes psychologiques sous-jacentes à certaines affections somatiques. Dans une perspective intégrative, il ne s'agit pas de qualifier le trouble de «psychosomatique», mais bien de reconnaître que l'être humain lui-même est psychosomatique, c'est-à-dire que toute affection engage simultanément une dimension

psychique et une dimension somatique. Cette précision est essentielle pour notre étude: le développement des troubles doit être appréhendé comme un processus dynamique dans lequel s'enchaînent, se renforcent ou se déstabilisent mutuellement des événements psychiques et somatiques, jusqu'à favoriser l'émergence d'une affection.

La psychosomatique se définit comme l'ensemble des troubles somatiques dans lesquels un facteur psychologique intervient de manière non contingente, mais en tant qu'élément déterminant du processus pathologique. Selon I. Gasman et J.-D. Allilaire (2002, p. 353), on parle de maladies psychosomatiques lorsqu'une altération organique ou biologique objectivable est présente, et que cette affection, bien qu'initialement influencée par des facteurs psychiques, évolue ensuite de façon relativement autonome. La maladie poursuit alors son propre cours, tout en demeurant interdépendante des processus psychologiques qui ont contribué à sa genèse.

2-Concepts clés de la psychosomatique :

Fixations :

Pierre Marty (1976, p. 121) définit la fixation comme un arrêt du développement psychique à un stade précoce, qui engendre une incapacité à symboliser les conflits internes. Chez les patients psychosomatiques, cette fixation se manifeste par une réduction notable de l'activité fantasmatique et une propension à somatiser les tensions psychiques.

La fixation est étroitement liée au processus de régression, considéré comme premier dans l'organisation psychosomatique. Celle-ci s'installe à la suite de périodes transitoires de désorganisation au cours du développement. Autour de ces épisodes régressifs vient se structurer une fixation, formant ainsi un système fixation-régression, qui constitue le noyau central des processus de somatisation. Ce modèle théorique met en lumière la manière dont des impasses précoces du développement psychique peuvent se traduire, en l'absence de médiation symbolique, par une inscription directe dans le corps.

– La régression: La notion de régression est étroitement liée à celle de fixation. Dans le champ de la psychosomatique, elle désigne une dynamique fondamentale qui, seule, est en mesure de faire face à la désorganisation psychique en relançant un processus de réorganisation, après un arrêt au niveau de certains paliers de fixation. Ainsi, selon A. Fine (1994, p. 48), la régression ne se réduit pas à une simple régression pathologique, mais peut également jouer un rôle

adaptatif, en réactivant des potentialités de transformation psychique là où le développement a été entravé.

– La pulsion: La pulsion est un concept frontière entre le somatique et le psychique. Elle constitue un élément fondamental de la métapsychologie freudienne et un point de départ essentiel pour la compréhension des troubles psychosomatiques. Freud (1915) la définit ainsi: «La pulsion est le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychique par suite de sa liaison au corporel». Cette définition met en évidence le rôle médiateur de la pulsion entre le corps et l'appareil psychique, dans une logique de transformation de l'excitation corporelle en représentations psychiques.

– Le conflit pulsionnel: Le conflit pulsionnel, comme la pulsion elle-même, se situe à la frontière du somatique et du psychique. Freud emploie le terme de libido pour désigner la dimension psychique de la pulsion sexuelle, qu'il définit comme: «la manifestation dynamique dans la vie psychique de la pulsion sexuelle». Le conflit pulsionnel naît de la confrontation entre les exigences pulsionnelles et les interdits ou défenses intrapsychiques. Dans une perspective psychosomatique, l'incapacité à élaborer ce conflit sur le plan psychique peut entraîner une décharge directe dans le corps, favorisant l'émergence de symptômes somatiques.

Les pulsions d'autoconservation : Freud distingue les pulsions du moi (ou pulsions d'autoconservation) des pulsions sexuelles. Les premières sont essentielles à la survie de l'individu, assurant la conservation de l'organisme et le maintien des fonctions vitales. Cette distinction, initialement claire, se complexifie avec l'introduction du concept de **narcissisme**, qui vient brouiller la frontière entre les deux types de pulsions, en montrant que l'investissement libidinal peut se tourner vers le moi lui-même. Comme le souligne Michael Benyamin (p. 17), cette articulation entre pulsions d'autoconservation et narcissisme ouvre la voie à une compréhension plus nuancée des fondements de la vie psychique et de ses désorganisations éventuelles.

La mentalisation : La mentalisation désigne la capacité de l'appareil psychique à transformer les excitations internes (notamment pulsionnelles) en représentations, en affects, et en pensées associées. Une faible capacité de mentalisation peut entraîner des difficultés à symboliser les émotions, conduisant à leur décharge somatique. Selon Claude SMADJ (2009), la mentalisation repose sur la quantité et le dynamisme des représentations mobilisées par le

sujet. Elle engage l'ensemble du travail de liaison entre les contenus psychiques (représentations, idées, affects), permettant de donner forme et sens à l'excitation pulsionnelle.

Pour Pierre Marty, la capacité de mentalisation est variable d'un individu à l'autre, mais aussi variable chez un même sujet au fil du temps. Cette conception implique qu'il existe des moments de défaillance ou d'insuffisance de la mentalisation, qu'ils soient transitoires ou durables, ouvrant la voie à une somatisation des tensions psychiques lorsque les voies de symbolisation sont saturées ou bloquées.

La dépression essentielle : La notion de dépression essentielle a été élaborée par Pierre Marty et l'école psychosomatique de Paris, dans le cadre de leurs recherches sur les pathologies à expression corporelle. Cette forme de dépression se distingue des dépressions classiques par l'absence de plainte psychique explicite, une pauvreté affective marquée, et une inhibition importante de l'activité mentale. Contrairement aux formes névrotiques de la dépression, où la souffrance est généralement verbalisée, la dépression essentielle se manifeste par une atonie psychique, une réduction de la vie fantasmatique et un repli intérieur, pouvant précéder ou accompagner l'apparition de troubles somatiques.

Selon Marty, cette configuration clinique témoigne d'un fonctionnement psychique appauvri, où les capacités de symbolisation sont gravement altérées, ce qui empêche l'élaboration psychique des conflits internes.

3-Aperçu historique

Les concepts de la psychosomatique s'inspirent de deux principaux courants de pensée: l'un est psychanalytique, qui s'inspire et développe les travaux de Freud sur la notion de «conversion hystérique»; l'autre est neurophysiologique, dont le point de départ est constitué par les travaux de Pavlov et qui se développe à travers l'approche cognitive-comportementale (I. Gasman, J.-F. Allilaire, p. 350).

3-1 Heinroth, un précurseur

Johan Christian Auguste Heinroth, médecin psychiatre autrichien (1773-1843), introduit le terme de psychosomatique en 1818 au cours d'un échange avec le philosophe Jacob pour désigner l'influence du psychisme sur le somatique. En parlant des causes psychologiques de l'insomnie, le terme est réutilisé en 1828 pour désigner aussi l'influence du corps (soma) sur l'esprit (psyché). Heinroth soulève alors des questions dérangementes pour les scientifiques de

son époque, qui réclament une validation expérimentale de ses observations. Il faudra près de deux siècles de recherches pour confirmer ses intuitions cliniques (Husler, 2020, p. 38).

Selon Heinroth, les troubles de l'esprit peuvent affecter le corps, donnant lieu à des affections dites psychosomatiques, mais les troubles somatiques peuvent aussi affecter le psychisme, produisant ce qu'il nomme des affections somatopsychiques» (Choussy-Desloges, 2016, p. 47).

3.2 Évolutions contemporaines

À partir des années 1980, la psychosomatique évolue vers une approche plus intégrative, combinant neurosciences, psychologie clinique et médecine comportementale. Antonio Damasio explore le rôle des émotions dans la régulation corporelle et introduit le concept de «marqueurs somatiques», montrant comment les expériences émotionnelles influencent nos décisions et notre santé physique (Damasio, 1994).

3.3 La contribution de Felix Deutsch

Felix Deutsch (1884-1964), psychiatre et psychanalyste autrichien influencé par Freud, fut l'un des premiers à établir un lien entre l'interprétation analytique et l'histoire de vie de ses patientes. Contraint à l'exil aux États-Unis pendant la Seconde Guerre mondiale, il « y rejoint d'autres médecins psychanalystes pour développer une discipline psychosomatique ancrée dans les écoles de Chicago, New York, Boston et Harvard » (Husler, 2020, p. 40).

3.4 Entre médecine et sciences humaines

L'histoire de la psychosomatique dépasse le cadre strictement médical; elle croise les sciences humaines et soulève la question des rapports entre l'âme, l'esprit, le corps. Heinroth a formalisé le terme de psychosomatique en insistant sur la singularité de chaque individu et la nécessité de penser les équilibres entre influences psychiques internes et externes. G. Berasançen rappelle que la médecine psychosomatique engage des arrière-plans philosophiques voire idéologiques, opposant notamment le monisme (un seul principe : corps ou âme) aux conceptions dualistes.

3.5 Freud et la psychosomatique

Freud fut le premier psychanalyste à envisager un traitement psychanalytique des troubles somatiques. Il introduit un lien théorique entre psyché et soma, à travers des concepts comme le montage pulsionnel ou la stase libidinale à l'origine de certaines maladies organiques. En

1923, bien qu'il reconnaisse l'existence de facteurs psychogènes dans les maladies, Freud recommande aux psychanalystes de se limiter aux troubles névrotiques. Il distingue par ailleurs les psychonévroses des névroses actuelles (1898) : névrose d'angoisse, neurasthénie, hypocondrie -ces dernières étant d'étiologie somatique.

Cette distinction inspire les approches psychosomatiques ultérieures. Felix Deutsch, aux États-Unis, réintroduit la notion de psychosomatique avec ses collègues Flanders Dunbar, Franz Alexander, Michael Schur, Thaddeus Benedek, entre autres (Stora, 2021).

3.6 L'école de la psychosomatique de Paris :

Vers la fin des années 1940, émerge à Paris un courant original au sein de la psychanalyse : l'école psychosomatique de la Société psychanalytique de Paris. Ce courant réunit plusieurs psychanalystes, parmi lesquels Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M'Uzan et Christian David. S'inscrivant dans le prolongement des recherches de Felix Deutsch et Franz Alexander, ces auteurs développent une approche spécifique des troubles psychosomatiques, qu'ils distinguent nettement des formations symptomatiques névrotiques.

Selon eux, les manifestations somatiques ne relèvent pas d'un compromis symbolique, comme c'est le cas dans l'hystérie, mais traduisent plutôt un effondrement des capacités de représentation. Ils mettent ainsi en avant l'insuffisance, voire l'effondrement, des mécanismes de défense névrotiques, et interprètent les symptômes somatiques comme des formations de substitution, mais sans élaboration symbolique (Marty et coll., 1963).

En 1962, ce groupe formalise un véritable corpus théorique et clinique. Pierre Marty joue un rôle central dans ce développement. Il introduit plusieurs concepts majeurs pour penser le fonctionnement psychosomatique, tels que la « pensée opératoire » -forme de pensée concrète, dénuée d'affect, centrée sur les faits- ou encore la « dépression essentielle », qui traduit un appauvrissement massif de la vie psychique sans représentation de perte (Marty, 1966 ; Marty, M'Uzan, David, 1963).

Le phénomène psychosomatique est ainsi défini non comme une conversion névrotique, mais comme une désorganisation de la vie mentale, une forme d'atteinte de la structuration psychique elle-même. Dans cette perspective, la pensée opératoire est le corrélat clinique d'un déficit de symbolisation, caractérisé notamment par un langage désaffecté, une difficulté à investir les représentations internes, et une réduction marquée de la vie fantasmatique (Stora, 2012).

3.7 L'approche médicale de la psychosomatique

La médecine psychosomatique, à la croisée de la médecine somatique et de la psychologie, s'attache à comprendre comment des facteurs psychologiques – tels que les conflits internes, les stress chroniques ou les troubles affectifs – peuvent influencer l'apparition, l'évolution ou l'aggravation de maladies corporelles.

L'idée centrale de cette approche repose sur le postulat de l'unité fonctionnelle entre le soma et la psyché : le corps et l'esprit forment un tout indissociable, dont les dysfonctionnements peuvent s'exprimer dans l'un ou l'autre registre. Ce principe rejoint, sur certains aspects, les intuitions premières de la psychanalyse freudienne, bien que la démarche médicale soit davantage centrée sur des processus physiopathologiques objectivables.

Le premier modèle cohérent et théorisé des maladies dites « psychosomatiques » a été proposé dans les années 1950 par Franz Alexander et l'école de Chicago. Selon ce modèle, certaines maladies somatiques seraient la conséquence directe de conflits psychiques inconscients, activant de façon chronique des circuits neurovégétatifs inadaptés – en particulier le système sympathique, responsable des réponses de lutte ou de fuite. Par exemple, des sentiments réprimés d'agressivité, de rivalité ou d'hostilité entraîneraient une hyperactivité sympathique, susceptible de provoquer ou d'aggraver certaines pathologies (Alexander, 1952). Alexander distinguait ainsi deux grands types de maladies psychosomatiques : celles exprimant des pulsions hostiles ou agressives inhibées, et celles traduisant une recherche inconsciente de protection et de dépendance.

L'intérêt de la médecine pour les liens entre psyché et soma ne date cependant pas du XX^e siècle. Dès l'Antiquité, Hippocrate affirmait déjà que toute maladie, même la plus organique, comporte une part de causalité psychique. L'être humain y est conçu comme un « complexe psychosomatique » devant être soigné dans sa globalité, en tenant compte des facteurs individuels, psychiques, sociaux et environnementaux.

Au fil du XX^e siècle, malgré les clivages persistants entre médecine somatique et psychiatrie, des approches intégratives ont émergé, visant à dépasser les oppositions classiques entre corps et esprit. Cela s'est traduit notamment par le développement de la médecine psychosomatique, de la psychiatrie de liaison, et plus récemment, de la psychologie de la santé. Cette dernière propose d'appliquer au champ psychosomatique les méthodes des sciences expérimentales et de l'épidémiologie clinique. Elle mobilise des instruments validés de mesure psychologique et psychopathologique, et développe des outils spécifiques permettant d'identifier les processus

biopsychosociaux impliqués dans l'initiation, le maintien et l'évolution des maladies (Gasman & Allilaire, 2009, p. 349 ; Stora, 2012, p. 20).

3.8 Clinique et théories psychosomatiques:

À la différence de l'approche médicale, qui considère d'abord la maladie pour ensuite s'intéresser au malade, l'approche psychanalytique de la psychosomatique prend pour point de départ le fonctionnement psychique du sujet. La clinique psychosomatique, telle qu'elle s'est développée au sein de l'école psychosomatique de Paris, se construit à travers la relation transférentielle entre le patient et le clinicien, et repose sur l'identification de processus psychiques susceptibles de favoriser l'émergence d'affections somatiques.

Le processus de somatisation est défini comme une chaîne d'événements intrapsychiques, dans laquelle l'appareil psychique, en difficulté pour symboliser, décharge l'excitation ou la tension sur le corps. On distingue, dans ce cadre, deux grands types de processus : la somatisation par régression et la somatisation par déliaison pulsionnelle. Ces deux processus diffèrent selon la qualité de la mentalisation qui les sous-tend.

La notion de mentalisation, centrale dans la pensée des psychanalystes psychosomaticiens, désigne la capacité du sujet à transformer ses excitations internes en représentations, fantasmes et affects. Elle concerne l'ensemble de l'activité de liaison psychique entre représentations, et se rapproche de ce que le modèle freudien appelle le fonctionnement préconscient. Ainsi, selon M. Fain (1971), la qualité de la mentalisation reflète la capacité du préconscient à assurer le travail de liaison.

Pierre Marty a proposé une évaluation de la mentalisation selon trois axes : l'épaisseur (c'est-à-dire la densité et la richesse du tissu représentatif), la fluidité (capacité de transformation et de circulation des représentations), et la permanence (stabilité du fonctionnement psychique dans le temps).

Le processus de somatisation par régression concerne principalement des sujets au fonctionnement psychique globalement organisé sur un mode névrotico-normal. Leur capacité de mentalisation est généralement préservée, bien que parfois momentanément altérée. Les manifestations somatiques sont alors réversibles, souvent bénignes et récurrentes sous des formes identiques (par exemple, des crises d'asthme). Marty les qualifie de « somatisations par irrégularités du fonctionnement mental », survenant dans des contextes de fragilité psychique passagère.

À l'inverse, le processus de somatisation par déliaison pulsionnelle correspond à un mécanisme plus grave, dans lequel l'énergie pulsionnelle échappe à l'élaboration psychique pour se traduire directement dans le corps. Cette absence de transformation symbolique se manifeste par des symptômes somatiques plus durables, parfois graves. Ce type de somatisation est observé chez des sujets présentant un fonctionnement non névrotique (états limites, organisations psychotiques latentes) ou ayant été exposés à des traumatismes psychiques précoces ayant gravement affecté leur narcissisme. Dans ce cas, le Moi ne parvient pas à assurer les fonctions de liaison et d'intégration, et le corps devient alors le lieu d'expression d'un excès d'excitation non psychisé (Marty, 1976).

3.9 La psychosomatique intégrative de Jean Benjamin Stora :

La psychosomatique intégrative développée par Jean Benjamin Stora est une approche globale qui vise à comprendre les interactions entre le corps et la psyché dans l'apparition des maladies. Elle combine des disciplines telles que la psychanalyse, la médecine et les neurosciences. Cette approche considère l'être humain comme une unité psychosomatique où le psychisme influence le corps et vice versa. Elle met l'accent sur les interactions entre le système psychique et le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le génome, cette perspective intégrative permet de mieux comprendre comment le stress et les traumatismes peuvent conduire à des maladies somatiques.

Selon Jean Benjamin Stora l'appareil psychique participerait plus ou moins selon l'étiologie aux troubles somatiques. Il n'est plus seulement question de corps et psyché, mais d'interrelation entre les fonctions somatiques, le système nerveux central et l'appareil psychique. Les maladies seraient liées à une insuffisance de mentalisation des événements de la vie. Ces événements qui ne peuvent être ni gérés mentalement ni verbalisés à cause d'une éducation trop répressive, produisent des excès d'excitation nerveuses qui déstabilisent l'équilibre corporel, générant un symptôme sur la partie du corps la plus fragile, la plus sollicitée, soit à ce moment précis, soit par le passé. Stora 2016. P. 78

3.10 La représentation du corps :

Les images du corps en psychosomatique intégrative jouent un rôle central dans la relation entre le psychisme et le soma. La façon dont une personne perçoit et ressent son corps influence non seulement son bien-être psychologique mais aussi sa vulnérabilité aux maladies somatiques.

3.10.1 Le corps et ses schémas (images) :

L'unité psychosomatique est pleinement achevée au terme d'un très long parcours qui peut être résumé dans les trois schémas du corps et chacun de ces schémas constitue une étape de développement comprenant soit un soit plusieurs niveaux de l'organisation du vivant. L'intégration progressive de ces trois schémas aboutit à faire apparaître progressivement l'étape psychique du développement psychosexuel proposé dans la métapsychologie de Sigmund Freud. Si il y a un problème au premier niveau de l'organisation sensori-motrice le problème doit être diagnostiqué et traité avec les méthodes appropriées de ce niveau.

il est important, selon la psychosomatique intégrative, d'appréhender l'ensemble des approches disciplinaires sous-jacents à un processus d'intégration qui se déroule pendant les vingt premières années de vie d'un être humain, l'étape de développement de l'appareil psychique qui se situe au plus haut niveau du vivant ne fait en aucune façon disparaître l'existence et la manifestation de l'ensemble des fonctions neurophysiologiques et somatiques. (Stora 2018).

Après la naissance, le milieu parental joue un rôle déterminant dans le développement des fonctions sensorielles, motrices et affectives. Ce contexte relationnel constitue le cadre privilégié dans lequel s'opèrent les premiers apprentissages, qui permettent une maîtrise progressive du corps et de ses perceptions. Le développement sensoriel suit une chronologie spécifique : il débute par le système tactile, responsable du sens du toucher, puis s'étend aux structures olfactives (odorat) et gustatives (goût), suivies des structures auditives, et enfin, plus tardivement, du système visuel.

Toute altération, partielle ou totale, de l'environnement parental peut entraîner des dysfonctionnements au niveau des cortex somato-sensoriels primaires. Ces premiers apprentissages, essentiellement sensoriels puis moteurs, précèdent le développement de l'appareil psychique proprement dit. Ils dépendent étroitement de la programmation génétique, du fonctionnement des centres neurophysiologiques du système nerveux central, ainsi que de la qualité des interactions précoces avec l'environnement familial.

La démarche théorico-clinique de la psychosomatique intégrative, telle que proposée par Jean-Benjamin Stora, repose sur l'articulation de cinq systèmes fondamentaux : le système génétique, le système nerveux central, le système immunitaire, le système nerveux autonome (sympathique et parasympathique), et enfin, le système psychique. Cette approche vise à

rendre compte de l'unité psychosomatique de l'être humain à travers une vision globale du développement corporel et psychique.

Trois modèles permettent de résumer cette construction progressive du corps en lien avec le psychisme : l'homuncule, issu des neurosciences et de la médecine, représentant la cartographie fonctionnelle du corps dans le cerveau ; le schéma corporel, concept médical lié à la perception et à la coordination du corps dans l'espace ; et enfin, l'image psychique du corps, qui renvoie à la représentation subjective du corps par le sujet lui-même. (Stora, 2018)

3.10.2 L'homuncules (neuroscience et médecine):

Il indique la position occupée par l'image sensorielle ou motrice de chaque partie du corps dans le cortex cérébral, les difformités de ce schéma traduisent l'absence de proportionnalité entre une surface corporelle donnée et la surface corticale correspondante, chez l'homme l'importance de la surface occupée sur le cortex par la face, la main et le pouce, s'explique sans doute par la richesse de l'innervation périphérique de ces zones en relation avec leur importance fonctionnelle.

Le schéma corporel: se constitue lentement à la fonction de la maturation du système nerveux central, de l'univers dans lequel les mouvements sont effectués de la tonalité affective de cet univers, et de la conscience du corps c'est-à-dire de l'ensemble de la représentation motrice : mouvements, attitudes, postures. Le premier schéma et le deuxième Schéma comprennent l'ensemble de la sensori-motricité, de la mémoire, des émotions et des régulations biologiques. Ces deux schémas sont des références fondamentales en Médecine.

Du sensori-moteur à la représentation mentale du corps: le troisième Schémas du corps qui a été développé par la métapsychologie de S. Freud, les trois schémas se complètent en partant du sensorimoteur premier niveau du vivant pour atteindre le niveau psychique qui est le dernier niveau du vivant, l'unité psychosomatique se développent en suivant les étapes du développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant. À chaque étape du développement du processus de maturation psychosexuelles l'énergie psychique appelé libido investit l'organe et la fonction privilégiée dans le processus de développement des êtres humains. Stora 2018

La psychosomatique intégrative repose sur l'idée que les symptômes physiques peuvent être l'expression de conflits psychiques inconscients, de stress chronique ou de traumatismes non résolus, elle intègre des concepts issus de plusieurs disciplines comme la psychanalyse, les neurosciences et la médecine psychosomatique. L'hypothèse de la psychosomatique

intégrative «consiste à relier plusieurs niveaux du vivant, les organes et les fonctions somatiques au fonctionnement de l'appareil psychique». (Stora 2021 P 16).

3.10.3 Le rôle prévalent de l'inconscient dans le déterminisme de manifestations corporelles:

Le rôle de l'inconscient dans le déterminisme de manifestations corporelles est un sujet central en psychosomatique et en psychanalyse. Selon Freud et les auteurs post-Freudiens l'inconscient influence largement la manière dont les conflits psychiques non résolus s'expriment dans le corps. Freud n'emploie jamais le terme psychosomatique, ses travaux sur la conversion hystérique (hypnose traumatique) et les différentes étapes de sa théorisation de l'anxiété montrent l'importance des réponses somatiques dans les situations anxiogènes .Ses élèves Groddeck et Ferenczi poursuivent ses travaux dans le domaine de la psychosomatique considérant que toute maladie somatique véhicule une volonté psychique, ils iront jusqu'à proposer de substituer au traitement médical une prise en charge psychanalytique en insistant sur l'importance de la relation au médecin dans la psychothérapie. Face au progrès de la neurophysiologie, Alexander fonde l'école de Chicago 1930-1940 rompant avec l'explication univoque psychologique des maladies. Il classe les maladies psychosomatiques en deux catégories : l'une est l'expression de tendances agressives bloquées, l'autre est l'expression inhibée de tendance à la dépendance. (I. Gasman. J, F Allilaire. Page 350 -351).

3.10.4 Le corps et l'esprit :

À travers l'histoire, la relation entre le corps et l'esprit toujours été une énigme fascinante, aussi bien pour les médecins que pour les psychanalystes et les philosophes. Autrefois l'être humain était perçu comme une unité indissociable ou le corps et l'esprit formaient un tout cohérent. Cependant cette vision holistique a été bouleversée lorsque Galien influencé par la pensée aristotélicienne, a restreint la médecine étudiée des seules dimensions anatomiques et fonctionnelles du corps. Cette approche mécaniste, privilégiant l'observable et le tangible, s'est imposée en Occident et demeure encore dominante aujourd'hui. Pourtant certains médecins comme Maïmonide, ont constitué à défendre l'idée que les émotions jouent un rôle essentiel dans la santé malgré l'évolution scientifique la question de l'interaction entre le corps et l'esprit reste donc un sujet de réflexion et de débat témoignant de la complexité de l'être humain.

Pour comprendre ça, deux approches médicales évoluaient en parallèle :

3.10.4.1 Une approche dans la lignée galénique : C'est une approche scientifique et rationnelle qui vise à extirper la maladie comme un intrus, il s'agissait d'une médecine des maladies, écartant les états d'âme du patient laissés aux bons soins des philosophes. Ce courant séparant le corps et l'esprit prépondérant en Occident de Galien jusqu'à nos jours est dit dualiste.

3.10.4.2 Une approche dans la lignée hippocratique : à travers la continuité avec les philosophes ancestrales, considérant l'homme comme un tout corps-esprit indissociable. Il s'agissait d'une médecine des malades s'attachant en priorité à la notion d'harmonie et d'équilibre de l'homme dans son milieu, ce courant appréhendant la maladie «comme un signe de déséquilibre d'un tout corps-esprit indissociable est dit moniste». (Geneviève Choussy-Desloges 2016 .P 84).

La relation entre l'âme et le corps a été au centre de réflexion des plus grands penseurs de l'antiquité grecque, Anaxagore (500-428) à fait la distinction entre ces deux grandes entités et Platon a maintenu ce dualisme qui a été prolongée par Aristote dans le concept d'hylémorphisme selon lequel l'âme donne la forme-Morphée corps et esprit forment une seule substance. Cette approche dualiste a été développé de façon interactionniste par Descartes selon lui corps et âme sont deux substances ayant une influence réciproque, pour Leibniz corps et âme sont deux substances agissant de façon indépendante. Enfin toujours dans cette approche dualiste, Wundt considéré que l'homme est un organisme qui se manifeste sous deux aspects différents, corporels et mentaux. L'approche moniste, à savoir l'existence d'un seul principe dans l'homme-corps où âme a été développé par Berkeley et les idéalistes du XIXE siècle, ainsi que par Hegel ; l'âme spirituelle est la seule réalité pour ces philosophes. Pour Hobbes De La Mettriez, Cabanis, et Haeckel le corps matériel est la seule réalité. (Stora 2020).

P. Marty à écarter le dualisme corps-psyché pour le remplacer par l'unité psychosomatique qui à son tour contient un dualisme pulsionnel essentiel (pulsion de vie et de mort) où il argumente la continuité fonctionnelle entre le corps et psyché en considérant qu'à l'autre bout de l'échelle évolutive l'homme nous montre , d'une manière identique, qu'aux différents niveaux de son fonctionnement à partir des échanges intellectuelles et artistiques , il empreinte en permanence à l'extérieur de lui-même les éléments essentiels à sa vie . (Marty 1976).

3.11 Le fonctionnement psychosomatique : considérations théoriques

Comprendre le fonctionnement psychosomatique implique d'interroger la relation entre le corps (soma) et la psyché. Or, dans la tradition occidentale, cette unité corps-esprit n'a pas été pensée de manière intégrée. Deux approches distinctes ont émergé : d'un côté, la psychanalyse, fondée à la fin du XIXe siècle par Sigmund Freud, qui a permis l'élaboration du concept d'appareil psychique ; de l'autre, la médecine allopathique, centrée sur le fonctionnement organique du corps. Ces deux champs ont poursuivi leur développement de manière parallèle, selon leurs propres logiques et méthodes, sans parvenir à construire un système scientifique unifié capable d'intégrer les apports croisés de la psychologie et de la médecine. Ainsi, les sciences du psychisme et celles du corps ont produit, chacune de leur côté, une pluralité d'hypothèses et de théories, perpétuant une division à la fois scientifique et idéologique. (Stora, 2021)

Cette séparation s'explique en partie par l'émergence de la neuropsychologie, discipline qui s'attache à étudier les relations entre le cerveau et le comportement. Elle explore les interactions entre les fonctions cérébrales et les processus psychologiques, en s'appuyant sur des connaissances issues de la biologie, de l'anatomie et d'autres disciplines connexes.

Dans cette perspective, l'énergie psychique mobilisée par la personnalité pour agir trouve sa source dans les instincts. L'instinct peut être défini comme une disposition innée qui oriente les processus psychiques. Par exemple, l'instinct sexuel active des fonctions comme la perception, la mémoire ou la pensée, en vue de satisfaire un besoin biologique. On peut comparer l'instinct au cours d'une rivière qui suit un lit bien déterminé.

Chaque instinct comporte une source, une finalité, un objet et une poussée. Les besoins corporels sont les principales sources de cette énergie instinctuelle. Ainsi, une excitation localisée dans un organe – comme la faim – génère une poussée d'énergie qui mobilise l'individu : il perçoit, se souvient, planifie des actions en vue de satisfaire ce besoin. (Ikardouchene Bali Zahia, 2015)

L'objectif fondamental de chaque instinct est de supprimer le besoin qui lui a donné naissance. L'instinct de faim, par exemple, vise à abolir l'état de privation alimentaire. Une fois le besoin comblé, la tension s'éteint, l'énergie cesse d'être mobilisée, et l'organisme retrouve son équilibre. En ce sens, la finalité des instincts est conservatrice, régressive et répétitive : il s'agit de revenir à un état antérieur de satisfaction et de calme. Chaque instinct tend vers des objets ou des actions spécifiques – nourriture, sexualité, défense – bien que

ceux-ci puissent varier selon les contextes ou les substitutions possibles. (Ikardouchene Bali Zahia, 2015)

On peut alors parler d'un processus de transformation continue de l'énergie, dans lequel l'énergie physique peut se convertir en énergie psychique, et inversement. Si cette dynamique était autrefois théorisée de manière abstraite, elle est aujourd'hui de mieux en mieux comprise, notamment grâce aux apports croisés des neurosciences, de la psychosomatique et de la psychanalyse contemporaine. Ces disciplines montrent que les flux d'énergie -qu'ils soient somatiques, affectifs ou symboliques- peuvent se déplacer, se transformer ou se bloquer selon les conditions de régulation interne et de l'environnement. Autrement dit, le psychisme peut moduler, traduire ou inhiber des excès d'excitation corporelle, tout comme des états somatiques peuvent exprimer ou prolonger une tension psychique non métabolisée (Ikardouchene, 2015).

En situation de choc ou de stress prolongé, cette énergie – que Freud nommait libido – peut perdre ses propriétés psychiques et se reconvertir en énergie purement physique, affectant alors les fonctions vitales. Cette conversion entraîne des fluctuations importantes de l'énergie vitale, perturbant l'équilibre global de l'individu. L'observation clinique montre que, bien avant cette désorganisation, l'énergie psychique connaît déjà des variations – des mouvements d'augmentation ou de réduction – qui méritent d'être étudiés. Ces observations cliniques ouvrent la voie à une question centrale : quels sont les modèles théoriques qui permettent d'expliquer ces phénomènes de transformation de l'énergie psychique ? (Stora, 2021)

Selon René Spitz, certaines régions du corps remplissent une fonction de médiation entre les organes sensoriels périphériques et les organes viscéraux, c'est-à-dire entre le monde extérieur et l'intériorité corporelle. Il décrit notamment la zone buccale, englobant le larynx, le pharynx, le palais, la langue, l'intérieur des joues, les lèvres, le menton, le nez et les joues. Dans cette région, l'épiderme devient muqueuse, marquant une zone de passage entre deux types de tissus. L'oreille interne constitue un autre exemple d'organe de transition.

Ces zones intermédiaires assurent une médiation entre la perception externe et la réception interne. Elles remplissent une fonction vitale, notamment dans le cadre de l'alimentation, et sont liées à la fonction anaclitique décrite par Freud : elles permettent le passage entre la réception cénesthésique (liée aux sensations internes) et la perception diacritique (liée à la distinction des objets). Chez le nouveau-né, la perception différenciée est encore absente ; l'enfant ne distingue pas encore les objets les uns des autres et ne perçoit pas l'objet libidinal

comme tel. Il réagit surtout à des stimuli internes, de manière spontanée et intéroceptive (Stora, 2015).

Divers courants neurologiques et psychophysiologiques convergent alors pour former une unité psychosomatique. Une fois cette unité atteinte, un nouveau régulateur peut s'installer. Mais si cette unification échoue, le développement du système psychique peut se figer à un point donné, qui deviendra un point de fixation régressif, selon les théories de Freud et Marty. En revanche, la maturation corporelle continue son évolution selon une programmation génétique autonome.

On comprend alors que le développement de la personnalité peut être perturbé par un déséquilibre entre la maturation physique, qui suit son cours, et un développement psychologique qui, lui, se trouve entravé. L'organisation du moi dépend de la manière dont les influences extérieures sont métabolisées et intégrées de l'intérieur (Stora, 2015).

À partir du troisième mois, les traces mnésiques des interactions de l'enfant avec son environnement commencent à s'inscrire dans son système psychique. On peut ainsi observer comment les processus de mémoire se constituent progressivement, par exemple à travers l'association entre le cri de la faim et la sensation de satiété qui le suit. Deux effets mnésiques se forment, liés et renforcés par la qualité du lien affectif (Stora, 2021).

Le moi peut alors commencer à s'organiser, tandis que les frontières entre le moi et le ça, d'une part, et entre le moi et le monde extérieur, d'autre part, commencent à se dessiner, conformément à la seconde topique freudienne. Sur le plan pulsionnel, une différenciation progressive apparaît entre les pulsions agressives et les pulsions sexuelles, qui commencent à s'entrelacer autour d'un objet libidinal. Une fois cet objet reconnu, le processus d'identification peut s'engager.

Enfin, les déterminants culturels jouent un rôle essentiel dans la relation mère-enfant. René Spitz souligne que les traditions culturelles, qui encadrent de manière différente la communication entre la mère et l'enfant, influencent non seulement l'âge auquel l'objet est constitué, mais aussi la nature même de la relation qui s'instaure avec cet objet.

En s'appuyant sur les travaux de Margaret Mead, René Spitz note que, dans certaines sociétés comme celle de Bali, le père prend très tôt le relais de la mère dans la vie de l'enfant, tandis qu'aux Samoa, ce rôle est partagé par de nombreuses figures maternelles. Cela contraste avec le modèle occidental, dans lequel la mère est souvent la seule figure d'attachement principale.

Cette multiplicité des figures maternelles peut aboutir à une relation diffuse, voire omniprésente, à l'objet. Anna Freud a observé un phénomène similaire chez les enfants pris en charge par une succession rapide d'infirmières : ces enfants peinent à établir une relation stable avec une figure maternelle unique, du fait de la multiplicité des personnes s'étant relayées pour en tenir le rôle.

Les déterminants culturels de la relation mère-enfant jouent un rôle décisif : selon René Spitz, les traditions et normes sociales, qui modèlent différemment la communication entre la mère et son enfant, influencent à la fois l'âge auquel l'objet sera constitué et la nature des liens affectifs qui s'instaureront avec lui.

Dans ses recherches sur les perturbations précoces de la relation à l'objet, Spitz identifie plusieurs facteurs pathogènes liés à des attitudes maternelles psychologiquement délétères. Ces attitudes, souvent inconscientes, empêchent la différenciation du sujet et altèrent la constitution du moi. Il évoque notamment :

le rejet primaire actif, qui se manifeste par un refus global de la maternité englobant la grossesse, l'enfant et parfois même la sexualité de la mère ;

une indulgence excessive dans les premières semaines de vie, accompagnée d'une anxiété envahissante (comme dans le cas des coliques du troisième mois) ;

une hostilité masquée sous forme d'inquiétude, pouvant se traduire par des troubles somatiques comme l'eczéma infantile ;

des alternances rapides entre surprotection et rejet, favorisant l'hyperactivité ;

des variations d'humeur cycliques de la mère, pouvant induire des comportements régressifs chez l'enfant, tels que les jeux fécaux ;

enfin, une carence affective partielle, souvent à l'origine d'un tableau de dépression anaclitique, il apparaît que lorsque des mères anxieuses évitent tout contact physique avec leur enfant durant les six premiers mois de vie – période cruciale correspondant au narcissisme primaire – cela entrave la construction de son identité originaire. On comprend alors combien l'incapacité à différencier le dedans du dehors, le soi de l'autre, ou encore à établir une distance suffisante avec l'objet, peut compromettre l'organisation psychique de l'enfant (Stora, 2021).

3.11.1 La qualité du fonctionnement psychosomatique:

On peut ainsi conclure qu'un bon fonctionnement psychosomatique prend racine dans une qualité suffisante des premières expériences relationnelles et sensorielles -c'est-à-dire dans la capacité de l'environnement (notamment maternel) à répondre, contenir, et symboliser les besoins du nourrisson. Ce bon départ permet au sujet de transformer ses vécus corporels en représentations psychiques, de construire les frontières du Moi, et d'élaborer progressivement ses affects, ses conflits et ses désirs.

Ce processus aboutit à une capacité d'autorégulation émotionnelle, à une relative liberté à l'égard du corps (plutôt que d'en être prisonnier par les symptômes), et à une ouverture symbolique au monde extérieur. À l'inverse, les perturbations précoces de ce processus peuvent générer des fixations, des troubles psychosomatiques ou des organisations psychiques fragiles, témoignant de l'impossibilité à transformer l'énergie somatique en énergie psychique métabolisable.

Résumé du Chapitre:

Ce chapitre explore les prémices du développement de la psychosomatique pour aboutir à l'importance de l'histoire du développement de chaque individu, à partir des premières expériences sensorielles, affectives et relationnelles du nourrisson. S'appuyant sur les travaux de René Spitz, Sigmund Freud, et Jean Benjamin Stora, il met en évidence le rôle central des zones de transition (comme la région buccale ou l'oreille interne) dans l'articulation entre monde interne et monde externe. Ces régions assurent une médiation vitale entre intériorité organique et perception du monde, servant de fondement à l'émergence du Moi.

Le chapitre insiste sur l'importance des interactions précoces dans la construction psychique de l'enfant. Le lien entre la satisfaction des besoins (comme la faim) et la réponse affective de l'environnement crée les premières traces mnésiques et permet au Moi de s'organiser progressivement. Par ailleurs, le chapitre souligne que la maturation physique suit un programme automatique, tandis que le développement psychique dépend de la qualité des échanges affectifs et culturels.

Les facteurs culturels sont également déterminants dans la manière dont l'enfant construit ses premiers objets d'amour. René Spitz et Margaret Mead montrent que la diversité des pratiques maternelles à travers les cultures influence profondément la nature et le rythme de l'attachement. La pathologie de la relation d'objet est également analysée, notamment à

travers les effets délétères d'attitudes maternelles instables, anxieuses ou rejetantes (dépression anaclitique, eczéma, coliques, hyperactivité...).

Enfin, la question de la transformation de l'énergie physique en énergie psychique est abordée. Longtemps considérée comme mystérieuse, cette dynamique est désormais mieux comprise grâce aux apports des neurosciences et de la psychosomatique intégrative. Elle montre comment les expériences corporelles et affectives précoces participent à l'organisation symbolique du sujet.

Un bon fonctionnement psychosomatique repose sur une première relation contenant et symbolisante, permettant la transformation de l'énergie corporelle en représentations psychiques. Il conduit à une régulation émotionnelle stable et à une capacité d'élaboration symbolique.

Chapitre III

Les ovaires polykystiques

Préambule :

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est l'un des troubles endocriniens les plus fréquents chez les femmes en âge de procréer. Il se caractérise par une combinaison de symptômes variés tels que des troubles menstruels, une hyperandrogénie clinique ou biologique, ainsi que la présence d'ovaires augmentés de volume contenant de multiples follicules. Ce syndrome, dont les causes exactes restent encore partiellement élucidées, a des répercussions importantes tant sur la santé reproductive que sur le bien-être psychologique des femmes qui en sont atteintes. En raison de sa complexité et de sa dimension à la fois médicale, métabolique et psychosociale, le SOPK constitue un enjeu majeur de santé publique. Ce chapitre se propose d'explorer les caractéristiques cliniques du syndrome, ses mécanismes physiopathologiques, ainsi que ses implications sur la vie des patientes.

1. Historique du SOPK :

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est l'un des troubles endocriniens les plus courants chez les femmes en âge de procréer. Son histoire médicale remonte à plusieurs siècles, mais sa reconnaissance scientifique moderne date du début du Xxe siècle.

Première observation médicale :

Des descriptions de troubles menstruels et d'hirsutisme (pilosité excessive) existent depuis l'Antiquité, mais elles étaient souvent attribuées à des déséquilibres humoraux selon la médecine de l'époque.

En 1721, l'anatomiste italien Antonio Vallisneri décrit des femmes présentant une « corpulence excessive » et une « pilosité anormale », ce qui correspond à des symptômes actuels du SOPK.

1.1 La découverte moderne : Stein et Leventhal (1935) :

En 1935, les gynécologues américains Irving F. Stein et Michael L. Leventhal publient une étude décrivant 7 femmes souffrant d'aménorrhée (absence de règles), d'hirsutisme et d'ovaires élargis avec de multiples kystes. Ils associent ces symptômes à une infertilité et proposent un lien avec un dysfonctionnement ovarien. C'est cette étude qui a donné son premier nom au syndrome : « syndrome de Stein-Leventhal ».

1.2 Évolution des connaissances (XXe – XXIe siècles) :

1950-1970 : Les chercheurs découvrent que le SOPK est associé à une résistance à l'insuline et à un risque accru de diabète de type 2.

1980-1990 : L'utilisation de l'échographie permet d'observer les ovaires polykystiques chez des patientes, confirmant l'aspect morphologique du syndrome.

2003 : Les critères de Rotterdam sont établis pour diagnostiquer le SOPK, nécessitant la présence d'au moins deux des trois critères suivants :

Oligo- ou anovulation (troubles de l'ovulation)

Hyper androgénie (excès d'hormones mâles)

Ovaires polykystiques (à l'échographie)

Avancées récentes

Les recherches actuelles se concentrent sur les liens entre SOPK, microbiote intestinal, inflammation chronique et génétique. Le SOPK est maintenant reconnu comme un trouble métabolique et endocrinien aux multiples facettes, nécessitant une prise en charge adaptée à chaque patiente.

2. les définitions des syndromes des ovaires polykystiques (SOPK) :

Le SOPK porte ce nom car les premiers chercheurs à avoir parlé de ce syndrome. Stein et Leventhal, ont observé des bosses sur les ovaires. Ils les ont assimilés à des kystes alors que c'était en réalité des follicules. Selon les critères de Rotterdam, revus par l'Européen Society of Human Reproduction and Embryology, le SOPK est défini lorsqu'on retrouve au moins deux des trois critères suivants: (Catteau-Jonard et al., 2019; Franks et 2004)

- Une oligo-ovulation et/ou une anovulation

-Une hyperandrogénie clinique et/ou biologique

- La présence à l'échographie d'au moins 20 follicules sur chaque ovaire et/ou un volume de l'ovaire augmenté d'au moins 10 ml, avec exclusion des autres étiologies (hyperplasies congénitales des surrénales, tumeurs sécrétant des androgènes, syndrome de Cushing).

L'oligo-ovulation ou anovulation provoque une spanioménorrhée (soit moins de 4 cycles par an), ce qui est un critère diagnostic orientant les professionnels de santé. A noter que les

ovaires d'une femme adulte non atteinte font normalement entre 5 et 15 mL et possèdent chacun 5 à 10 follicules.

2.1 Définitions :

Le Syndrome des Ovaires Polykystiques (SOPK), aussi appelé syndrome de Stein-Leventhal, est une maladie féminine chronique encore peu connue. Pourtant, c'est une Maladie hormonale très fréquente puisqu'elle touche 1 femme sur 10 et est la première cause D'infertilité féminine. (Bazot et al. 2016).

2.2 Les manifestations cliniques du SOPK :

Les symptômes varient selon les patientes, mais les principaux sont :

A. Troubles menstruels :

- (cycles menstruels irréguliers, >35 jours entre les règles)
- Aménorrhée (absence de règles pendant plus de 3 mois)
- Saignements anormaux

B. Excès d'hormones mâles:

- Hirsutisme (pilosité excessive selon un schéma masculin, notamment au visage, torse, dos)
- Acné sévère et persistante
- Alopécie androgénique (perte de cheveux)

C. Troubles métaboliques:

- Résistance à l'insuline (risque accru de diabète de type 2)
- Prise de poids, obésité (surtout abdominale)
- Dyslipidémie (cholestérol élevé)

D. Troubles de la fertilité : anovulation chronique (absence d'ovulation)

E. Manifestations psychologiques: dépression et anxiété, baisse de l'estime de soi

3. Critères diagnostic:

Le diagnostic repose sur les critères de Rotterdam (2003), nécessitant au moins 2 des 3 critères suivants :

Dysfonctionnements ovulatoires : cela provoque des cycles menstruels irréguliers, tels que l'oligoménorrhée ou l'aménorrhée.

Hyperandrogénie: Des signes cliniques (hirsutisme,acné,etc) ou biochimiques (taux d'androgènes sériques élevés) indiquent un excès d'androgènes dans l'organisme.

Polykystes ovariens : L'échographie pelvienne révéler la présence de plus de 10 follicules par ovaire,généralement localisés en périphérie et ressemblante à un collier de perles .

Hyperandrogénie clinique et.ou biologique

Ovaires polykystiques à l'échographie (≥ 12 follicules de 2-9 mm ou volume ovarien ≥ 10 ml)

Tiède HJ, Misso ML, Costello MF, et al. « Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. » Hum Reprod. 2018 ; 33(9) :1602-1618.

4. la prévalence et épidémiologie en Algérie du syndrome des ovaires polykystiques :

Peut varier en fonction des critères diagnostiques utilisés et des populations étudiées. Par exemple, une étude mentionne que le SOPK affecte entre 10 et 13 % des femmes en âge de procréer, le classant comme la première endocrinopathie féminine.

Des recherches indiquent également que le SOPK est présent au sein des familles, suggérant une composante génétique. De plus, il existe des variations ethniques dans la manifestation et l'impact du SOPK, certaines populations présentant une prévalence plus élevée et des complications métaboliques accrues.

Il est essentiel de noter que le SOPK est souvent associé à une variété de problèmes de santé à long terme, affectant le bien-être physique et émotionnel des femmes concernées.

En Algérie, des études locales ont été menées pour évaluer la prévalence et les caractéristiques du SOPK. Par exemple, une étude rétrospective réalisée dans la région d'Alger Centre a analysé les dossiers de femmes atteintes de SOPK pour mieux comprendre l'impact de cette affection au niveau régional.

En conclusion, le SOPK est une affection fréquente et sous-diagnostiquée, avec des variations de prévalence selon les populations et les critères diagnostiques

5. les causes associés au SOPK :

Les deux principales causes à l'origine du SOPK sont à ce jour la génétique et l'environnement

5.1 Génétique:

On a remarqué qu'il y a plus de probabilité d'avoir un SOPK lorsqu'il y a des antécédents familiaux avec une augmentation de 30% par rapport à ceux qui n'en ont pas. C'est ce qui a fait penser à une cause génétique. Plusieurs gènes ont été mis en cause mais des recherches sont encore en cours (Alfahdawi, 2022). Parmi eux, on retrouve les gènes impliqués dans la reproduction et ceux impliqués dans le métabolisme : AMH, le récepteur de l'AMH, FSH, le récepteur de FSH, l'insuline, le récepteur de l'insuline, les enzymes de la stéroïdogénèse (Halder et al. 2022 ; Dumesic et al. 2020).

Des études d'analyse génétique au sein des familles atteintes de SOPK ont été menées et d'autres sont encore en cours pour déterminer les gènes exacts impliqués. Parmi celles déjà menées, les chercheurs pensent que c'est une maladie autosomique dominante, avec une ou plusieurs mutations génétiques possibles. Cela veut dire que la transmission de cette maladie se fait via un chromosome non sexuel (la mutation se faisant sur un ou plusieurs gènes de ce chromosome) et la maladie sera fatalement présente, même si l'individu est hétérozygote, c'est-à-dire porteur d'un chromosome muté et d'un chromosome sain (Fenichel et al. 2017 ; Vink et al. 2006).

5.2 Environnement:

Les facteurs environnementaux à l'intérieur de l'utérus ont une influence en raison de l'effet des hormones masculines produites par la mère pendant la grossesse, tout comme les facteurs environnementaux extérieurs, une fois que le bébé est déjà né, tels que l'obésité, l'alimentation et le stress (Amato et Simpson. 2004). En ce qui concerne les facteurs environnementaux, un lien entre le SOPK et les toxines environnementales a été mis en évidence. Les perturbateurs endocriniens déstabilisent l'homéostasie hormonale et peuvent altérer les fonctions reproductives, en même temps qu'ils interfèrent avec les fonctions métaboliques déjà perturbées dans le cas du SOPK. Les facteurs environnementaux les plus souvent cités pour contribuer à l'étiologie du SOPK sont l'alimentation et le mode de vie (Rutkowska et Diamanti-Kandarakis, 2016).

5.3 signes cliniques:

Les symptômes du SOPK peuvent être nombreux mais ne sont pas toujours tous présents. Ils apparaissent généralement lors de la puberté mais peuvent également apparaître bien plus tard. Il est aussi possible pour certaines femmes de n'avoir aucun symptôme. Ainsi, il est courant de trouver une perturbation du cycle menstruel, des douleurs, de l'hirsutisme, une alopecie, de l'acné et des atteintes psychologiques. Tous ces symptômes sont évalués en fonction de leur gravité, de la rapidité d'apparition et de leur durée (Cussen et al., 2022).

5.4 Cycle menstruel perturbé:

Il est classique de remarquer une irrégularité menstruelle chez l'adolescente, particulièrement durant les deux années suivant les premières règles. En effet, la cyclicité menstruelle met en moyenne 2 ans à se réguler après la marche (premières menstruations). Cependant, lors d'une aménorrhée primaire à l'âge de 16 ans ou lorsque des perturbations du cycle persistent, il convient de réaliser des examens, avec notamment des mesures hormonales et une échographie (Ramezani Tehrani et Amiri, 2019). Dans le SOPK, l'absence de règles ou les cycles menstruels irréguliers sont souvent associés à une anovulation ou dysovulation et sont retrouvés chez 75% des femmes. La phase lutéale dure toujours 14 jours après l'ovulation. Chez les femmes atteintes de SOPK, la durée des cycles est allongée uniquement par la phase folliculaire et c'est l'anovulation qui en est responsable (Bazot et al., 2016). Après l'âge de 35 ans, il semblerait que les cycles menstruels deviennent plus réguliers. L'âge a donc un impact positif sur l'ovulation (Jonard et Dewailly, 2004).

5.4 Hirsutisme

L'hyperandrogénie, lorsqu'elle est présente, est responsable d'hyperpilosité chez 70% des femmes atteintes de SOPK. On évoque même parfois l'hirsutisme, c'est-à-dire l'apparition de poils dans des zones où ils se trouvent normalement chez l'homme. (Redmond GP et Bergfeld WF, 1990) L'hirsutisme peut être évalué par le score de Ferriman et Gallwey modifié (mFG). En 1961, ces deux chercheurs ont introduit la notion de score pour qualifier l'hirsutisme. Le principe est de regarder s'il y a de la pilosité dans certaines zones du corps dépendantes des androgènes. A l'origine, 11 zones étaient concernées (Ferriman et Gallwey, 1961).

Fonction de leur gravité, de la rapidité d'apparition et de leur durée (Cussen et al. 2022).

5.6 Acné:

L'acné est une maladie dermatologique dont la cause hormonale est importante. On retrouve des follicules pileux à la surface de la peau. L'acné est le résultat de trois facteurs au

niveau du follicule pileux la séborrhée (excès de sébum), l'obstruction folliculaire et l'inflammation folliculaire. Dans le SOPK, l'acné est principalement due à la séborrhée qui se fait sous contrôle androgénique (Vexiau et Chivot, 2002). En effet, comme pour le cheveu, l'hyperandrogénie entraîne un excès de sébum et une hyper-kératinisation, provoquant une peau grasse acnéique chez ces personnes (Redmond et Bergfeld, 1990). L'acné seule n'est pas utilisée comme critère diagnostic de SOPK. De plus, elle peut survenir en l'absence d'hyperandrogénie, donc il est difficile d'attribuer ce symptôme uniquement au SOPK (Welt et al., 2006).

5.7 Alopécie :

L'excès d'androgènes est également responsable de chute des cheveux, aussi appelée alopécie. Elle est souvent caractérisée par un amincissement des cheveux, en particulier au niveau de la partie centrale du cuir chevelu, au niveau de la raie médiane (Redmond, Bergfeld, 1990). Le cheveu fait partie des phanères et pousse par le biais d'un follicule pileux. Ce dernier est la structure qui permet de produire le poil en assemblant différentes cellules par kératinisation. Il y a toujours une glande sébacée associée, qui produit du sébum afin de lubrifier le poil.

On retrouve des récepteurs aux androgènes sur les cellules produisant la kératine (les kératinocytes) mais surtout sur les cellules des glandes sébacées. De plus, à cet endroit sont produites les enzymes permettant le métabolisme des androgènes. Il y a donc une sensibilité importante du follicule pileux aux androgènes, ce qui explique la perte de cheveux en cas d'hyperandrogénie (Zouboulis, 2010). L'échelle de Ludwig permet de caractériser cette perte de cheveux qui se distingue principalement en trois stades chez la femme, allant d'une alopécie diffuse à une alopécie avancée (Costanzo, 2001).

6. Risques et complications liées aux syndromes des ovaires polykystiques :

6.1 Infertilité:

L'infertilité, touchant près de 10-15% des couples, est une condition définie par l'échec de fécondation durant un an, suite à des relations sexuelles non protégées fréquentes (Gnoth et al., 2005 ; Brassard et al., 2008). Plusieurs causes d'infertilité masculines et féminines sont possibles. D'ailleurs, le SOPK serait responsable de près de 20% des cas d'infertilité toutes causes confondues (Brassard et al., 2008).

Malgré que l'anovulation soit la principale cause d'infertilité chez les femmes SOPK, ce n'est possiblement pas la seule raison qui explique le phénomène. Il est cependant connu que les femmes SOPK sous traitement avec une insuline sensibilisatrice comme la metformine vont rétablir leur ovulation (Baillargeon et al. 2004), suggérant que la résistance à l'insuline pourrait être une des causes de l'infertilité retrouvée chez les femmes SOPK. Or, la résistance à l'insuline retrouvée chez ces femmes pourrait modifier la fonction endométriale faisant en sorte de diminuer l'efficacité de l'implantation de l'embryon dans l'utérus (Changet al. 2013).

6.2 Le diabète de type 2 et l'intolérance au glucose :

Chez les patientes présentant un SOPK, la prévalence de l'intolérance au glucose et du diabète de type 2 est augmentée malgré leur jeune âge, quel que soit leur poids 31.1% et 7.5% respectivement. De même chez les femmes atteintes de SOPK non obèses (IMC < 27 kg.m²), la prévalence des intolérances au glucose est supérieure à la population générale : 10.3% d'intolérance au glucose et 1.5% de diabète de type 2 (Legro et al. 1999). Cela est probablement en partie expliqué par l'augmentation de l'insuline-résistance. On retrouve une augmentation de la résistance à l'insuline chez les SOPK maigres par rapport à la population générale et les patientes ayant un SOPK et un surpoids sont plus sévèrement touchées que celles avec le même IMC sans SOPK (Dunaif, 1997).

La conversion de l'intolérance au glucose vers le diabète est également accélérée dans le SOPK d'où la nécessité d'une surveillance étroite de ces femmes et la réalisation d'HGPO périodiques (Ehrmann et al. 1999).

6.3 Obésité et l'âge:

L'âge et le poids peuvent avoir un impact sur l'infertilité. L'obésité, liée ou non à l'hyperinsulinémie, a un impact négatif sur le taux d'ovulation. C'est à-dire qu'une femme au-dessus de son Indice de Masse Corporel (IMC) normal a plus de risque d'infertilité : plus l'IMC est important, moins il y a de chance d'ovulation. Cela ne peut cependant qu'aggraver l'arrêt folliculaire et non pas en être la cause directe. De même, le taux d'avortement spontané est plus important en cas d'IMC élevé (Jonard et Dewailly, 2004 ; Ludwig et al. 1999). Ensuite, l'âge a un impact sur la cyclicité menstruelle des femmes. Chez une femme atteinte de SOPK avec des cycles irréguliers, on remarque qu'après l'âge de 35 ans, ceux-ci se régulent et peuvent plus facilement aboutir à l'ovulation. (Elting et al. 2000). Dans la population générale, le nombre de follicules commence à diminuer à partir de 37 ans environ, jusqu'à atteindre la période de ménopause vers l'âge de 52 ans en moyenne. On parle alors de

vieillesse ovarien et il s'agit d'un processus dégressif irréversible. Cependant, en raison d'un taux plus élevé d'AMH chez les patientes ayant des cycles irréguliers, le nombre 55 de follicule reste important à un âge plus avancé et décroît moins rapidement. Ainsi, la ménopause serait observée plus tardivement chez ces patientes. On pense alors qu'elles ont plus de chance d'avoir un enfant à partir de 35 ans, là où les femmes non atteintes ou avant des cycles normaux en auraient moins. En revanche, il est question ici, de la quantité de follicules et non de leur qualité (Vulpoi et al. 2007). En effet, le taux de fécondation reste faible chez certaines patientes, mais pourrait être compensé par la plus grande quantité de follicules retrouvés (Nikolaou et Gilling-Smith C, 2004).

6.4 Syndrome métabolique:

Les femmes atteintes de SOPK ont une prévalence deux fois plus importante de syndrome métabolique que les femmes non atteintes, ce qui correspond à 40-50% d'entre elles (Apridonidze et al. 2005). Le syndrome métabolique regroupe différentes caractéristiques dont au moins trois d'entre elles doivent être observées pour le diagnostic. On retrouve un excès de graisse abdominale (parfois jusqu'à l'obésité), une hypertension, une hyperinsulinémie et une dyslipidémie (Franks, 2003).

Afin de limiter les complications du syndrome métabolique, la mesure du tour de taille, la prise de tension et les bilans lipidique et glycémique doivent être réalisés (Youdim, 2023).

6.5 Cancers gynécologiques:

- **Cancer de l'endomètre:** Le risque de développer un cancer de l'endomètre est 3 fois plus important chez une personne souffrant de SOPK. L'anovulation chronique entraîne une exposition prolongée aux œstrogènes et cette exposition peut entraîner une hyperplasie de l'endomètre voir un cancer de l'endomètre (Haoula, Salman, Atiomo, 2012).

- **Cancer de l'ovaire :** Les données concernant le lien entre SOPK et le cancer de l'ovaire sont faibles, une étude comprenant un faible nombre de patientes SOPK a montré un risque 2,5 fois plus élevé de développer un cancer de l'ovaire (Schildkraut et al., 1996). Une seconde étude sur le sujet a montré une mortalité par cancer de

- L'ovaire plus faible chez les patientes SOPK (Pierpoint et al., 1998).

6.6 Syndrome d'apnée du sommeil:

Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) se traduit par une obstruction des voies aériennes supérieures lorsque la personne dort de façon allongée, provoquant l'arrêt de la respiration pendant au moins dix secondes et suivie de réveil et d'une période de récupération avec une respiration plus rapide pour compenser le manque d'oxygénation des tissus. Le SAS est plus fréquent chez les personnes ayant un IMC élevé et peut provoquer à long terme de l'hypertension artérielle (si elle n'est pas déjà présente), des maladies cardiovasculaires et cérébro-vasculaires (Strohl, 2023).

7. Impact Psychologique du Syndrome des Ovaires Polykystiques (SOPK) :

Le SOPK ne se limite pas aux troubles hormonaux et métaboliques ; il a également un impact psychologique important, souvent sous-estimé. Les patientes atteintes de SOPK présentent un risque accru de troubles émotionnels et psychologiques qui peuvent affecter leur qualité de vie.

8. Principaux troubles psychologiques associés au SOPK

A. Dépression:

Le risque de dépression est 2 à 3 fois plus élevé chez les femmes atteintes de SOPK par rapport à la population générale.

Elle peut être liée aux déséquilibres hormonaux, aux symptômes physiques (hirsutisme, prise de poids, infertilité) et à la stigmatisation sociale.

B. Anxiété et stress:

De nombreuses patientes ressentent une anxiété accrue, souvent liée aux problèmes de fertilité, aux changements corporels et à l'incertitude concernant leur état de santé à long terme.

Certaines développent un stress chronique en raison des symptômes visibles (acné, chute de cheveux, surpoids).

C. Troubles de l'image corporelle et faible estime de soi:

L'hirsutisme, l'acné et la prise de poids peuvent altérer l'image corporelle et entraîner un complexe physique.

De nombreuses femmes atteintes de SOPK ressentent une insatisfaction corporelle et évitent les interactions sociales ou intimes.

D. Troubles alimentaires:

Des études montrent une prévalence plus élevée de troubles du comportement alimentaire (TCA), notamment :

- L'hyperphagie boulimique
- L'alimentation émotionnelle en réponse au stress et à l'anxiété

Ces troubles sont souvent liés à la résistance à l'insuline et aux fluctuations hormonales.

E. Fatigue chronique et troubles du sommeil:

Le SOPK est souvent associé à une fatigue excessive, pouvant être liée à des troubles métaboliques (insulinorésistance, inflammation chronique).

Certaines patientes souffrent de syndrome d'apnée du sommeil, aggravant la fatigue et l'instabilité émotionnelle.

9. Facteurs expliquant ces troubles psychologiques:

Déséquilibre hormonal : Les taux élevés de testostérone et d'insuline peuvent affecter le système nerveux et influencer l'humeur.

Impact social et culturel : La pression sociale sur l'apparence et la fertilité peut amplifier la détresse psychologique.

Manque de reconnaissance du SOPK : De nombreuses patientes ont du mal à être prises au sérieux, ce qui peut mener à un sentiment d'isolement.

9.1 Approches pour améliorer la santé mentale des patientes:

- Suivi psychologique : La thérapie cognitive-comportementale (TCC) peut aider à mieux gérer l'anxiété, la dépression et l'image corporelle.
- Activité physique : L'exercice régulier améliore l'humeur en augmentant la production d'endorphines.
- Alimentation équilibrée : Une alimentation anti-inflammatoire et à faible index glycémique peut aider à stabiliser l'humeur.
- Support social : Rejoindre des groupes de soutien ou parler avec d'autres femmes atteintes de SOPK peut réduire le sentiment d'isolement.(Dokras A, Clifton S, Futterweit W, and Wild R. « Increased risk for abnormal depression scores in women

with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. » ObstetGynecol. 2011).

10. La prise en charge de SOPK :

10.1. Traitements pharmacologiques:

10. 1. 1. Pilule contraceptive:

La prescription de base pour le SOPK est la prise d'hormones. La pilule est le traitement prescrit en première instance lorsque l'on diagnostique les ovaires polykystiques. Elle permet de maîtriser les symptômes tels que l'aménorrhée, l'acné, l'hirsutisme et les kystes. Ainsi, elle régule le cycle menstruel (Brami, 2019).

La prise de la pilule est la méthode la plus utilisée à travers les pays industrialisés, car il s'agit de la méthode la plus accessible. Ces auteurs estiment à environ 90 millions le nombre de femmes qui prennent la pilule (Wirthner, Germond et Grandi, 2002).

La prise de la pilule n'est pas sans risque, en effet, il est nécessaire de connaître les antécédents de la patiente ou les antécédents familiaux pour éviter les risques de thrombose notamment (Vrbikova et Cibula, 2005).

10.1. 2. Metformine :

Il s'agit d'un médicament prescrit en cas de diabète de type 2, permettant de diminuer l'insulino-résistance lorsque les recommandations alimentaires et l'activité physique ne suffisent pas à normaliser la glycémie (Scarpello et Howlett, 2008).

Ce médicament est prescrit dans le cadre du SOPK lors d'un régime ou d'une prise en charge de réduction de poids, ou lorsqu'il est déconseillé pour la patiente de prendre un contraceptif oral. Généralement, il est recommandé en cas d'échec du traitement au clomifène (Nasri et Raficaian-Kopaci, 2014).

Des effets secondaires éventuels sont possibles, tels que des malaises ou des céphalées (Lord, Flight et Norman, 2003).

10. 1. 3. Letrozole :

C'est à la base un traitement adjuvant du cancer du sein utilisé principalement chez la femme ménopausée (Dellapasqua et Colleoni, 2010).

Il est depuis peu recommandé pour l'induction de l'ovulation chez les femmes atteintes du SOPK (Franik et al. 2018).

Selon Compendium.ch, au niveau des effets secondaires, certains apparaissent fréquemment, tels que les bouffées de chaleur, les douleurs articulaires, la fatigue, la prise de poids, les maux de tête, la dépression, et bien d'autres encore.

Un avantage de ce médicament est que le risque de grossesses multiples est moindre par rapport à d'autres traitements.

10.1. 4. Citrate de Clomifène :

Ce traitement oral est préconisé en première étape d'induction de l'ovulation et en complément à une modification du mode de vie (Nasri et Rafieaian-Kopaei, 2014).

Il accroît le nombre d'ovules libérés et est généralement associé à la metformine.

Cependant, les risques de ce médicament selon Compendium.ch sont le risque de grossesse multiple et un risque accru de cancer des ovaires s'il est pris pendant plus d'une année. Il reste néanmoins un traitement peu risqué, ayant peu d'effets secondaires.

En cas d'échec avec le citrate de clomifène, la patiente sera redirigée vers un drilling ovarien et les gonadotrophines (Merviel et al., 2017).

10. 1. 5. Gonadotrophines :

Il est recommandé d'utiliser ce traitement uniquement si les autres médicaments cités plus haut n'ont pas fonctionné. Il permet également l'induction de l'ovulation programmée (Merviel et al., 2017)..

Les effets secondaires, selon Compendium, sont le risque de grossesse multiple qui est plus élevé.

10.2. Traitements psychologiques :

Dans cette sous partie, nous allons présenter plusieurs interventions thérapeutiques en psychologie qui pourraient être utiles dans la prise en charge des femmes atteintes des ovaires polykystiques. Donc il y'a :

- **Thérapie cognitivo-comportementale:**

Les changements comportementaux et de lifestyle peuvent aider les patientes dans leur symptomatologie dans le cadre des ovaires polykystiques.

De ce fait, nous pourrions imaginer proposer la TCC pour les patientes atteintes du SOPK. Selon le rapport de cas publié par Correa, Sperry et Darkes (2015), il existe une pénurie de psychothérapies fondées sur des preuves qui permettent de traiter les symptômes liés aux ovaires polykystiques. Cependant, son rapport démontre l'efficacité d'une approche globale de thérapie cognitivo-comportementale dans des cas d'anxiété et de dépression dans un contexte des ovaires polykystiques. La patiente aurait vu ses symptômes psychiques s'améliorer ainsi qu'une perte de poids se manifester. Une étude présentée par Rofey, Szigethy, Noll, Dahl, Lobst et Arslanian (2009) montre également un changement positif dans les cas de dépression et d'obésité chez les patientes suivant une thérapie cognitivo-comportementale.

La TCC semble être une thérapie adaptée, de par son ensemble de méthodes et de techniques permettant l'apprentissage de nouveaux comportements et surtout, de nouvelles façons de penser, de ressentir et d'agir. Elle pourrait être considérée comme un bon atout dans le cadre d'un changement de lifestyle et permettrait de diminuer l'anxiété, le stress et la dépression chez la patiente. Selon Rofey et al. (2009) elle pourrait même avoir un impact positif sur la régulation des menstruations.

Il est important d'accompagner les femmes, et d'éviter au mieux les facteurs anxiogènes qui sont nombreux dans le cadre du SOPK. Par l'immersion progressive. Nous pourrions imaginer guider la femme et lui permettre de changer certains schémas de pensée, lui permettant ainsi d'être moins stressée, d'avoir une meilleure estime d'elle-même et une meilleure qualité de vie.

De plus grâce à la TCC, si la patiente tombe enceinte elle pourra mieux réguler ses émotions, permettant ainsi à la grossesse d'être moins anxiogène aux vues des risques encourus et permettre ainsi qu'elle se passe peut-être plus sereinement et dans de meilleures

conditions. Cela grâce aux techniques de relaxation rapide et aux techniques de contrôle de la respiration.

Le but étant d'apprendre aux patientes comment modifier concrètement et de manière observable, les réactions, les émotions et les pensées qu'elles-mêmes considèrent comme dysfonctionnelles et modifier celles qu'elles souhaitent changer.

Finalement selon Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops et Seeley (1999) la TCC est considérée comme une intervention efficace contre la dépression. D'après Cooney et al. (2019) elle serait considérée comme un bon complément pour la perte de poids.

- **Le Mind fluness :**

Appelée «la pleine conscience» en français, aurait des effets psychologiques positifs, notamment sur le sentiment de bien-être du patient. Elle permettrait une réduction des symptômes psychologiques et de la réactivité émotionnelle, et une meilleure régulation du comportement >> (Keng, Smoski& Robins, 2011).

La pleine conscience consiste à se centrer sur le présent et à accepter sa situation, et ce de manière active, en vivant pleinement.

L'idée de la pleine conscience est de réorienter son attention sur le présent, mais aussi de se focaliser sur ses sensations, ses pensées, ses émotions, sa respiration et sur le monde externe qui nous entoure.

Elle est utilisée en thérapie cognitive afin de réduire le stress, mais également comme moyen de prévention de la dépression.

Selon Stefanaki, Bacopoulou, Livadas, Kandaraki, Karachalios et Chrousos (2014) l'utilisation de la conscience dite consciente peut être bénéfique en complément de la

Prise en charge des femmes atteintes de SOPK. Selon une étude qu'ils ont menée, il y a eu une réduction statistiquement significative des symptômes de stress, de dépression et d'anxiété et une amélioration de la qualité de vie. Selon et al. (2011) les études menées sur les interventions de pleine conscience démontrent un impact positif sur la santé psychologique. La pleine conscience est une forme de méditation, il est facile de la mettre en place. Des cours existent avec des professionnels, mais il est également possible de s'entraîner à réorienter son attention sur le présent lors de son quotidien, le soir par exemple ou lors de moments stressants. Il n'existe pour l'heure aucune recherche permettant de

déterminer la fréquence nécessaire au bien être chez les femmes atteintes des ovaires polykystiques et cela est plutôt considérée comme étant un atout.

- **L'approche centrée sur la personne :**

L'approche centrée sur la personne fut mise en place par Carl Rogers.

Cette approche consiste à se focaliser sur la personne et non pas sur le problème. Le but du thérapeute est d'amener le patient à s'exprimer et à se fier à ce qu'il ressent. On part du postulat que l'être humain possède un potentiel d'évolution inné. C'est le patient qui mènera la démarche thérapeutique. Il s'agit d'un travail d'accompagnement dont le but est de faciliter l'expression du patient, du lui apprendre à s'écouter. Selon NymJyne (2020) l'approche centrée sur la personne aurait un impact positif sur la personne souffrant d'un mal être ou de troubles

Conclusion :

Le syndrome des ovaires polykystiques représente un trouble complexe aux multiples facettes, touchant à la fois la sphère endocrinienne, reproductive, métabolique et psychologique. Son diagnostic repose sur des critères précis, mais son expression clinique varie considérablement d'une femme à une autre, rendant son identification et sa prise en charge parfois délicates. Au-delà de ses manifestations physiques, le SOPK peut engendrer une détresse émotionnelle et altérer la qualité de vie des patientes. Il apparaît donc essentiel d'adopter une approche pluridisciplinaire intégrant à la fois le suivi médical, le soutien psychologique et l'accompagnement global des femmes concernées. Une meilleure compréhension du syndrome, tant sur le plan biologique que psychosocial, ouvre la voie à des interventions plus ciblées et plus haut.

Partie pratique

Chapitre 4 :
Procédures
méthodologiques de
l'étude

Préambule :

Dans ce chapitre, nous présenterons la démarche méthodologique adoptée pour mener notre recherche. Nous détaillerons les différentes étapes de l'étude, depuis le choix du terrain et de la population étudiée jusqu'à l'utilisation des outils de recherche et des méthodes de recueil des données. Notre travail repose sur une approche clinique et qualitative, privilégiant des outils spécifiques pour explorer la dynamique psychique des participantes. À cet effet nous avons opté pour l'entretien clinique semi-directif qui permet d'accéder à l'expérience subjective des femmes concernées, ainsi que le test Rorschach, un outil projectif facilitant l'exploration des conflits intrapsychiques et des fragilités psychiques sous-jacentes. Nous présenterons, également, les méthodes d'analyse employées dans l'interprétation des données recueillies de manière rigoureuse et pertinente.

1. Définition de la méthodologie:

La méthodologie désigne l'ensemble des démarches des principes et des techniques adoptés pour conduire une recherche de manière systématique. Elle permet d'organiser et de structurer l'étude en définissant les outils et les stratégies les plus appropriés pour répondre à la problématique. Dans notre étude, elle repose sur une approche clinique basée sur le cas, cette approche permet d'expliquer en profondeur et d'analyser les manifestations psychosomatiques en lien avec le SOPK des patientes qui en souffrent.

1.1 La méthode clinique:

Dans le cadre de notre étude nous avons adopté l'approche clinique, une méthode de recherche qui repose sur l'analyse approfondie des cas individuels, cette démarche consiste à examiner chaque patiente de manière détaillée, en s'appuyant sur les résultats des évaluations cliniques, l'observation et l'étude de leur fonctionnement psychique. L'objectif est de tirer des données permettant de mieux comprendre les dynamiques psychologiques à l'œuvre tout en tenant compte des limites et des apports de cette approche.

La méthode clinique est particulièrement adaptée à l'étude des femmes souffrant du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), car elle permet d'explorer en profondeur leur vécu subjectif et leur état psychique (Herdiman et al., 2019; Rouquette et Frenkiel, 2018). Cette approche facilite l'analyse de l'influence des facteurs affectifs sur leur fonctionnement psychosomatique (Stora, 2006). Elle repose sur plusieurs outils complémentaires, notamment l'entretien clinique semi-directif (Miller et Crabtree, 1999) et l'utilisation du test projectif de

Rorschach selon la méthode spécifique développée à Paris V, qui bénéficie d'une validation clinique rigoureuse (Piot et al., 2009). Cette méthode permet de saisir les dimensions inconscientes du fonctionnement psychique des patientes. Par ailleurs, la méthode clinique fait appel à l'étude de cas, inscrite dans une démarche descriptive et qualitative, essentielle pour rendre compte de la singularité de chaque expérience (Yin, 2018). En approfondissant ainsi l'analyse de chaque parcours individuel, il devient possible de mettre en lumière les mécanismes psychiques sous-jacents à la souffrance, tout en conservant une posture rigoureuse et personnalisée.

2. le cadre temporel et spatiale de la recherche:

2.1 Le cadre Temporel

- **La pré-enquête:** Nous avons conduit une pré-enquête au sein du cabinet privé du psychologue clinicien Ryad Bekkaoui. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une pré-enquête au sens strict, cette démarche a consisté en une consultation réalisée après avoir obtenu l'accord du directeur du cabinet et vérifié la disponibilité des patientes répondant à nos critères. Cette étape nous a permis d'évaluer la faisabilité de notre étude, d'identifier les cas pertinents, ainsi que de confirmer que les conditions nécessaires à la collecte des données étaient réunies.

- **L'enquête:** Au sein du cabinet privé du psychologue clinicien Bekkaoui Ryad, nous avons recueilli les données issues des entretiens cliniques ainsi que des tests projectifs réalisés individuellement auprès des participantes souffrant du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Cette phase post-enquête a renforcé notre compréhension du fonctionnement psychosomatique des patientes et permis d'identifier des dynamiques psychiques mobilisées chez chaque cas. Chaque participante a été rencontrée séparément afin de garantir un cadre d'échange confidentiel. Avant toute collecte de données, nous avons vérifié et obtenu le consentement éclairé de chacune des deux femmes, participantes à notre recherche, en nous assurant qu'elles comprenaient parfaitement les objectifs, les modalités et les implications de leur participation. Cette démarche a favorisé un climat de confiance essentiel à la qualité de l'enquête. Par ailleurs, nous avons garanti la confidentialité des informations recueillies, conformément aux exigences du secret professionnel.

- **Déroulement de l'enquête en temps réel:** L'enquête s'est déroulée sur une période de 45 jours, du 9 février au 25 mars 2025, avec des séances organisées deux fois par semaine.

2.2 Le cadre spatial de la recherche:

Notre recherche a été effectuée au niveau du cabinet privé «clinique de l'Éveil psychologique»
Voici une présentation détaillée du cabinet :

Nom : Clinique de l'Éveil Psychologique.

Directeur : M. RIAD BEKKAoui, psychologue clinicien.

Date de création: Janvier 2020.

Services offerts :

Une prise en charge psychologique: Évaluation et traitement des troubles psychologiques chez les enfants, les adolescents et les adultes, Psychothérapie individuelle et de groupe, intervention pour la gestion du stress, de l'anxiété, de la dépression et d'autres problèmes de santé mentale, soutien psychologique pour les situations de crises et les événements traumatisants, suivi et accompagnement tout au long du processus thérapeutique.

prise en charge orthophonique : Évaluation et traitement des troubles de la communication et du langage chez les enfants, les adolescents et les adultes, Rééducation orthophonique pour les troubles de la parole, de la voix, de la déglutition et de la compréhension du langage, interventions pour les troubles du développement du langage chez les enfants, suivi individualisé et programmes de rééducation adaptée à chaque patient).

Composition de l'équipe pluridisciplinaire et organisation de la structure:

M. RIADH BEKKAoui, psychologue clinicien directeur de la clinique, spécialisée dans l'évaluation et le traitement des troubles psychologiques.

Mme DJERMANI MÉLISSA, une Orthophoniste expérimentée et spécialisée dans l'évaluation et le traitement des troubles de la communication et du langage.

Mme Mebarki Meriem et Mm MiziAllaoua MÉLISSA, Deux psychologues cliniciennes, qualifiées pour fournir une prise en charge psychologique de qualité adaptée à chaque patient.

- Approche suivie par les spécialistes de cette clinique:

Approche intégrative : ils combinent différentes approches thérapeutiques, tels que la thérapie cognitive comportementale, la thérapie psychodynamique et la thérapie familiale, pour répondre aux besoins uniques de chaque individu.

Confidentialité : Les spécialistes accordent une grande importance à la confidentialité et au respect de la vie privée de leur patient.

Collaboration interdisciplinaire : l'équipe travaille en étroite collaboration pour assurer une prise en charge complète et coordonnée, en tenant compte des aspects psychologiques et orthophoniques de chaque cas. Ils sont dédiés à aider leur patients à surmonter leurs difficultés et à retrouver un équilibre mental et émotionnel.

3. les techniques utilisées dans la recherche:

Dans le cadre de cette recherche, nous avons privilégié l'entretien clinique semi-directif, s'inscrivant dans une démarche d'investigation psychosomatique. Cet outil méthodologique nous a permis de recueillir des données qualitatives riches sur les patientes, en explorant à la fois leur trajectoire de vie, leur vécu subjectif et leur état psychologique actuel. L'entretien clinique, reconnu comme un dispositif central en psychologie clinique, vise à appréhender le fonctionnement psychique d'un sujet en tenant compte de sa singularité, de sa globalité, et de l'articulation entre ses dimensions somatiques et psychiques.

Afin de mener à bien notre étude, nous avons eu recours à deux outils complémentaires : l'entretien clinique semi-directif et le test projectif de Rorschach. Ces évaluations ont été conduites dans un cadre confidentiel, au sein du cabinet du psychologue clinicien, dans des conditions favorisant l'établissement d'un lien de confiance et l'expression authentique des affects. Compte tenu de la maîtrise limitée de la langue française par les patientes, les entretiens ont été menés en kabyle, leur langue maternelle, afin de garantir une meilleure compréhension, une plus grande précision des échanges et une meilleure accessibilité à leur monde intérieur.

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales, il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : Géographie, événements, vécus, histoire, croyances... (Chahraoui.K. 2003).

L'entretien semi-directif est une méthode de collecte de données largement utilisée en recherche qualitative en sciences sociales, contrairement à l'enquête par questionnaire qui vise à obtenir des données standardisés sur un large échantillon afin d'identifier les tendances à travers des analyses statistiques, l'entretien privilégie une approche plus approfondie et individualisée, son objectif principal est de comprendre la manière dont les individus ou les groupes d'individus perçoivent et vivent leurs interactions avec les autres, les institutions ou les phénomènes sociaux.

Cette approche permet d'examiner la singularité des expériences vécues et d'approfondir la compréhension des dynamiques sociales à travers une analyse fine des récits recueillis. Si les résultats d'une étude qualitative ne visent pas une généralisation statistique, ils peuvent néanmoins donner lieu à des généralisations analytiques, fondées sur l'étude approfondie de cas, la construction d'idéaux-types, ou encore la mise en relation avec d'autres données issues de l'observation ou de l'analyse documentaire (Denzin et Lincoln, 2018; Paillé et Mucchielli, 2021). Par ailleurs, les méthodes qualitatives ne s'opposent pas aux approches quantitatives : elles peuvent être intégrées dans des dispositifs de recherche mixtes, combinant les deux types de données, afin de produire une analyse plus complète et nuancée des phénomènes étudiés (Creswell et Plano Clark, 2018).

3.1 Guide d'entretien:

Le guide d'entretien constitue un outil structurant essentiel dans les recherches qualitatives, notamment en psychologie, en sociologie et plus largement dans les sciences humaines et sociales. Il s'agit d'un document préparatoire qui rassemble un ensemble de thématiques ou de questions ouvertes destinées à orienter l'entretien, tout en préservant la souplesse nécessaire à une exploration approfondie du vécu du participant (Bauer et Gaskell, 2000 ; Blanchet et Gotman, 2010). Ce dispositif permet à l'enquêteur de maintenir un fil conducteur sans contraindre les réponses, favorisant ainsi l'émergence de données riches et contextualisées (Kaufmann, 2016).

Le guide d'entretien utilisé dans le cadre de notre recherche a été structuré autour de plusieurs axes principaux. Avant d'aborder l'entretien clinique proprement dit, nous avons recueilli un ensemble d'informations préliminaires spécifiques à chaque patiente. Ces données introductives comprenaient notamment les renseignements personnels (état civil, situation familiale, niveau d'études, activité professionnelle, etc.), nécessaires à la contextualisation clinique.

Nom :

Prénom :

Âge :

Niveaux scolaire :

Profession :

Statut matrimoniale :

Nombre d'enfants :

Nous avons proposé les axes selon une logique de priorité clinique et de cohérence structurelle, en tenant compte de leur articulation, de leur progression logique (du développement vers l'actualité de la maladie). La logique suivie est d'aller du développement au présent, de l'environnemental au subjectif, du symbolique au comportemental, en finissant sur la gestion concrète du quotidien.

Axe 1 : Développement et contexte :

- **Histoire familiale de santé**

Objectif : Explorer l'état de santé des membres de la famille pour repérer d'éventuelles maladies chroniques, graves ou héréditaires (y compris le SOPK), et mieux comprendre les contextes médicaux, psychosomatiques et transgénérationnels pouvant influencer la patiente.

Questions proposées:

- Pouvez-vous me parler de l'état de santé de vos parents? Ont-ils ou ont-ils eu des maladies particulières?
- Qu'en est-il de vos frères et sœurs? Y a-t-il des antécédents médicaux ou des problèmes de santé chez eux?
- Y a-t-il eu des maladies chroniques, graves ou héréditaires dans votre famille (comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les troubles hormonaux, etc.)?
- Avez-vous connaissance de cas de SOPK chez d'autres femmes de votre famille (sœurs, cousines, tantes, mère, etc.)? Si oui, pouvez-vous me dire comment cela a été diagnostiqué et comment ces personnes vivent ou ont vécu avec cette condition?
- Et vos grands-parents, Savez-vous quelque chose sur leur état de santé? Certaines maladies ont-elles marqué votre histoire familiale?

- Comment les membres de votre famille réagissent-ils en général face à la maladie ou aux traitements? Y a-t-il des croyances particulières autour de la santé ou du corps?
- Est-ce qu'il y a des pertes ou des événements médicaux marquants (décès prématurés, maladies taboues, hospitalisations longues, etc.) dans votre histoire familiale?
- **Vécu de l'enfance:**

Objectif : Pour comprendre les premières expériences affectives, les éventuelles carences ou traumatismes, et leur impact sur le développement du moi corporel et des capacités de régulation.

Les questions proposées :

- Parlez moi de votre enfance, quand vous étiez bébé, avez-vous des connaissances sur cette période ?
- Vous a-t-on raconté comment elle s'est passée ?
- Vous a-t-on raconté des événements quelconques sur cette période ?
- **L'environnement affectif, social et professionnel:**

Objectif: Explorer les relations interpersonnelles de la patiente, dans différents contextes (familial, amical, professionnel), afin de mieux comprendre l'environnement affectif, les soutiens disponibles, les éventuelles tensions relationnelles ou isolements, et leur retentissement sur le vécu psychique et corporel.

Dans une approche psychosomatique, *les liens relationnels* sont des facteurs majeurs dans la *régulation émotionnelle* et dans le *destin des excitations*. Les tensions ou carences relationnelles peuvent influencer la somatisation, d'autant plus dans un contexte de trouble chronique comme le SOPK, où le *ressenti de soutien ou d'incompréhension* joue un rôle important.

Questions proposées:

- Pouvez-vous me parler de vos relations dans votre entourage proche, par exemple au sein de votre famille ?
- Comment décririez-vous vos relations actuelles avec vos parents, vos frères et sœurs ?
- Avez-vous des personnes proches sur qui vous pouvez compter ?
- Et dans votre vie sociale, avez-vous des amies, un réseau de soutien ?
- Si vous travaillez, comment se passent vos relations dans le milieu professionnel ?
- De manière générale, vous sentez-vous bien entourée ou parfois isolée ?

- Y a-t-il des relations ou des situations qui vous causent du stress ou qui ont un impact sur votre bien-être ?
- **Relations actuelles: environnement affectif, social et professionnel:** Pour cerner les soutiens, les conflits, les enjeux d'identité et de place dans les sphères de vie actuelles.

Axe 2 : vécu subjectif et symbolique de la maladie

Objectif : Explorer la manière dont la patiente vit subjectivement sa maladie, en lien avec son équilibre psychique, corporel et relationnel. Cet axe permet de saisir les représentations conscientes et inconscientes associées à la maladie, son retentissement sur l'image du corps, l'identité féminine, et les mécanismes de gestion psychique ou comportementale mis en place. Dans la perspective de la psychosomatique intégrative, ce vécu subjectif est central dans l'évaluation du risque psychosomatique.

Les questions de cet axe visent à capter non seulement la réaction émotionnelle immédiate au diagnostic, mais aussi les processus d'élaboration psychique, les représentations corporelles, et les ajustements (ou désajustements) comportementaux – éléments fondamentaux dans une lecture psychosomatique intégrative du symptôme.

Questions proposées:

- Comment avez-vous vécu l'annonce du diagnostic du SOPK?
- Que représente pour vous cette maladie aujourd'hui ? Est-ce une source d'inquiétude, de fatigue, de colère, ou autre?
- Avez-vous remarqué des effets de cette maladie sur votre vie quotidienne (rythme, énergie, alimentation, sommeil, émotions...)?
- Depuis que vous savez que vous souffrez du SOPK, avez-vous ressenti des changements dans votre image de vous-même ou dans votre rapport à votre corps ?
- Cette maladie a-t-elle modifié votre rapport à votre féminité (menstruations, fertilité, pilosité, poids...)?
- Quelles sont vos principales préoccupations ou craintes liées à ce syndrome?
- Y a-t-il des aspects de la maladie que vous trouvez particulièrement difficiles à comprendre ou à accepter?
- Avez-vous mis en place certaines stratégies (conscientes ou non) pour faire face à cette maladie? Par exemple: vous informer, éviter d'en parler, changer vos habitudes, vous isoler, demander de l'aide...

- Pensez-vous que cette maladie a un lien avec certaines périodes ou événements de votre vie?

- **Parcours médical et vécu corporel**

Pour articuler la relation au corps médical, les examens, les interventions, et le ressenti corporel (douleur, honte, dissociation...).

Objectif : Explorer le cheminement médical de la patiente, depuis l'apparition des premiers signes jusqu'au diagnostic du SOPK. Il s'agit aussi d'identifier d'éventuels antécédents somatiques, hormonaux ou gynécologiques, et de mieux comprendre comment la patiente s'est approprié son histoire médicale.

Questions proposées:

- Pourriez-vous me raconter comment vous avez découvert que vous aviez le SOPK ? À quel moment cela s'est-il produit dans votre vie ?
- Qu'est-ce qui vous a amenée à consulter à ce moment-là ? (symptômes, inquiétudes, examen de routine...)
- Est-ce que vous aviez déjà eu des troubles hormonaux ou métaboliques avant ce diagnostic? (comme du diabète, des troubles de la thyroïde, ou autre chose?)
- Aviez-vous rencontré auparavant des difficultés gynécologiques? (irrégularité des règles, douleurs, infections, etc.)
- Avant ce diagnostic, aviez-vous souffert d'autres problèmes de santé qui vous ont marquée ?
- Avez-vous eu l'impression d'être bien accompagnée sur le plan médical? Ou au contraire, avez-vous rencontré des difficultés ou des retards dans la prise en charge?
- Comment vivez-vous les examens médicaux, les traitements, les consultations liées au SOPK?
- Y a-t-il eu, selon vous, des moments où votre état de santé s'est aggravé ou s'est amélioré de façon marquante?

- **Suivi du traitement et adhésion thérapeutique**

À prendre en considération si le SOPK implique un traitement médicamenteux à long terme, car il reflète aussi la relation au soin, à l'autorité médicale, à l'autonomie.

Objectif: Explorer dans quelle mesure la patiente suit le traitement médical et les recommandations hygiéno-diététiques liées au SOPK, ainsi que les obstacles ou motivations qui influencent son observance.

Questions proposées:

- Pourriez-vous me parler du traitement qui vous a été prescrit pour le SOPK?
- Est-ce que vous prenez vos médicaments régulièrement, comme recommandé par votre médecin?
- Vous est-il déjà arrivé de modifier ou d'arrêter votre traitement sans en parler à votre médecin? Pour quelles raisons?
- Rencontrez-vous des difficultés particulières à suivre ce traitement?
- Votre médecin vous a-t-il conseillé un régime alimentaire ou des changements dans votre mode de vie pour mieux gérer le SOPK? Si oui, arrivez-vous à les suivre?
- Qu'est-ce qui vous aide ou vous motive à respecter ce traitement au quotidien?

Axe 3: Axe psychodynamique et clinique

- **Ressources psychiques et défense**

Pour identifier les capacités d'adaptation, les modes de régulation de l'anxiété, les mécanismes défensifs (refoulement, somatisation, clivage...).

Objectif: Identifier comment la patiente mobilise ses ressources psychiques face à la maladie, ainsi que les mécanismes de défense (conscients et inconscients) qu'elle met en œuvre pour gérer l'anxiété, les conflits internes ou la souffrance. Cet axe permet d'évaluer la capacité de symbolisation, de mentalisation, et les voies privilégiées de décharge (psychique, comportementale, somatique), afin d'estimer le niveau d'intégration ou de désorganisation du fonctionnement psychosomatique.

Questions proposées:

- Qu'est-ce qui vous aide à tenir, à faire face à la maladie au quotidien ?
- Avez-vous des personnes sur qui vous pouvez compter, ou qui vous soutiennent émotionnellement ?
- Pouvez vous me parler de votre manière de réagir face aux difficultés (ex. : vous taire, pleurer, vous énerver, tout contrôler, faire comme si de rien n'était...)?
- Ressentez vous votre corps comme faible : fatigue soudaine, douleurs, troubles digestifs, crises...)?

- Pouvez vous me parler de vous, de votre manière de réagir aux événements, votre manière de vous exprimer ?
- Est-ce que vous arrivez à mettre des mots sur ce qui vous traverse quand vous êtes angoissée ou bouleversée ?
- Quelles activités ou pratiques vous font du bien ou vous apaisent ? (Ex. : sport, prière, lecture, solitude, musique...)
- Dans les périodes plus difficiles, que faites-vous pour vous protéger psychiquement ? (ou que remarquez-vous que vous faites sans y penser ?)
- **Vie psychique, relationnelle et corporelle**

Objectif : Explorer comment la patiente vit son équilibre psychique et émotionnel, les répercussions somatiques de ses tensions internes, ainsi que les effets du SOPK sur sa vie relationnelle, conjugale et intime.

Thèmes abordés :

Gestion émotionnelle et réactions corporelles au stress

Expériences marquantes ou traumatismes

Expression psychosomatique des conflits internes

Vie conjugale, soutien du partenaire

Féminité, sexualité et fertilité

Questions proposées:

- Comment réagissez vous aux situations stressantes ou les moments d'incertitude?
- Quelles émotions reviennent le plus souvent dans votre quotidien?
- Lorsque vous êtes submergée ou tendue, comment votre corps réagit-il en général?
- Avez-vous traversé des événements marquants ou bouleversants dans votre vie qui pourraient avoir laissé des traces? Si oui, pourriez vous en parler?
- Comment décririez-vous votre relation actuelle (conjugale, amoureuse ou affective)?
- Avez-vous le sentiment que votre partenaire comprend et soutient ce que vous traversez avec le SOPK?
- Depuis votre diagnostic, avez-vous noté des changements dans votre désir, votre plaisir ou votre rapport au corps?

- Avez-vous des préoccupations concernant votre fertilité? Si oui, comment vivez-vous cette incertitude?
- Le SOPK a-t-il modifié votre manière de vous percevoir? Si oui comment ?
- Est-ce qu'il y a des choses que vous avez l'impression de ne pas pouvoir vivre ou réaliser à cause de cette maladie?
- Si vous aviez à décrire ce que le SOPK est venu bouleverser dans votre vie de femme, que diriez-vous?
- **Vie onirique**

Nous l'avons gardé en sous-axe dans cet entretien clinique approfondi, car elle peut renseigner sur le travail symbolique en cours, mais n'est pas un axe structurant en soi pour tous les sujets.

Objectif : Explorer la vie onirique de la patiente, sur les plans quantitatif (fréquence, sommeil) et qualitatif (contenus, émotions associées), afin de repérer d'éventuelles manifestations symboliques des conflits psychiques, somatisations ou préoccupations liées au SOPK.

Questions proposées:

- Comment qualifiez-vous votre sommeil ces derniers temps? Est-il plutôt réparateur ou perturbé?
- Faites-vous souvent des rêves? Vous en souvenez-vous au réveil?
- Pourriez-vous me parler de vos rêves récents, s'il y en a qui vous ont marquée?
- Avez-vous parfois l'impression que vos rêves sont liés à votre état de santé ou à votre corps?
- Selon vous, vos rêves expriment-ils des choses qui vous préoccupent en ce moment?
- Comment vous sentez-vous au réveil après certains rêves? Marquée, apaisée, troublée?
- A quand remonte le dernier rêve?

Axe 4 : de la vie quotidienne

- **Activités quotidiennes et rythmes de vie**

Pour observer les équilibres/vulnérabilités du fonctionnement général: sommeil, activités, fatigue, énergie...

Objectif: Explorer l'engagement de la patiente dans ses activités quotidiennes (professionnelles, domestiques, sociales) ainsi que sa pratique d'activités physiques, en lien avec l'impact du SOPK sur son énergie, sa motivation et son bien-être global.

Questions proposées:

- Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ou autre (études, tâches domestiques, etc.) ? Si oui, comment vivez-vous cette activité au quotidien?
- Depuis que vous avez été diagnostiquée avec le SOPK, avez-vous remarqué un changement (augmentation ou diminution) dans votre niveau d'activité ou d'énergie?
- Est-ce que votre état de santé influence votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes?
- Avez-vous l'habitude de pratiquer une activité physique ou un sport? Si oui, lequel? À quelle fréquence?
- Avez-vous le sentiment que bouger ou rester active a un effet sur votre moral ou votre santé?
- **Habitudes alimentaires et rapport à l'alimentation**

Important dans le SOPK (souvent associé à des troubles métaboliques et un rapport problématique au poids), peut être articulé avec l'image du corps et les rituels quotidiens.

Objectif : Explorer les habitudes alimentaires de la patiente, repérer d'éventuels comportements à risque pour sa santé, et mieux comprendre le lien entre alimentation, équilibre métabolique et vécu subjectif, notamment dans le cadre du SOPK.

Questions proposées :

- Pourriez-vous me décrire une journée type en ce qui concerne vos repas (petit-déjeuner, déjeuner, dîner, collations)?
- Préparez-vous généralement vos repas à la maison, ou mangez-vous souvent ce qu'il y a à votre portée?
- Avez-vous tendance à consommer régulièrement des aliments riches en sucre, en sel ou en graisses?
- Buvez-vous souvent des boissons sucrées (sodas, jus industriels, etc.) ou d'autres boissons? Lesquelles?
- Y a-t-il des moments où vous mangez davantage en réponse à vos émotions (stress, fatigue, tristesse, etc.)?

- Êtes-vous exposée à la cigarette (fumer passivement)?
- Depuis votre diagnostic du SOPK, avez-vous essayé de modifier votre alimentation?
Si oui, de quelle manière?
- Prenez vous du café? si oui, combien de tasse par jour?

3.2 Le test de Rorschach

3.2.1 Aperçu historique

Le test de Rorschach, du nom de son créateur Hermann Rorschach, voit le jour en 1920 et est publié pour la première fois en 1921 par ce psychiatre suisse. Conçu comme un test projectif, il se compose de dix planches représentant des taches d'encre, qui peuvent être monochromes (noires), bicolores (noir et rouge) ou multicolores (en teintes pastel). Ces taches, dénuées de forme figurative explicite, apparaissent sur un fond neutre et suscitent chez le sujet une double lecture, à la fois manifeste et latente.

À l'origine, Rorschach cherchait à explorer les capacités créatrices des individus et la manière dont celles-ci s'inscrivent dans la dynamique de la personnalité. Il s'intéressera par la suite aux productions pathologiques de ses patients, qu'il considère comme révélatrices d'anomalies dans l'organisation de la personnalité.

Ce test met à l'épreuve la capacité du sujet à s'adapter aux caractéristiques perceptives de l'objet-stimulus, mais aussi son aptitude à s'en détacher pour mobiliser ses propres expériences. Dans les cas pathologiques, cette expérience peut devenir envahissante, rendant l'ajustement au stimulus difficile ou retardé (Chabert, 1989).

3.2.2 La situation du test de Rorschach et son objectif

Le test de Rorschach repose sur une interaction impliquant trois éléments: le sujet, le test et le clinicien. Cette relation se construit à travers un objet intermédiaire -les planches du test- qui prennent leur sens dans l'expression du sujet et l'écoute du clinicien. Chaque passation est donc unique et spécifique à la dynamique entre ces trois composantes (Chabert, 1983, p.11).

Ce test projectif permet d'explorer la personnalité chez divers publics : enfants, adolescents et adultes. Lors de la séance, le clinicien présente les planches une à une et donne la consigne suivante: « Je vais vous montrer dix planches. Dites-moi tout ce qu'elles vous évoquent, ce que vous imaginez en les regardant. » (Chabert, 1983, p.29).

Le sujet est libre d'exprimer ses associations d'idées, à condition que ses réponses soient en lien avec les images proposées. Cette exigence constitue une première contrainte, qui l'amène à tenir compte d'un élément extérieur -le stimulus visuel. De plus, le test se déroule en une seule séance, ce qui impose une limitation temporelle.

Le rôle du psychologue est d'adopter une neutralité bienveillante: Il ne guide pas les réponses du sujet, n'interprète pas ses propos en direct et ne porte aucun jugement. Il n'existe ni «bonne» ni «mauvaise» réponse, l'objectif étant d'observer la manière dont le sujet perçoit et structure sa réalité interne à travers les images du test (Chabert, 1998, p.111).

3.2.3 Passation du test de Rorschach

- **Première étape: Présentation des planches :**

L'examineur présente successivement les planches dans l'ordre de leur numérotation, tout en énonçant les consignes. Il adopte une posture bienveillante et attentive aux productions du sujet. Chaque planche possède une orientation spécifique (haute et basse) et est initialement montrée en position droite. Il n'est pas nécessaire de suggérer au sujet de les retourner ; il est préférable d'attendre qu'il le fasse spontanément ou d'y consentir s'il en fait la demande (Anzieu et Chabert, 1998, p.57).

Pendant cette phase, l'examineur consigne toutes les réponses du sujet, ainsi que ses commentaires, son comportement, la durée d'observation de chaque planche et le temps de latence entre la présentation de l'image et la première réponse.

Les changements de position des planches sont également notés :

Planche en position droite : Δ

Planche renversée : v

Planche placée sur le côté : < ou >

Le fait de retourner une planche peut traduire soit une approche méthodique d'exploration de toutes les possibilités, soit une attitude d'opposition. Si le sujet ne perçoit pas une découpe importante ou ne donne pas une réponse habituelle, l'examineur peut l'encourager à revisiter l'image. Cela permet de déterminer si l'oubli est dû à une simple inattention, un blocage passager, ou une incapacité perceptive plus profonde (Chabert, 1998).

Deuxième étape: l'enquête

Une fois la passation terminée, l'examineur reprend chaque réponse avec le sujet pour préciser où et comment il a perçu les éléments. Cette étape, appelée l'enquête, est essentielle pour l'analyse des réponses selon trois critères :

- Localisation (zone où l'élément a été identifié)
- Déterminant (facteurs ayant influencé la perception)
- Contenu (nature de l'élément perçu)

Une quatrième colonne peut être utilisée pour noter les réponses stéréotypées et les tendances générales du sujet.

- **Troisième étape: épreuve de choix**
- Enfin, l'examineur demande au sujet d'indiquer quelles sont les planches qu'il préfère et celles qu'il aime le moins. Cette étape permet d'obtenir des indications supplémentaires sur ses préférences et son rapport aux images présentées (Anzieu et Chabert, 1998, p.57).

4. Déroulement de la pratique :

Rencontrer les patientes s'est avéré complexe, car leur séjour à l'hôpital était souvent de courte durée. Cette situation a rendu difficile la réalisation d'une enquête approfondie avec la majorité d'entre elles.

Au début de notre pratique sur le terrain, nous avons rencontré plusieurs patientes, mais nous n'avons pu mener l'examen à terme que pour deux d'entre elles. En effet, la plupart ont quitté l'établissement avant la finalisation de l'investigation psychosomatique.

L'étude a donc été complétée avec deux cas, pour lesquels nous avons recueilli des informations sur l'ensemble des axes de l'entretien clinique semi-directif. Il s'agit des cas X et Y , dont les prénoms ont été modifiés afin de garantir la confidentialité.

Concernant le travail avec les patientes de notre groupe de recherche, la nature de leur hospitalisation a permis des rencontres quotidiennes, facilitant ainsi une communication fluide, familière et empreinte d'empathie. La théorie psychosomatique intégrative insiste sur l'importance de l'empathie, même dans un cadre de recherche, et déconseille d'adopter une neutralité stricte lorsqu'il s'agit d'aborder les vécus des patientes.

Finalement, le travail s'est déroulé de manière satisfaisante, nous permettant de recueillir des informations essentielles sur les différents aspects de l'entretien clinique semi-directif, ainsi que sur l'application du test de Rorschach.

5. présentation du groupe de recherche:

Notre recherche s'est concentré sur l'étude du fonctionnement psychosomatique chez les femmes souffrent de syndrome des ovaires polykystiques, elle s'est déroulée au sein du cabinet privé « clinique de l'Éveil psychologique. » En raison de la disponibilité limitée des patientes et du temps requis pour l'administration du Rorschach, nous avons travaillé qu'avec deux cas. Notre recherche à permet d'explorer les liens complexes entre l'esprit et le corps offrant un aperçu précieux des expériences vécu par les patientes souffrent de ces troubles.

6. Conditions d'inclusion des cas dans le groupe de recherche:

- L'âge de la patiente soit adulte (entre 18 à 45 ans);
- Que la femme soit en âge de procréation;
- Que la femme soit diagnostiquée SOPK;
- L'absence de troubles psychiatriques sévères diagnostiqués.
- L'absence d'handicap sévère.

7. Caractéristiques du groupe d'étude :**Tableau N° 1 : Caractéristiques du groupe d'étude**

Cas	Âge	Niveau d'éducation	Situation professionnelle	Situation matrimoniale	Nombre d'enfants
Nadjet	44 ans	Licence	Couturière	Mariée	03
Sarah	33 ans	Master 02	Enseignante	Mariée	00

8. Le déroulement de la pratique:

Lors de cette étude nous avons constaté que peu de femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) consultent un psychologue clinicien. La majorité d'entre elles privilégient un suivi médical, axé sur les aspects hormonaux et métaboliques de la maladie, négligeant souvent la prise en charge psychosomatique. Cette réalité a limité le nombre de cas disponibles pour notre recherche.

Malgré cette contrainte, nous avons pu travailler avec deux participantes qui ont accepté de partager leur expérience. Grâce à des entretiens cliniques approfondis et le test Projectifs Rorschach nous avons recueillie des données essentielles pour comprendre la qualité du fonctionnement psychosomatiques chez ces femmes.

La théorie psychosomatique intégrative joue un rôle important dans la compréhension de la fragilité psychique des femmes atteintes du SOPK, Les échanges ont permis d'explorer

leur vécu émotionnel, leur perception de la maladie ainsi que les manifestations psychosomatiques associées et la pratique s'est bien passé avec les patientes .

La rencontre avec les patientes s'est déroulée dans un cadre respectueux et bienveillant garantissant aux participantes un espace d'expression sécurisé. Chaque entretien à été mené dans le respect des principes déontologiques de la psychologie clinique, notamment la confidentialité, le non-jugement et l'écoute empathique.

Bien entendu en veillant sur le consentement éclairé de chaque femme.

9. Analyse des techniques utilisées:

9.1 Analyse des données de l'entretien:

Dans notre recherche nous avons procédé à l'analyse des entretiens cliniques semi-directif en nous basant sur le contenu des réponses fournies par chaque patiente de manière individuelle. L'objectif principal est d'examiner leur vécu subjectif du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) et de comprendre comment cette pathologie s'articule avec leur fonctionnement psychique. Afin de structurer cette analyse nous avons mobilisés le cadre théorique de la psychosomatique intégrative, en nous appuyant notamment sur l'étude développée par Jean Benjamin Stora.

En croisant les données issues des entretiens avec les réponses proposés par la grille d'évaluation psychosomatique, nous cherchons à mettre en évidence les processus psychiques impliqués dans l'expression corporels de la maladie.

L'entretien semi-directif en tant qu'outil qualitatif, permet de recueillir des éléments riches sur la perception de la maladie, le rapport au corps l'expression émotionnel et les stratégies d'adaptation. Chaque entretien a été analysé séparément afin de respecter la singularité du vécu de chaque patiente.

9.2 L'analyse du protocole Rorschach:

Le test de Rorschach est une épreuve projective qui permet d'évaluer la dynamique psychique du sujet en analysant ses réponses face à des tâches d'encre ambiguës. Il est particulièrement utile dans le cadre de l'exploration des processus inconscients et des mécanismes de défense impliquées dans les troubles psychosomatique.

9.2.1 Pourquoi utiliser le Rorschach dans le cadre du SOPK ?

Le test de Rorschach permet d'explorer l'angoisse et les conflits psychiques sous-jacents. Dans le cas du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), qui est une pathologie chronique, les femmes concernées peuvent développer des angoisses liées à l'avenir, à leur féminité et à la maternité. Le Rorschach offre également la possibilité d'identifier les mécanismes de défense mobilisés pour faire face à leur désir, à la rationalisation ou au clivage.

Enfin, ce test projectif permet d'analyser le rapport au corps, à travers des réponses qui peuvent révéler une dissociation ou, au contraire, un hyper-investissement corporel -deux dynamiques fréquemment observées dans les troubles psychosomatiques en général (Stora 1999), et notamment dans le cadre du SOPK. Ces manifestations psychiques autour du corps traduisent souvent une difficulté d'intégration corporelle et symbolique, que le Rorschach peut mettre en lumière par l'intermédiaire des réponses formelles et du contenu des perceptions (Chabert, 1989).

Certains indicateurs du Rorschach sont particulièrement pertinents en psychosomatique intégrative:

- Les réponses corporelles (morphologie, parties du corps) permettent d'évaluer le rapport au corps, un excès de réponses de type anatomique peut indiquer une focalisation excessive sur les symptômes physiques.
- Les réponses couleurs: peuvent renseigner sur la gestion des affects. Une absence de réponses chromatiques peut être le signe d'un fonctionnement opératoire, caractéristique de certains patients somatique.
- Le contrôle perceptif et la qualité formelle permet de comprendre la cohérence du fonctionnement psychique et l'éventuelle présence d'un déficit dans la mentalisation

9.3 Présentation de la grille d'évaluation du risque psychosomatique:

Stora a mis en place depuis 1993 une consultation psychosomatique à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière où il lui semblait indispensable de repenser ce qu'est la psychosomatique fondée par Pierre Marty en intégrant la dimension médicale et neurosciences qui concernent

selon lui les interrelations complexe de tous les niveaux de l'organisme. Cette grille prend en considération les points suivants:

- La part de la contribution du système psychique aux maladies somatiques varie selon l'histoire personnelle de l'individu, sa composition héréditaire, l'histoire de diverses maladies et les diverses situations familiales et professionnels auxquelles l'individu est confronté.
- Pour construire cette grille Stora s'est appuyé sur l'observation et le travail permanent avec des spécialistes en neurosciences et d'autres médecins spécialisés en tenant compte de la complémentarité qui existe entre les cinq systèmes (le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire, le système génétique et le système psychique.)
- La grille de l'évaluation de la santé et du risque psychosomatique présente tous les indicateurs du fonctionnement psychique des patientes en relation avec le vécu de leur maladie (voire annexe 03)

10. validité et fiabilité des outils utilisés:

En termes de normes, il s'agit d'un guide à portée générale, non influencé directement par des spécificités culturelles. Bien que les dispositions ayant permis son élaboration aient été initialement appliquées dans le contexte de la société française, la majorité des cas étudiés par Stora, comme il le précise lui-même, concernent en réalité des personnes originaires du Maghreb.

Ainsi, bien que nous ayons conscience que les critères sur lesquels Stora s'est appuyé sont ancrés dans le contexte français, nous les adoptons dans notre travail. À l'instar du DSM ou d'autres manuels de diagnostic, ce guide nous permet de poser un cadre d'évaluation, de poser des hypothèses diagnostiques et de suivre l'évolution des cas. Les enjeux sous-jacents sont d'ordre humanitaire et, après examen, les données utilisées s'avèrent non spécifiques culturellement : elles s'appuient sur des éléments cliniques généraux. Il nous a donc semblé pertinent de les intégrer à notre recherche.

Par ailleurs, la Pr. Ikardouchene Bali Zahia a mené une recherche durant les années 2014 et 2015, dans le cadre de la préparation d'un diplôme universitaire en psychosomatique intégrative à la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie (Université Paris 6). Elle s'est appuyée sur la grille d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique pour étudier un groupe de 17 femmes enceintes. L'objectif de son travail était de comparer les résultats issus

de cette grille avec l'évolution et l'issue de la grossesse, depuis les premières semaines jusqu'à l'accouchement et l'accueil du bébé, en tenant compte du niveau de risque (normal, moyen ou élevé).

Les résultats de son étude ont montré que cette grille constitue un outil précieux pour anticiper l'issue de la grossesse, quel que soit le niveau de risque identifié. Elle a également mis en évidence la capacité de la grille à prédire la manière dont la mère allait accueillir son enfant après la naissance. Plus les perturbations psychiques identifiées étaient importantes, plus il semblait difficile pour la mère d'investir la relation avec son bébé de manière adaptée.

Nous tenons à préciser que, dans notre utilisation de la grille d'évaluation, nous avons adopté une approche dynamique, considérant que chaque situation clinique est singulière. Ainsi, notre application de cette grille ne s'est pas faite de manière rigide ou mécanique. Le chapitre suivant, consacré à la présentation et à l'analyse des résultats, illustrera ce souci constant de souplesse et d'adaptation, qui a guidé notre démarche tout au long de l'étude.

Résumé du chapitre :

Dans ce chapitre nous avons traité un certain nombre de données nécessaires pour mettre en lumière l'approche qu'on avait utilisé dans notre recherche, ainsi que les méthodes et techniques que nous avons suivies. D'autres parts nous avons présenté le groupe d'étude et ses caractéristiques, ainsi que les conditions de réalisation de notre recherche.

Chapitre 5 :

Analyse des

données

Introduction

Dans ce chapitre, nous nous concentrerons sur l'analyse approfondie des données recueillies auprès de deux patientes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques. Ces deux cas, dont les caractéristiques ont été préalablement présentées dans le tableau n°1, feront l'objet d'une étude détaillée.

L'analyse s'appuiera sur deux outils principaux : l'entretien clinique semi-directif et le test projectif de Rorschach. À travers ces méthodes, nous chercherons à évaluer l'état de santé psychique des patientes ainsi que les éventuels risques psychosomatiques auxquels elles peuvent être exposées. Cette approche croisée vise à mieux comprendre les dynamiques psychiques propres à chaque situation, et à identifier les facteurs susceptibles d'influencer leur fonctionnement psychosomatique.

Nous nous attacherons à présenter chaque cas de manière détaillée, en nous appuyant sur les informations disponibles issus des entretiens cliniques. Il convient de souligner que pour mieux mener une investigation approfondie, il est généralement recommandé de réaliser plusieurs rencontres avec les patientes. Cette démarche permet d'obtenir des données plus riches et plus précises, favorise ainsi une meilleure compréhension de leur vécu psychique et de leurs éventuelles vulnérabilités psychosomatiques.

1. Cas de Nadjat : 44ans**1.1 Présentation et analyse du cas Nadjat :**

Niveaux scolaires : Licence en sociologie

Situation matrimoniale : Marié

Nombre de frères : 06

Nombre de sœurs : 01

Nombre d'enfants : 03

Fonction : couturière

Récit de Nadjat : entre souffrance physique, rejet conjugal et lutte quotidienne

Nadjat est une femme de 44 ans, couturière spécialisée en broderie, titulaire d'une licence en sociologie. Nous l'avons rencontrée à la clinique, où elle s'était présentée dans le but de

trouver une solution à la dépression et au stress qu'elle traversait récemment. Lors de l'entretien, elle paraissait quelque peu perturbée, son apparence vestimentaire était négligée, et son mode de communication se caractérisait par une froideur marquée.

La première rencontre a eu lieu au sein du cabinet « La Clinique de l'Éveil Psychologique », où elle bénéficiait d'un suivi psychologique suite à un épisode dépressif, tel qu'elle l'a rapporté. Elle a accepté de participer à notre recherche avec enthousiasme.

Nadjet nous a confié être mariée depuis 18 ans avec celui qu'elle considère comme l'amour de sa vie, après avoir surmonté de nombreuses difficultés pour vivre cette union. Ensemble, ils ont eu trois enfants (deux garçons et une fille), après un parcours de soins pour infertilité liée au syndrome des ovaires polykystiques (SOPK).

Concernant son histoire personnelle, Nadjet a évoqué une enfance marquée par la précarité. Son père, alors émigré en France, était absent, et elle a grandi dans une grande pauvreté aux côtés de ses six frères, souvent agressifs à son égard. Elle a raconté qu'ils lui avaient interdit d'aller à l'école, d'autant plus qu'elle vivait dans une région montagneuse où la scolarisation des filles était très difficile à l'époque. Malgré ces obstacles, elle a pu poursuivre ses études jusqu'à l'université.

Nadjet est née à domicile, par accouchement naturel, et a été allaitée naturellement. Pendant la grossesse, sa mère devait assumer seule toutes les responsabilités du foyer en raison de l'absence du père, allant jusqu'à travailler la terre pour subvenir aux besoins de la famille.

Le tournant dans sa vie, selon ses propres mots, s'est produit lors du retour définitif de son père de France. La famille a alors déménagé en ville, ce qui lui a permis de commencer des études universitaires. C'est à cette période qu'elle a rencontré son futur mari. Elle raconte : « J'ai rencontré quelqu'un d'Abou et on s'est beaucoup aimés, mais mes frères étaient farouchement opposés à cette relation. Ils me frappaient presque tous les jours et voulaient que j'abandonne mes études. » Finalement, son compagnon a demandé officiellement sa main, et ils ont pu se marier malgré l'opposition familiale. Aujourd'hui, elle affirme que chacun de ses frères est marié et a fondé son propre foyer. Elle mentionne également avoir une demi-sœur, également mariée.

Nadjet se décrit comme ayant toujours été appréciée dans l'entourage de son père et par les gens de son quartier, en raison de son caractère souriant, sociable et de ses nombreuses amies rencontrées à l'université, avec qui elle garde toujours contact.

Récemment, son mari, employé chez Sonatrach, lui a interdit de travailler à l'extérieur. Il lui a néanmoins ouvert un petit atelier de couture près de leur domicile, afin qu'elle puisse continuer à exercer son métier tout en restant proche de son foyer et de ses enfants.

Concernant sa puberté, Nadjat a eu ses premières menstruations à l'âge de 18 ans. Elle a évoqué un refus initial de cette réalité, et une angoisse importante liée à la peur de ne jamais pouvoir avoir d'enfants, ce qui, selon elle, aurait pu entraîner un divorce. Elle a insisté sur le fait que le SOPK avait fortement perturbé sa vie, en raison de ses nombreux symptômes et de l'absence de traitement curatif.

Elle a été profondément affectée par une pilosité excessive. Elle nous dit : « J'avais des poils sur tout le corps, ça m'a rendue moche... Mon mari ne me voulait plus. Il me disait que je ressemblais à un homme, malgré les séances d'épilation au laser chez un dermatologue. Les poils ne partaient pas. À cause de ça, je déteste me regarder dans un miroir. »

Avant même son mariage, elle avait remarqué une pilosité importante sur l'ensemble de son corps, y compris sur les seins et le visage. Cette situation lui a causé un fort complexe et une grande timidité, surtout à l'approche de son mariage. C'est à ce moment-là qu'elle a décidé de consulter une gynécologue et de faire les analyses nécessaires. Elle découvre alors la présence de kystes sur ses ovaires. Elle ajoute que son cycle menstruel était irrégulier, accompagné de déséquilibres hormonaux. Selon les résultats des analyses, son taux de testostérone était anormalement élevé. Elle raconte : « La gynécologue m'a expliqué que mes hormones étaient dérégées, mais que ce n'était pas quelque chose de grave. » Elle précise avoir souffert d'une stérilité pendant cinq ans, avant de pouvoir avoir des enfants grâce à plusieurs interventions chirurgicales.

Concernant son sommeil, Nadjat affirme qu'il est perturbé, marqué par des cauchemars et des rêves angoissants : « Parfois, les jinns m'étranglent pendant mon sommeil. Je dors mal, je fais sans cesse des cauchemars. Je vois des chiens, des serpents... Mais jamais de rêves en lien avec ma maladie. » Elle relie ces cauchemars à son état psychologique actuel : « Je dors avec un stress intense. J'ai peur que mon mari me quitte un jour. Je sens qu'il ne me désire plus comme avant, au vu de ses paroles et de son comportement. Heureusement, la prière m'aide beaucoup. Quand je ne me sens pas bien, je prie, et ça me soulage. »

Lorsqu'on l'interroge sur ses réactions après ces rêves, elle nous dit qu'elle garde son calme et se rassure en récitant des formules religieuses : « Quand je fais ces cauchemars, je dis juste Bismillah et Astaghfirullah, c'est tout. »

Concernant le traitement, Nadjat semble le suivre rigoureusement. Elle rapporte : « La gynécologue m’a prescrit des pilules hormonales pour réguler mon cycle, ainsi que d’autres traitements médicaux et des injections pour favoriser la fertilité. J’ai aussi consulté une dermatologue, qui m’a prescrit un traitement pour rééquilibrer mes hormones afin de réduire la pilosité causée par le syndrome des ovaires polykystiques». Elle précise même le rythme de sa prise médicamenteuse: «Je prends deux capsules, une après les repas, et la pilule à 22h, avant de dormir.» Concernant son régime alimentaire, Nadjat suit les recommandations d’un nutritionniste : « L’année dernière, il m’a dit d’arrêter tout ce qui est sucré, sinon je risque un diabète de type 2. J’ai donc arrêté les gâteaux, les pâtes, les glaces. Maintenant, je privilégie les fruits et les légumes. »

Nadjat confie ne pas bien gérer le stress : «Je me stresse énormément, au point de frapper mes enfants, surtout à cause de la pression du travail.»

Elle ajoute qu’elle se sent souvent triste, anxieuse, et envahie par des pensées négatives: «Je pense tout le temps... Si mon mari me demande le divorce, comment vais-je vivre chez mes frères ? Et quand je stresse trop, des boutons apparaissent sur mon visage et mon dos, et mes cheveux tombent.». Elle a traversé des événements particulièrement traumatisants. Elle évoque une dispute avec son beau-père au sujet de pratiques religieuses, qui a conduit son mari à la chasser du domicile avec son bébé de 8 mois: «Mon beau-père ne prie pas, il ne jeûne pas. Il entrait chez moi sans prévenir, alors que c’est interdit. Un jour, je lui ai dit ce que j’en pensais. Il s’est plaint à mon mari qui, à son retour, m’a mise dehors avec mon bébé. Et mes frères ont refusé de m’ouvrir la porte. Ma mère insistait pour que je retourne chez mon mari. Après cinq mois, c’est moi qui ai appelé mon mari pour lui demander pardon, alors que je n’avais rien fait de mal.»

Elle a également traversé une période dépressive lors de la pandémie de COVID-19 : « En 2020, j’ai fermé mon atelier à cause du confinement. Je n’avais presque plus de commandes. Je ne mangeais plus, je ne dormais plus, je pleurais sans arrêt, sans savoir pourquoi. Heureusement, mon mari m’a soutenue à ce moment-là. »

Actuellement, Nadjat se sent épuisée : « Je suis un peu perturbée. Mon programme est trop chargé entre les enfants, le foyer, la couture... Je ressens beaucoup de pression, surtout avec les études de mes enfants. Mon fils passe le BEM cette année. » Sa relation avec son mari est marquée par la distance, son absence professionnelle, et un manque de soutien: «Quand il

travaillait à Hassi Messaoud, il restait avec nous 20 jours après un mois d'absence. J'avais l'impression de vivre seule. C'est moi qui assumais tout. C'est difficile».

Elle ressent aussi un rejet de sa part, en lien avec les effets physiques du syndrome: «Il m'a insultée plusieurs fois. Il m'a dit que j'avais une barbe comme lui, que je ne suis pas comme les autres femmes. Et il le dit devant tout le monde. Franchement, ça me dégoûte».

Tableau N° 2 synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques, du cas Nadjjet, avec commentaires :

Commentaire	Événements de vie	Date ou âge	Troubles somatiques
L'absence de son père à engendrer plusieurs conflits et déséquilibres dans le système familial	Naissance de Nadjjet ayant, elle a grandi dans une famille très sévère et pauvre, elle vivait à la montagne avec ses 06 frères	1981	
	Elle a eu son bac et a commencer à rencontrer quelqu'un à l'université aussi elle a eu des difficultés pour pouvoir suivre ses études à l'université	à l'âge de 20 ans	
	L'agressivité de ses frères envers elle en raison de sa relation avec l'amour de sa vie	À l'âge de 21 ans	
Sa vie a commencé à changer petit à petit	Le retour de son père en Algérie et leur déménagement en ville	À l'âge de 22 ans	
L'image corporelle	Son mariage avec	À l'âge de 23 ans	Elle a

joue un rôle important	l'homme qu'elle a choisis après une longue souffrance		commencé à remarquer des changements dans son corps ce qui l'a pousser à consulter une gynécologue et à diagnostiquer sa maladie
	La naissance de son premier enfant	27 ans	
Les sentiments de son mari ont changé envers elle à cause de son image corporelle due aux syndromes des ovaires polykystiques.	Le début de ses problèmes avec son époux concernant son corps	33 ans	
	Décide d'aller consulter un spécialiste pour traiter son cas sachant qu'elle a déjà consulté une gynécologue avant son mariage pour traiter la fertilité mais pas autres choses	35 ans	Consulter une gynécologue, une dermatologue pour trouver une solution pour la pilosité, et un nutritionniste pour lui inscrire un régime alimentaire.
La pression et le stress qu'elle a vécu peuvent aggraver sa situation.	sa dispute avec son beau-père et les menaces du divorce	En 2016	

	de son mari. le refus de ses frères et sa mère de lui offrir un soutien.		
Le soutien conjugal seul n'est pas suffisant pour sortir d'une dépression sévère, il lui fallait une consultation.	Une dépression sévère due à sa santé et sa maladie malgré le soutien de son mari.	2020	La fermeture de son atelier. Le refus de sortir de chez elle. Des vomissements sans causes organiques. L'insomnie. L'abandon de son foyer.

1.1.1 Analyse des données de l'entretien :

Nadjet présente un tableau complexe mêlant troubles somatiques, souffrance psychique, aliénation conjugale et désinvestissement de soi, dans un contexte de domination masculine, de culpabilité intériorisée et de résignation socialement construite.

- **Le corps comme lieu d'inscription du conflit psychique**

Son syndrome des ovaires polykystiques, les douleurs lors des rapports sexuels, la sécheresse vaginale et son rapport problématique à l'image corporelle (poils sur le visage, perte de l'estime de soi) signalent que son corps de femme est devenu le théâtre d'un conflit latent. Ce corps semble « se fermer », refusant d'être disponible, comme une défense contre un vécu invasif, non désiré, voire violent. L'érotisation du corps est absente, remplacée par une perception fonctionnelle et douloureuse de la sexualité.

Le symptôme somatique ici -la sécheresse, la douleur- peut être lu comme une conversion partielle ou une défense somatisante face à une sexualité vécue sans désir, mais comme un devoir conjugal, sous contrainte.

- **Une sexualité dissociée, soumise et désinvestie**

Nadjet exprime clairement une rupture entre le désir et l'acte sexuel: elle s'efface, consent à l'acte sans y être investie, tentant de « faire plaisir » à son mari. Cela suggère un désengagement de son propre plaisir, possiblement lié à des représentations intériorisées de la femme soumise, et à un refoulement du désir devenu source de conflit. On peut évoquer ici la position dépressive (Klein), dans laquelle le sujet tente de maintenir un semblant de lien avec l'autre (le mari) en s'oubliant elle-même, quitte à s'épuiser ou à souffrir.

- **Une image de soi dégradée: honte, retrait et persécution :**

La transformation de son corps, notamment la pilosité faciale, génère un sentiment de honte si intense qu'il altère ses capacités relationnelles. Le regard du mari, fait d'insultes et de comparaisons blessantes, est introjecté comme surmoi persécuteur. Ce surmoi attaque non seulement le désir, mais aussi la féminité elle-même. Nadjet semble se dé-subjectiver : elle n'est plus que ce que l'autre voit d'elle, sans avoir les moyens de réaffirmer une image positive d'elle-même. Cette attaque narcissique renforce la perte d'estime de soi et peut expliquer un retrait de la vie sociale et affective.

- **Aliénation au rôle imposé et déplacement du désir dans le travail :**

Le renoncement à son métier d'enseignante au profit d'un rôle professionnel imposé par son mari signe une castration symbolique: elle perd une partie d'elle-même, une identité valorisante, pour se plier à un modèle conjugal de femme disponible, utile, mais non désirante. Ce déplacement contraint crée une tension psychique entre ses désirs propres et les exigences de son environnement conjugal et social. L'atelier de couture, bien que source de reconnaissance extérieure, est aussi le rappel d'une liberté confisquée.

- **Un moi fatigué, débordé, mais encore vivant**

La surcharge des responsabilités, les efforts pour préserver sa santé, sa discipline alimentaire et physique témoignent malgré tout d'un moi actif, qui tente de résister, de se réorganiser, voire de reconquérir une forme de contrôle sur la vie quotidienne. Le recours à la nièce (pour l'aide ménagère) est un signe de demande d'aide, de non-renoncement total, qui témoigne d'une certaine résilience.

- **L'alliance thérapeutique comme première ouverture**

La remarque finale de Nadjat : « *Je ne sais pas pourquoi je me sentais à l'aise avec vous* » est à souligner. Elle marque l'émergence d'un espace potentiel de subjectivation, une mise en mots du refoulé, dans un cadre suffisamment contenant pour que le moi puisse s'autoriser à exister autrement que dans l'effacement.

Nadjat présente un état de souffrance psychique chronique, dont l'expression se fait à travers des troubles somato-psychiques, un désinvestissement sexuel, et un sentiment d'effondrement narcissique. Son état est fortement corrélé à un environnement conjugal aliénant, à des exigences sociales dominantes, et à l'absence de soutien affectif et symbolique.

Le pronostic est réservé mais non fermé: elle dispose de capacités adaptatives encore fonctionnelles, d'un moi organisé malgré l'épuisement, et elle a montré une capacité à entrer en lien avec le clinicien.

- **Axes d'intervention recommandés:**

Thérapie individuelle à médiation verbale ou corporelle. Thérapie psychosomatique intégrative pour réparer la fragilité du moi chez Nadjat.

1.1.3 Évaluation du risque psychosomatique, selon la grille de Jean Benjamin Stora:

Processus et mécanismes psychiques, points de fixation, manifestations caractérielles et activités sublimatoires

- **Prévalence des comportements**
- **Capacité d'expression des affects**
- **Risques liés à l'environnement**

Axe n°1 . Relation d'objet

Nadjat semble évoluer dans une relation d'objet de type prégénital (152). L'image maternelle qu'elle a intériorisée associe simultanément des aspects bons et mauvais, ce qui témoigne d'un objet partiel non intégré. Elle évoque une mère stricte, mais également dévouée, ayant beaucoup souffert pour élever ses enfants en l'absence prolongée du père, parti travailler en France, et ayant vécu comme un abandon (468).

Concernant l'épaisseur du préconscient, Nadjat manifeste une certaine capacité à relier passé et présent. Toutefois, malgré notre insistance sur son histoire infantile, elle semble présenter un accès restreint à ses souvenirs précoces. Les informations qu'elle fournit sont

souvent floues, marquées par des banalités défensives. À mesure que les entretiens ont avancé, des éléments plus significatifs sont apparus: elle a notamment révélé avoir subi l'agressivité de ses frères, en contexte d'absence paternelle, bien qu'elle soit fille unique. Cette expérience semble avoir généré un profond sentiment d'insécurité, renforcé par l'idée récurrente selon laquelle la présence du père aurait permis une vie meilleure. Cette configuration a probablement entravé la constitution d'un objet total.

Nadjet ne semble pas avoir accédé à la position dépressive, étape pourtant essentielle dans l'intégration psychique de l'objet et dans la capacité de s'en détacher affectivement. Ce déficit d'élaboration nuit à l'acquisition d'une autonomie affective et complique l'établissement de relations interpersonnelles saines et équilibrées (469). Elle ne semble pas avoir connu la phase de fusion primitive, propre aux premiers instants de la vie psychique, bien qu'elle manifeste une forte dépendance à l'égard de son entourage -en particulier sa famille et son mari. On peut supposer qu'une séparation d'avec l'objet a bien eu lieu, mais sans déboucher sur une véritable autonomie psychique.

Cette dépendance marquée suggère que l'objet interne n'a pas été suffisamment structuré. Nadjet semble ainsi chercher à combler ce manque en investissant des objets extérieurs. Ce besoin de dépendance imprègne son quotidien : elle privilégie le travail à la vie domestique, cherchant sans doute dans l'activité une forme de régulation interne.

Sur le plan pulsionnel, Nadjet présente une tendance masochique manifeste, marquée par une inhibition complète de ses pulsions agressives. Les liens entre perceptions et affects apparaissent faibles ; des lacunes importantes dans la régulation préconsciente sont observables, traduisant des altérations tant qualitatives que quantitatives des perceptions psychiques, ainsi qu'une dissociation de leurs connotations affectives. Ces carences peuvent être reliées à un soutien émotionnel maternel soit excessif, soit défaillant.

On peut ainsi supposer que l'absence du père et la pauvreté extrême durant l'enfance ont affaibli le holding primaire, rendant Nadjet partiellement indisponible sur le plan psychique. Elle parle d'une enfance marquée par des conditions modestes, mais reste évasive sur sa relation avec ses frères, sa demi-sœur et sa mère, qu'elle mentionne sans approfondir. À la fin de l'adolescence, elle rapporte une période d'angoisse marquée (141), avec un stress intense lié à la peur de ses frères.

Après l'obtention de son diplôme, elle ne parvient pas à revoir celui qu'elle identifie comme «l'amour de sa vie». Cet événement semble avoir amorcé un processus de désorganisation narcissique (172), contribuant à l'émergence de troubles somatiques.

Nadjet présente une grande vulnérabilité face aux événements de vie, adoptant le plus souvent une posture passive. Elle exprime ses conflits internes sous forme de somatisations préoccupantes. Selon l'approche de Stora, lorsque les ressources corporelles ne permettent plus de contenir l'excitation psychique, le corps devient le lieu de décharge. Chez Nadjet, les traumatismes répétés ont probablement produit une accumulation d'excitation non métabolisée, que le système psychique n'a pas pu transformer. Cette surcharge émotionnelle a été prise en charge par le système nerveux central, puis dérivée sur le corps, entraînant divers symptômes (469).

Nadjet présente notamment des troubles digestifs et des épisodes d'insomnie, interprétables comme des manifestations d'un déplacement de la culpabilité vers la sphère orale. Par ailleurs, elle souffre d'un syndrome des ovaires polykystiques, une pathologie qui engage directement son identité féminine. Ces symptômes peuvent être lus comme l'expression d'un masochisme destructeur, traduisant une désorganisation progressive de ses pulsions.

Sans prise en charge thérapeutique adaptée ni transformation de son environnement familial et affectif, cette dynamique risque de s'aggraver, menaçant l'équilibre global de son appareil psychique. Les observations cliniques issues de l'analyse de la relation d'objet de Nadjet peuvent trouver un écho fécond dans les avancées récentes des neurosciences affectives, notamment dans les travaux d'Antonio Damasio, Jaak Panksepp, et Bessel van der Kolk. Le modèle proposé par Jean-Benjamin Stora postule qu'un stress psychique non métabolisé peut passer dans le cerveau, puis se décharger dans le corps si aucune élaboration psychique ou décharge comportementale n'est possible (Stora, 2007). Cette perspective trouve un ancrage neurobiologique dans la théorie des marqueurs somatiques proposée par Damasio, selon laquelle les émotions sont encodées dans le corps et participent à la prise de décision via des circuits reliant le cortex préfrontal ventromédian, l'insula et le système limbique (Damasio, 1994 ; 1999).

Chez Nadjet, les carences affectives précoces et les traumatismes familiaux semblent avoir perturbé la maturation des circuits de régulation émotionnelle, ce que corroborent les travaux de Panksepp sur les systèmes émotionnels de base (SEEKING, FEAR, CARE,

PANIC.GRIEF) situés dans le tronc cérébral et le système limbique (Panksepp, 1998), et sur leur rôle fondamental dans la construction de la subjectivité.

Les troubles digestifs et les désordres hormonaux (syndrome des ovaires polykystiques) peuvent être mis en relation avec des perturbations chroniques de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), dont l'hyperactivation liée au stress entraîne des effets somatiques durables (Sapolsky, 2004).

Les troubles digestifs et hormonaux observés chez Nadjat peuvent être compris à la lumière de la neuroendocrinologie du stress, en particulier du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS).

- **Rappel du fonctionnement de l'axe HHS**

Face à un stress perçu (physique ou psychique), l'hypothalamus libère une hormone appelée CRH (Corticotropin-Releasing Hormone), qui stimule l'hypophyse à produire de l'ACTH (Adrenocorticotropin Hormone). Cette dernière agit sur les glandes surrénales, qui libèrent alors du cortisol, l'hormone majeure du stress.

Le cortisol a plusieurs fonctions utiles à court terme : il mobilise l'énergie, inhibe l'inflammation, et prépare l'organisme à fuir ou lutter. Mais lorsque le stress devient chronique, ce système s'emballe et engendre des effets délétères sur de nombreux systèmes organiques.

- **Conséquences digestives :** Le système digestif est directement affecté par une hyperactivation prolongée de l'axe HHS :

- Le cortisol inhibe la digestion et ralentit la motilité intestinale, ce qui peut entraîner constipation, douleurs abdominales ou ballonnements.
- Il modifie la perméabilité intestinale, contribuant à ce qu'on appelle parfois le "leaky gut" (intestin perméable), favorisant l'inflammation.
- Le stress chronique perturbe l'équilibre du système nerveux entérique (le "deuxième cerveau"), influençant la sécrétion d'enzymes digestives et les contractions du tube digestif.
- Il altère la microbiote intestinale, qui joue un rôle important dans la régulation émotionnelle (axe intestin-cerveau), augmentant la vulnérabilité aux troubles digestifs psychosomatiques comme le syndrome du côlon irritable.

- Chez Nadjat, les troubles digestifs récurrents peuvent être compris comme le reflet d'une tension psychique non élaborée, redirigée vers l'axe digestif.
- Lien entre stress et syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)
- Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est une pathologie endocrinienne complexe, souvent marquée par une hyperandrogénie, une dysovulation et une résistance à l'insuline.
- Plusieurs études ont mis en évidence l'impact du stress chronique sur l'apparition et l'aggravation du SOPK :
- Le cortisol, produit en excès, interfère avec les hormones reproductives (notamment la LH et la FSH), perturbant l'ovulation.
- Le stress active le système sympathique, augmentant la sécrétion d'androgènes surrénaliens (DHEA, androstènedione), exacerbant l'hyperandrogénie.
- Le stress chronique est souvent associé à des troubles du sommeil, de l'humeur et à une alimentation émotionnelle (grignotages sucrés), ce qui aggrave l'insulinorésistance, un facteur central du SOPK.
- Le SOPK chez Nadjat peut donc être vu, non seulement comme une atteinte biologique isolée, mais aussi comme l'expression corporelle d'un stress chronique non élaboré, enraciné dans un vécu de carence affective, d'insécurité psychique, et de conflits intrapsychiques non symbolisés.
- Enfin, les travaux de van der Kolk sur les effets des traumatismes précoces (van der Kolk, 2014) montrent que lorsque les événements traumatiques ne sont pas suffisamment symbolisés, ils peuvent être «encodés» dans le corps sous forme de troubles somatiques, affectifs ou comportementaux : « the body keeps the score ». Nadjat illustre bien ce processus, dans lequel le manque de mots pour dire la douleur psychique se traduit par des symptômes corporels persistants.
- Carences précoces et fragilité structurelle du système digestif et hormonal (selon Stora)
- Dans la perspective de Jean-Benjamin Stora, les atteintes somatiques ne sont pas uniquement la conséquence d'un stress chronique qui viendrait perturber un organisme sain. Elles sont souvent préparées par une fragilité constitutionnelle du système biologique concerné -fragilité elle-même liée à une histoire psychique et relationnelle précoce.

- Stora insiste sur le fait que certaines fonctions biologiques (comme les fonctions digestives, immunitaires, endocriniennes) ne se développent pleinement que dans le cadre d'un environnement affectif contenant. En d'autres termes, le système nerveux central, le tube digestif, les glandes endocrines sont des structures en maturation, qui s'achèvent dans l'interaction avec l'environnement, et en particulier avec la mère ou la figure de soin primaire.

- **Développement psychobiologique dépendant du lien :** «Ce qui n'est pas symbolisé s'inscrit dans le corps.» (Stora)

Lorsque la mère est absente psychiquement (dépression, dissociation, stress intense, désengagement affectif), le nourrisson ne trouve ni miroir émotionnel ni régulation affective suffisante. Le stress ou l'angoisse du nourrisson ne peut pas être transformé en représentation psychique: il reste à l'état brut, non mentalisé. Ce stress brut affecte les organes en cours de développement, en particulier l'appareil digestif, le système neurovégétatif, et les glandes hormonales, qui sont immatures et vulnérables.

- **Marque épigénétique et terrain vulnérable :**

Ce stress précoce laisse des traces neurobiologiques durables, par le biais de :

- Altérations du tonus vagal (axe parasympathique), souvent observées chez les enfants ayant connu des carences précoces.
- Dérèglements durables de l'axe HHS, rendant l'individu hypersensible au stress tout au long de sa vie.
- Modifications épigénétiques sur les gènes impliqués dans la régulation du cortisol, de l'insuline ou des hormones sexuelles.
- Cela crée une organisation psychosomatique particulière, marquée par une fragilité de certaines fonctions (digestives, hormonales, immunitaires), qui seront les points de moindre résistance en cas de surcharge psychique ultérieure.

- **Application au cas de Nadjet**

Chez Nadjet, les troubles digestifs et le syndrome des ovaires polykystiques ne sont donc pas à interpréter comme de simples réactions au stress adulte, mais comme l'activation, à l'occasion d'un événement déstabilisant, d'un terrain de vulnérabilité installé très précocement. Ce terrain peut être lié:

- à une carence de maternage contenant (p. ex. une mère froide, absente ou débordée);

- à une impossibilité pour l'enfant d'utiliser l'autre pour symboliser ses tensions internes ;
- à une absence de médiation psychique entre l'excitation et le corps, rendant les organes eux-mêmes lieux de décharge.

Ces détails nous permettent de comprendre pourquoi, chez Nadjat, le corps réagit de manière disproportionnée à des tensions psychiques, et pourquoi son système digestif et le système hormonal féminin sont particulièrement impliqués dans la somatisation.

Axe 1B – États psychiques et événements de vie personnels

Nadjat semble porter un poids psychique considérable, lié à une accumulation de tensions affectives et de choix imposés dans un environnement où elle dispose de peu de marge de manœuvre personnelle. L'absence de son père, les violences psychologiques et physiques de ses frères, ainsi que les menaces de rejet formulées par son mari, en particulier autour de ses symptômes liés au syndrome des ovaires polykystiques, ont participé à désorganiser son équilibre émotionnel. En l'absence d'un soutien familial stable, elle se retrouve seule, dans une posture d'abandon affectif et de vulnérabilité croissante.

Dès l'entretien, on perçoit chez Nadjat une position subjective marquée par l'impuissance, voire par un désinvestissement de ses propres choix de vie. Son insertion dans un cadre traditionnel patriarcal rigide limite fortement ses possibilités d'expression personnelle et contribue à renforcer une posture de soumission intériorisée.

Un traumatisme important (146), survenu à la fin de l'adolescence, a constitué une rupture majeure: l'agressivité de ses frères, dans un contexte d'isolement affectif, a laissé des traces durables sur son économie psychique. Le stress généré par cette violence familiale est resté non élaboré symboliquement, et s'est réactualisé récemment dans la relation conjugale, avec un mari exerçant une pression culpabilisante sur sa féminité et sa fertilité. Ce climat affectif répressif a probablement entravé le traitement psychique de l'excitation traumatique, ce qui a favorisé une voie de somatisation.

Nadjat évoque ces événements douloureux avec un ton détaché, voire banalisant, sans mobiliser une expression affective directe ni d'élaboration de l'agressivité. Cette neutralisation apparente (axe 1D) interroge : elle suggère la présence d'un refoulement massif des motions pulsionnelles, notamment de l'agressivité, susceptible de se réinvestir dans le corps, en particulier lors de périodes de tension ou de surcharge émotionnelle.

Bien que Nadjat s'implique dans certaines activités comme le sport ou les tâches domestiques, ces investissements ne semblent pas constituer de véritables médiateurs symboliques, capables de canaliser l'excès pulsionnel. Le manque de ressources symbolisantes disponibles chez elle empêche une transformation psychique suffisante, ce qui favorise l'émergence de troubles psychosomatiques en tant que voie d'expression de l'excitation non élaborée.

Ses capacités d'élaboration psychique semblent limitées, ce qui complique l'intégration de l'expérience traumatique. Faute de symbolisation, l'excitation se déplace vers le corps, qui devient le lieu de fixation de la tension psychique. Ce mécanisme correspond au schéma psychosomatique proposé par Stora :

- Le traumatisme atteint d'abord l'appareil psychique (1),
- Puis désorganise le cerveau émotionnel (2),
- Se décharge dans le comportement ou l'agir (3),
- S'il ne trouve pas d'issue, il entraîne une désorganisation des pulsions (4),
- Puis une désintégration partielle de la structure du moi (5).

Dans le cas de Nadjat, ces étapes semblent engagées, en raison d'un environnement précocement carencé, marqué par l'absence de sécurisation maternelle, le manque, la pauvreté affective et matérielle. Ce contexte a contribué à l'ancrage d'une fragilité développementale, notamment dans les systèmes digestif et hormonal (cf. Stora), préparant le terrain à des troubles durables en période de stress.

Enfin, la dynamique dissociative qu'on observe chez elle -entre l'évocation distante de souvenirs traumatiques et la souffrance corporelle actuelle- illustre une fracture entre les niveaux psychiques. Le système d'anxiété lié à la dissociation ne se limite pas aux épisodes de panique : il se manifeste également par des états dépressifs latents, traversés de sentiments de perte, de tristesse et de vide.

Axe 1C partie de fixation, régression:

Chez Nadjat, on observe une fixation marquée à la phase orale, qui se manifeste de plusieurs façons : elle accorde une importance particulière à la parole, qu'elle mobilise avec fluidité lors des entretiens, et manifeste un attachement sensoriel et affectif à la nourriture. Elle évoque avec plaisir les plats traditionnels préparés par sa belle-sœur, auxquels elle attache une valeur de réconfort, tout en maintenant une certaine vigilance hygiéno-diététique

dans le cadre d'un régime équilibré. Elle insiste également sur son goût pour les jus maison, consommés régulièrement, comme des rituels de soin de soi.

Ces éléments témoignent d'un investissement libidinal important dans les fonctions orales -alimentation, parole, ingestion- qui apparaît ici comme des vecteurs de lien et de stabilisation psychique. Il est légitime de s'interroger sur la fonction psychique de cette oralité prédominante: s'agit-il d'un mécanisme de compensation destiné à colmater un vide intérieur, à répondre à un manque d'origine archaïque, lié à des carences précoces en soins, en attention ou en contenance affective?

La nourriture, dans ce cadre, semble tenir lieu d'objet de substitution, permettant à Nadjat non seulement de se réassurer, mais aussi de marquer son existence dans un monde où ses paroles et désirs sont peu reconnus. Cette oralité pourrait ainsi remplir une fonction double : autoconservation (prendre soin de son corps, se maintenir en vie) et affirmation narcissique (exister pour soi et pour l'Autre en tant que sujet désirant). Cette fixation orale, si elle constitue une tentative d'auto-réparation, peut également être le signe d'une régression adaptative, face à un environnement peu contenant.

Dans la perspective de Stora, une régression orale peut signaler un retour à des étapes précoces de la vie psychique, lorsque l'enfant dépend totalement de l'Autre pour sa survie, son bien-être et son intégration affective. Chez Nadjat, cette régression semble se déployer dans un contexte de désorganisation du moi (étape 5 du modèle de Stora), comme repli compensatoire face à l'impossibilité d'élaborer autrement la tension pulsionnelle et affective.

Chez Nadjat, l'expression de la pulsion agressive semble massivement inhibée. Malgré les multiples situations d'injustice et de maltraitance qu'elle a subies (absence de figure paternelle soutenante, comportements violents de ses frères, culpabilisation et menaces de rejet de son mari en lien avec sa maladie), aucune revendication directe, aucune colère explicite ne se manifeste dans son discours. Elle évoque ces épisodes douloureux avec une tonalité émotionnelle étonnamment plate, presque banale, comme si le traumatisme avait été évacué hors champ de la conscience.

Ce type de réponse est typique d'un refoulement massif de l'agressivité, que Stora identifie comme l'un des mécanismes clés dans l'évolution vers la somatisation. L'énergie pulsionnelle non symbolisée -en particulier l'agressivité- ne pouvant être traitée sur le plan psychique, finit par se convertir en manifestations corporelles, souvent à l'occasion de tensions internes non verbalisées (stade 4 : désintégration des pulsions). Dans le cas de

Nadjet, on peut supposer que cette agressivité refoulée se décharge dans le corps, à travers des troubles digestifs (axe entérique) et des désordres hormonaux, qui marquent autant l'épuisement que la tentative du corps de parler à la place du sujet. Il est possible que ses symptômes soient l'expression détournée d'une pulsion agressive retournée contre soi, faute d'espace psychique pour l'adresser à l'extérieur.

Malgré son investissement dans des activités sportives et ménagères, ces décharges motrices restent insuffisantes pour canaliser l'excès d'excitation (146). Son apparente adaptabilité masque un effort constant de contrôle, qui peut fragiliser davantage son équilibre psychosomatique, surtout dans les moments de crise. Cette inhibition de la pulsion agressive, loin d'être un simple trait de caractère, semble avoir des racines profondes : éducation traditionnelle inhibitrice, absence d'un cadre protecteur permettant d'exprimer la colère de manière sécurisée, et environnement culpabilisant. Autant de facteurs qui concourent à une gestion défensive des affects, favorisant la cristallisation corporelle plutôt que l'élaboration psychique.

Axe 1D : mécanismes de défense :

Les mécanismes de défense mobilisés semblent appartenir à un registre archaïque, centré autour du déni de réalité. Ce déni se manifeste à travers une forme d'adaptation apparente : collaboration superficielle, attitude souriante, discours rassurant, mais absence de véritable prise en compte de la maladie. Elle parle de ses troubles avec détachement, comme si le corps souffrant ne lui appartenait pas vraiment.

Selon Stora (2015), ce type de déni -mécanisme de défense primitif- n'est pas un simple évitement de la réalité, mais s'inscrit dans une histoire subjective profonde, liée à la manière dont le sujet a construit l'image psychique et neurologique de son corps. Le déni ici est moins une fuite qu'une tentative d'organisation psychique face à l'effondrement narcissique que provoque la maladie. Il peut ainsi exprimer un besoin inconscient de dépendance à une figure protectrice, souvent assimilée à la mère. Cette dépendance archaïque est réactivée dans la relation thérapeutique, où le clinicien est parfois amené à adopter une posture maternelle contenante, afin d'offrir un espace suffisamment sécurisant pour favoriser une élaboration.

Lors des premiers entretiens, le sourire constant de Nadjat et sa posture douce ont pu être interprétés comme les signes visibles de cette défense adaptative, visant à masquer la souffrance réelle et à maintenir l'équilibre interne. Ce sourire n'est pas un indice de bien-être,

mais plutôt une stratégie de survie psychique, révélatrice d'une faille narcissique profonde. Comme le souligne Stora (1999), dans le cadre d'une thérapie psychosomatique, l'attitude empathique et chaleureuse du thérapeute permet de réactiver les premières expériences d'attachement à la mère, ce qui peut progressivement restaurer l'unité psychosomatique du sujet. En d'autres termes, ce n'est qu'en revivant une expérience contenant et sécurisante que le patient peut réinvestir son corps autrement que sur le mode du clivage ou du déni.

Dans le cas de Nadjat, il est possible de repérer les signes d'une blessure narcissique précoce, probablement liée à des carences affectives importantes et à l'absence d'un environnement familial contenant. Cette blessure a compromis son sentiment de toute-puissance, la renvoyant à un état de vulnérabilité extrême. La persistance d'une fixation narcissique archaïque semble avoir conduit à un clivage psychique, permettant à la fois de protéger son moi, mais au prix d'un équilibre fragile. Ce clivage, en maintenant séparées les zones de souffrance et les zones conscientes, a favorisé l'atteinte progressive de fonctions corporelles, illustrant clairement la voie psychosomatique de décharge du conflit non symbolisé.

Axe 1F : Traits de caractère

Nadjat présente une organisation psychique marquée par des traits à la fois oraux (405) et anaux (406). Elle manifeste une capacité d'association perceptive tout en maintenant une maîtrise rigoureuse et un contrôle marqué, notamment face à sa maladie. Son refus de se remémorer le passé témoigne d'une volonté manifeste de détachement vis-à-vis de certaines expériences douloureuses. Dans ses relations interpersonnelles, Nadjat adopte systématiquement le rôle de mère bienveillante, tant envers son mari qu'envers ses enfants.

Malgré ses propres souffrances et affections, sa principale préoccupation demeure l'avenir et le bien-être de sa famille. Cette posture soulève la question d'un besoin archaïque de réassurance et de douceur, probablement jamais pleinement satisfait dans son histoire personnelle. À la lumière des travaux de Winnicott, on pourrait envisager que Nadjat fonctionne sur la base d'un « faux self » : un moi façonné par les attentes des autres, qui répond constamment à leurs exigences au détriment de ses propres besoins et aspirations.

Cette dynamique s'exprime dans son investissement total dans le rôle de mère dévouée, au prix d'une certaine négation de soi. L'accompagnement thérapeutique pourrait

alors viser à aider Nadjat à renouer avec cette part d'elle-même restée dans l'ombre, à donner une voix à l'enfant intérieur silencieux qui n'a jamais pu s'exprimer.

Nadjat semble porter en elle une enfance silencieuse et enfouie, dont le vécu profond reste refoulé. Son rapport rigide à la maladie et son souci constant du bien-être de ses enfants traduisent un contrôle strict, peut-être au détriment de ses propres besoins fondamentaux.

Axe 2 : comportement et manifestations corporels dans la relation :

À travers son comportement, Nadjat exprime un besoin marqué de s'ancrer dans la réalité (454), ce qui se manifeste notamment par une tendance à ignorer ses douleurs et à minimiser ses symptômes. Cette posture peut être comprise comme une tentative de préserver son intégrité psychique face à des souffrances internes difficiles à verbaliser. En neurosciences, cette stratégie s'explique par une activation chronique de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) : le stress prolongé entraîne une hyperactivation du système nerveux autonome, modulant la perception de la douleur et induisant une dissociation partielle de la conscience corporelle (Sapolsky, 2004). Cette hyperactivation a également des effets somatiques durables, tels que des troubles digestifs ou hormonaux, et peut altérer la capacité à ressentir et à exprimer ses états internes de manière cohérente.

Par ailleurs, l'identité féminine de Nadjat (467) est fragilisée par le syndrome des ovaires polykystiques, pathologie endocrinienne dont les manifestations physiques – notamment la pilosité excessive – affectent profondément son image corporelle et son estime de soi (470). Sur le plan psychosomatique, Stora (2015) souligne que les traumatismes précoces et les carences maternelles peuvent fragiliser la structuration du système corporel et psychique, accentuant ainsi la vulnérabilité aux troubles somatiques. La difficulté qu'éprouve Nadjat à intégrer ces modifications corporelles dans une image de soi cohérente contribue à la cristallisation des tensions psychiques dans le corps, renforçant un cercle vicieux entre souffrance psychique et manifestations somatiques.

Ainsi, à l'interface entre corps et psyché, les apports des neurosciences et de la psychosomatique convergent pour expliquer comment le stress chronique et les traumatismes précoces modifient à la fois la physiologie corporelle et les mécanismes psychiques de gestion de la douleur et de l'image de soi. Dans le cas de Nadjat, ce double impact plaide en faveur d'une prise en charge intégrative, visant à soutenir simultanément l'équilibre neurophysiologique et la capacité symbolique à représenter et verbaliser les souffrances.

Axe 03 : expression des affects :

Nadjet présente une pauvreté affective marquée ainsi qu'une tendance à fonctionner de manière opératoire, privilégiant une focalisation sur des actions concrètes au détriment d'une expression émotionnelle spontanée et riche. Cependant, lorsqu'elle évoque son passé, notamment les périodes de grande précarité et de détresse durant son enfance (468), elle manifeste soudainement une souffrance profondément enfouie, visible par des pleurs révélateurs d'une douleur longtemps réprimée.

Sur le plan neuropsychologique, cette difficulté à organiser ses souvenirs de façon cohérente traduit une possible altération des circuits cérébraux impliqués dans la mémoire autobiographique et la régulation émotionnelle, notamment au niveau de l'hippocampe et du cortex préfrontal. Ces dysfonctionnements peuvent résulter d'un stress chronique précoce, compromettant l'intégration harmonieuse des expériences traumatiques (Sapolsky, 2004).

Son fonctionnement psychique semble ainsi soumis à une désorganisation progressive: ses représentations mentales sont fragmentées, sans ordre logique ni chronologique, donnant l'impression d'un récit discontinu. Cette dissociation affecte également sa relation à son père, oscillant entre le souvenir de son absence et la perception paradoxale d'une tendresse paternelle confuse. Cette scission entre émotions et représentations mentales traduit une rupture interne dans son système psychologique.

Sur le plan psychosomatique, cette difficulté à symboliser ses affects et à verbaliser sa souffrance contribue à une somatisation chronique. Le stress émotionnel non exprimé peut entraîner une activation prolongée de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), provoquant une libération excessive de cortisol, ce qui affecte durablement le corps (Sapolsky, 2004). Cette hyperactivation est souvent à l'origine des troubles physiques et de la fatigue persistante qu'elle endure. En gardant sa douleur silencieuse, Nadjet maintient un état de tension interne chronique, fragilisant son équilibre somatique.

Ainsi, le retrait affectif, bien qu'étant un mécanisme défensif inconscient visant à préserver un équilibre psychique fragile, limite sa capacité d'élaboration psychique et d'adaptation. Ce verrouillage émotionnel nourrit la boucle psychosomatique, où corps et psyché s'influencent mutuellement, illustrant la nécessité d'une prise en charge intégrative alliant psychothérapie et approche corporelle.

Axe 04 : environnement personnel, familial et socio professionnel :

Nadjet a grandi dans un environnement familial instable et marqué par la violence, notamment morale et physique, infligée par ses frères. Ces expériences précoces ont engendré un climat de peur et de dévalorisation, compromettant l'élaboration d'un sentiment de sécurité interne. Dans ce contexte, elle a appris à taire ses besoins et à adopter des postures de soumission pour préserver un semblant de lien familial.

À l'âge adulte, cette dynamique s'est perpétuée dans sa relation conjugale, marquée par une asymétrie profonde. Son mari est souvent absent mais exerce un contrôle fort sur ses choix, en particulier professionnels. Bien qu'elle ait été enseignante -un métier valorisant et porteur de sens pour elle -il l'a contrainte à quitter ce poste pour qu'elle reste à proximité du foyer. C'est dans ce contexte qu'il lui a imposé l'ouverture d'un atelier de couture à domicile. Si cette activité est rémunérée, elle ne résulte pas d'un désir personnel, mais d'un choix dicté par le conjoint, transformant un potentiel espace d'émancipation en enfermement masqué.

Ainsi, cet atelier — souvent perçu de l'extérieur comme un signe d'autonomie -est en réalité l'expression d'un contrôle conjugal subtil, qui dissimule une assignation à résidence. Nadjet se trouve donc dans une double contrainte: devoir produire et contribuer économiquement tout en étant coupée de son environnement professionnel antérieur, porteur de lien social, de reconnaissance et d'estime de soi.

Cette situation accentue son sentiment d'impuissance et alimente une angoisse chronique, déjà présente dans son histoire infantile. La peur que son mari l'abandonne, bien qu'il exerce déjà un retrait affectif important, témoigne d'un attachement insécurisé, fondé sur la dépendance et la peur de perdre le peu de lien restant.

Enfin, cette organisation familiale et professionnelle contribue à affaiblir encore son espace psychique: privée d'un lieu symbolique où elle pourrait être reconnue comme sujet désirant, Nadjet se replie dans des rôles imposés -mère dévouée, épouse conciliante, couturière domestique- qui la maintiennent dans une forme de faux self, tel que théorisé par Winnicott.

Une prise en charge thérapeutique viserait ici à redonner une voix à son désir propre, à l'aider à nommer la contrainte là où le discours familial parle de "choix", et à réhabiliter les espaces de subjectivation qu'elle a dû abandonner sous pression.

1.4 Diagnostic selon la Nosographie psychosomatique:

Évaluation du risque psychique :

Processus et mécanismes psychiques : 04

La prévalence des comportements : 03

La capacité à exprimer ses sentiments : 03

Risque liés à l'environnement du cas : 06

Totale : 16 points

Risque Élevé: Instabilité générale de l'unité psychosomatique qui risque la désorganisation

Évaluation de l'axe somatique (Axe 5) :

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

Évaluation complète des risques psychosomatiques: $16+4=20$

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

1.2 Présentation et analyse du protocole Rorschach de Nadjjet :

Tableau N° 3 : Protocole de Rorschach du cas Nadjjet

Planche	Test	Enquête	Cotation
I	Zzareghiyatrssan . Je vois des oiseaux	G. Toute la planche (selon la forme, pas d'autres réponses)	G F+ABan
II	D l'éléphant. C'est un éléphant.	G. Toute la planche selon la forme, pas d'autres réponses)	G F+ A
III	D l3ivad mqabalen. Des personnes assises face à face .	G. Toute la planche selon la forme, pas d'autres réponses)	G K +H ban
IV	D assiyna . Des nuages	G . Toute la planche selon la forme pas d'autres réponses)	G F.E Frag
V	D aferteto C'est un papillon	G. Toute la plancheselon la forme, pas d'autres réponses)	G F+ A Ban
VI	Wis, , ou3limghara dachouth exact. Je ne sais pas c'est quoi exactement	Pas de réponse	Refusé
VII	D ifassen n l3ivad Se sont des mains des êtres humains	G . Toute la planche selon la forme, pas d'autres réponses)	G F+ Obj
VIII	Outha3qilghara dachouth exact. Je l'ai as reconnus exactement	Pas de réponse	Refusé
IX	Itemchavahghouqaroyiw n ouqjounhacham. Il ressemble à la tête d'un chien	G. Toute la planche selon la forme, pas d'autres réponses)	G F- Ad
X	Wayi d ayen iyellan g 3ebot n	G . Toute la planche selon	G F- Anat.

	l3evd . Je vois comme ce qu'il y a dans le ventre de l'être humain	la forme, pas d'autres réponses)	
--	--	-------------------------------------	--

Choix + : 2,7

2 : t3ejvyi akhater en couleurs, techbah , tessefra7

7 : t3ejvyi akhater d ayen illan g 3ebot n l3evd , g ssina i d nekka

Choix (-) : 6, 8

6 :tayi d tlam, teskhl3yi, ayouhkssit g la3nayam.

7 : oytha3jivara par ce que uttefhimgharamlih.

Tableau N° 4 : Psychogramme de Rorschach du cas Nadjet

Psychodrame de NadjetProduction	Mode d'appréhension	Déterminant	Contenu
R=08 R. addit = 0 temps Total : Temps de lat. moy : Refus= TRI = OC< 1 K F. Compl : RC % = 20%	G= 08 G % = 87,5% D= 0 % D% = 0 % Dd = 0 % DbL = 0 % DO. Di = 0 % Succes =G	F= 6 F- = 2 F+=5 F-% = 33% F+ % = 83% FC = 0 CF= 0 C= 0 FE = 01 EF= 0 E= 0 K=01 KC= 0	A = 02 (AD) = Ad =01 (Ad) = 0 H= 01 (H) =0 (Hd)= 0 Obj= 01 Bot (abstr) = 0

		Kan = 0 KP = 0 Kabc = 0 Clob = 0 F. CLOB = 0	
--	--	--	--

1.2.1 Remarque générale sur le protocole Rorschach :

La production de Nadjat au test de Rorschach se distingue par un nombre restreint de réponses, accompagné de deux refus notables : la planche VI, traditionnellement associée à des contenus masculins (génitaux), et la planche VIII, première planche chromatique marquée par une dispersion perceptive. Ce profil d'évitement, en particulier sur des planches à forte charge symbolique (sexuelle pour la VI, affective pour la VIII), peut être interprété comme l'indice d'une inhibition défensive face à des représentations pulsionnelles ou émotionnelles susceptibles de menacer son équilibre psychique.

Le temps de latence prolongé (environ 1 minute 30) avant les réponses renforce cette hypothèse: il témoigne d'une hésitation significative à engager une production psychique spontanée, comme si l'accès au matériel imaginaire était entravé par une crainte de désorganisation interne. Cette lenteur d'accès pourrait également signaler un mode de pensée opératoire, caractéristique de certaines personnalités alexithymiques ou fonctionnant de manière défensive par rationalisation et évitement affectif.

Par ailleurs, le caractère réaliste et contrôlé des réponses montre que Nadjat reste ancrée dans la perception concrète, sans dérive vers l'onirisme ou l'élaboration symbolique libre. Cette adhérence au réel perceptif, couplée à une économie de production, suggère un retrait défensif du champ projectif, une forme de fermeture de l'imaginaire permettant d'éviter la confrontation avec des contenus internes douloureux ou désorganisés.

Ce tableau global – faible productivité, refus ciblés, latence prolongée, contrôle marqué – peut s'inscrire dans un fonctionnement défensif de type névrotique à tendance opératoire, mobilisant des mécanismes d'inhibition, de déni partiel et de clivage. Il est également compatible avec une souffrance psychique internalisée, marquée par un refoulement rigide mais parfois inefficace, laissant émerger des affects sans représentation claire.

On peut ainsi résumer le protocole du Rorschach chez Nadjat comme caractérisé par une production réduite, deux refus significatifs (planches VI et VIII), un temps de latence important, et une adhésion marquée à la réalité perceptive. Ce profil évoque une inhibition défensive notable, associée à un contrôle de l'expression affective. Le refus des planches à forte charge émotionnelle ou symbolique suggère un évitement de contenus pulsionnels ou traumatiques. L'ensemble renvoie à un fonctionnement psychique centré sur le contrôle, où clivage, déni partiel et pensée opératoire semblent constituer des défenses pour maintenir un équilibre interne fragile. Nadjat apparaît ainsi comme une patiente dont l'imaginaire est contraint, possiblement en lien avec une souffrance psychique internalisée et peu mentalisée.

1.2.2 Procédés mentaux :

L'analyse des réponses de Nadjat met en évidence un fonctionnement psychique oscillant entre un effort d'ancrage dans la réalité et des mouvements projectifs sous-jacents. Cette alternance témoigne d'un conflit intrapsychique dans lequel coexistent une volonté de maîtrise et une dynamique fantasmatique, fortement inhibée. Malgré une expressivité réduite, on note une prédominance de réponses globales, suggérant une tentative de structuration face à un vécu interne possiblement désorganisant.

Les localisations partielles ($Dd = 2$) sont absentes, ce qui pourrait traduire une difficulté à appréhender les objets de manière morcelée, ou une intolérance à la fragmentation du réel. Le style perspectif global ($G = 100\%$) domine, au détriment des réponses centrées sur les détails ($D = 0\%$), qui permettent habituellement un contrôle plus précis de l'environnement et des affects. Ce choix pourrait être interprété comme un mécanisme défensif visant à contenir les débordements pulsionnels, en évitant un investissement affectif trop direct.

La prédominance des formes globales, associée à une faible implication personnelle, semble relever d'un mécanisme de distanciation à l'égard du matériel projectif – et, à travers lui, de l'expérience émotionnelle. Ce retrait défensif apparaît comme une stratégie mobilisée face à une angoisse dépressive sous-jacente, potentiellement en lien avec une blessure narcissique profonde, réactivée par la problématique corporelle liée au syndrome des ovaires polykystiques.

Nadjat semble chercher à renforcer les limites de son moi en érigeant une barrière entre son monde interne et les stimulations extérieures. Cette dynamique s'exprime notamment à travers des réponses majoritairement formelles, traduisant un recours au

mécanisme d'isolation. Les investissements cognitifs semblent s'orienter davantage vers des aspects perceptifs et sensoriels, traduisant un besoin de se protéger d'une effraction émotionnelle perçue comme menaçante.

Le nombre réduit de réponses (seulement 8), les refus (notamment aux planches 6 et 8) et les temps de latence prolongés (environ 1 min 30) renforcent l'hypothèse d'une inhibition marquée, voire d'un retrait défensif. Ce repli peut être compris comme une tentative de contenir des affects trop envahissants, en lien avec les problématiques corporelles et identitaires évoquées dans son histoire.

Ceci est d'autant associé à l'absence de déterminant couleur et un RC =25%.

Conflit :

L'analyse des réponses de Nadjet révèle une vulnérabilité marquée dans la perception de soi, en particulier face aux conflits latents évoqués par les planches du Rorschach. Cette fragilité s'exprime de manière significative dans sa réaction à la planche IV, caractérisée par une forte charge symbolique masculine, perçue comme envahissante voire menaçante. Il semble s'y rejouer une résonance inconsciente avec des représentations sexuées conflictuelles, renvoyant à une difficulté à intégrer la différence des sexes.

Face à la planche VI, cette dynamique prend un autre tournant: Nadjet oppose un refus net, comme si le contenu potentiellement destructeur de la planche IV avait activé une angoisse profonde. Ce rejet peut être compris comme l'expression d'un mécanisme de clivage, traduisant une conscience de la différence sexuelle, mais aussi une tentative défensive de s'en protéger. Cette défense se poursuit dans l'abord de la planche VII, où l'on observe une tension entre confrontation et évitement. Le conflit interne y réémerge, oscillant entre l'effort de mise en sens et la nécessité de tenir à distance des représentations menaçantes pour l'image de soi et la relation à l'altérité.

La planche VII constitue une tentative de reprise après le rejet de la précédente : Nadjet parvient cette fois à formuler une réponse, mais celle-ci semble investie d'un refus symbolique d'assumer pleinement la dimension maternelle. L'ensemble de son discours témoigne de préoccupations identitaires profondes, en lien avec la problématique de la castration, souvent réactivée par les planches à forte connotation sexuelle. Les réponses obtenues traduisent une atteinte de la structure narcissique, manifestant une fragilité dans la représentation de soi.

Un autre élément notable est la rareté des expressions émotionnelles et l'absence totale de réponses impliquant la couleur, y compris sur les planches chromatiques. Cette neutralisation perceptive évoque un contrôle rigide d'allure dépressive, visant à contenir l'angoisse et à maintenir l'intégrité des frontières psychiques. Ce mouvement de défense est particulièrement perceptible dans les planches rouges, où les éléments féminins apparaissent isolés, et où une hypersensibilité au « tien » peut signaler un fond affectif dépressif. Les réponses se caractérisent par une faible intersubjectivité, traduisant une difficulté à investir la relation à l'objet, possiblement liée à un contrôle des pulsions agressives et libidinales.

La planche IV illustre bien cette ambivalence : la réponse donnée résonne avec le contenu latent, mais de manière ambiguë, en superposant des éléments masculins et féminins dans une figure hybride, semi-humaine, où la différence sexuelle n'est pas clairement représentée. Cette allusion à une forme de bisexualité psychique pourrait témoigner d'une difficulté à se positionner de manière stable dans une identité sexuée. Le rejet total de la planche VI renforce cette hypothèse : en refusant toute élaboration face à son contenu, Nadjet semble mettre en place une barrière défensive contre une réactivation psychique menaçante, révélant ainsi une fragilité du moi.

La planche VII prolonge ce mouvement: on y perçoit une tentative de réinvestir le conflit, tout en maintenant un certain contrôle. Le matériel projectif entre alors en tension avec les défenses du moi, dans un effort de limiter l'effraction narcissique. Cette dynamique défensive se renforce encore avec la planche VIII, marquant une régression manifeste. Nadjet y semble lutter contre une position passive associée à une symbolique féminine et maternelle difficile à intégrer. L'incapacité à élaborer une représentation claire du contenu latent de cette planche suggère l'existence d'un trouble identitaire profond, probablement lié à des enjeux de séparation et d'individuation non résolus.

Dans l'ensemble, la séquence des planches met en lumière une difficulté à articuler les polarités de l'activité et de la passivité, traduisant une tension sous-jacente dans l'organisation narcissique. Les mécanismes de défense massivement mobilisés apparaissent comme des tentatives de préserver l'intégrité du moi face à des conflits internes d'ordre sexuel, identitaire et narcissique.

1.2.3 Résumé du protocole Rorschach de Nadjat :

Le protocole Rorschach de Nadjat met en évidence la prédominance des mécanismes de défense à caractère narcissique, mobilisés comme tentatives de protection contre une dépression difficilement contenue. Cette dynamique défensive se manifeste notamment par une forte réactivité à la couleur noire, signe d'un affect chargé, peu élaboré. Les identifications observées dans ses réponses apparaissent majoritairement de type narcissique : elles sont instables, fragiles et traduisent une insécurité identitaire profonde. Ce profil suggère des identifications de nature archaïque, enracinées dans un moi encore en voie de structuration. Il en ressort l'image d'un appareil psychique fragilisé, qui peine à intégrer des identifications secondaires et à élaborer une image de soi cohérente.

1.2.4 Synthèse clinique du cas Nadjat

L'examen clinique de Nadjat révèle une fragilité somatopsychique, qui s'exprime prioritairement sur le versant psychique. Lors de l'entretien, cette fragilité se manifeste par une pauvreté associative et un discours confus, notamment sur le plan chronologique, rendant difficile la mise en récit de son histoire personnelle. Toutefois, ces éléments ne traduisent pas une altération profonde du fonctionnement psychique, comme en témoigne sa capacité d'adaptation au réel. Ils semblent plutôt refléter une difficulté à se représenter son propre parcours de vie et à mobiliser le passé pour se situer dans le présent, révélant ainsi une atteinte importante du champ des représentations.

Les données issues du Rorschach corroborent cette hypothèse en soulignant une domination des défenses narcissiques au détriment des processus d'élaboration secondaires. Cette fragilité narcissique est renforcée par les résultats de la grille d'évaluation du risque psychosomatique de Jean-Benjamin Stora, qui situent Nadjat dans une zone de risque psychosomatique élevé (17), avec un risque somatique aigu (4).

Ces éléments soutiennent l'idée que Nadjat n'aurait pas accédé de façon stable aux identifications secondaires, étape pourtant essentielle dans la structuration du moi. Cette observation s'inscrit dans le cadre théorique de la psychosomatique intégrative, selon lequel les sujets à haut risque psychosomatique présentent rarement des problématiques œdipiennes élaborées, celles-ci supposant un moi suffisamment constitué et des introjections d'objets primaires stables.

Ainsi, les mécanismes de défense à dominante narcissique influencent non seulement les processus identificatoires de Nadjat, mais révèlent également une tentative de régulation face à une dépression mal contenue. La récurrence des affects non symbolisés et la faiblesse des élaborations secondaires témoignent d'un niveau de maturation psychique encore précaire, à la frontière entre une structuration du moi inachevée et un vécu identitaire instable.

Nadjat tente de maintenir un ancrage dans la réalité (réponses globales, contrôle formel), tout en étant traversée par des contenus internes désorganisant (projection, inhibition expressive). Ce conflit évoque un équilibre psychique fragile. Le recours à des réponses globales et formelles, ainsi que l'évitement des détails partiels, illustrent une volonté de structurer le vécu interne pour ne pas être débordée. Cela renforce l'hypothèse d'un faux self évoqué plus tôt, et d'un mécanisme d'isolation émotionnelle.

- **Lien avec le vécu corporel et narcissique:** Les troubles somatiques (SOPK) et leur impact sur l'image corporelle sont probablement à l'origine d'une blessure narcissique profonde, réactivée par la situation d'évaluation. Cela rejoint les observations cliniques de l'axe 2 (image du corps, féminité blessée).
- **Inhibition et retrait défensif :** Le faible nombre de réponses, les refus, et le long temps de latence soutiennent l'idée d'une inhibition massive, d'un désinvestissement défensif face au test, et d'une peur d'effraction émotionnelle.
- **Besoin de protection contre l'effondrement psychique :** Le style perspectif global pourrait être interprété comme une tentative de garder une cohérence psychique minimale pour éviter l'éclatement. Cela reflète une grande vulnérabilité face à la désorganisation émotionnelle.

2. Cas N° 2: Sarah, 30 ans.

2.1 Présentation du cas

Sarah est une femme de 30 ans, mariée, sans enfant, professeure de français en collège. Elle décrit son métier comme «passionnant mais épuisant, surtout émotionnellement», soulignant l'investissement qu'elle y consacre malgré une fatigue chronique. Confrontée à un désir d'enfant non réalisé, elle parle d'une souffrance silencieuse, teintée de tristesse et d'angoisse : «Je rêve toujours d'avoir au moins un enfant, je ne peux même pas arrêter de penser à ça ». Cette préoccupation omniprésente, vécue comme un manque fondamental, affecte son quotidien et pèse sur sa vie conjugale, bien qu'elle souligne

le soutien de son mari : «Il est là, il m'écoute, il essaie de comprendre... mais parfois, c'est plus fort que nous».

Sur le plan développemental, elle évoque une enfance globalement chaleureuse, malgré des épisodes de santé fragile (bronchites asthmatiformes) et une grossesse maternelle compliquée. Elle garde le souvenir d'une relation très fusionnelle avec sa mère, empreinte de tendresse, et parle de moments heureux à la campagne. Son père, souvent absent, était selon elle «bienveillant mais toujours un peu ailleurs», ce qui a pu renforcer chez elle un besoin de sécurité affective stable.

D'un point de vue social, Sarah se décrit comme introvertie, attachée à des relations authentiques : «Je n'ai pas beaucoup d'amis, mais ceux que j'ai, je les garde précieusement ». Sa maladie, et le bouleversement identitaire qu'elle a engendré, ont accru son besoin de relations vraies et de confiance : «J'ai du mal à parler de ce que je vis, alors je choisis bien à qui je me confie».

Le SOPK, diagnostiqué tardivement à 27 ans, a transformé son rapport au corps et à la féminité. Elle évoque un sentiment de trahison corporelle, une impression d'être « habitée » par un mal diffus : «C'est un combat silencieux. Ça impacte mon énergie, ma peau, mon poids. Je n'ai jamais de pause ». Les symptômes visibles ont particulièrement altéré son estime d'elle-même : «Je me suis sentie anormale, différente. Ma confiance en moi a chuté». Elle confie même parfois ne plus se reconnaître dans ce que la société attend d'une femme : «J'ai l'impression de ne plus correspondre à ce que la société attend d'une femme ».

Malgré cette douleur, elle montre des signes de résilience: «J'essaie de redéfinir ce que c'est, être féminine. Pas selon les standards, mais selon ce que je ressens profondément ». Cette tentative de réappropriation de soi témoigne d'une lutte intérieure pour ne pas se laisser entièrement définir par la maladie.

Professionnellement, bien qu'entourée de collègues bienveillants, elle se sent incomprise face à l'invisibilité de sa souffrance. La fatigue chronique et les variations de l'état général influent sur sa performance et sur son moral, surtout en période de forte charge : «J'ai l'air normale, mais à l'intérieur, je suis épuisée. Personne ne voit vraiment ce que je vis».

Enfin, elle relate un parcours médical long et frustrant, marqué par des retards de diagnostic et un sentiment d'errance : «J'allais voir des médecins, ils me rassuraient que tout ira bien, mais moi je stresse tout le temps». Cette absence de reconnaissance précoce de ses

symptômes a contribué à entretenir chez elle une forme de doute intérieur, parfois même une culpabilité.

Sarah, ne rapporte pas d'antécédents familiaux directs de SOPK, mais évoque les déséquilibres hormonaux importants vécus par sa mère à la ménopause, qu'elle relit aujourd'hui sous un jour nouveau. En dehors du SOPK, elle se considère globalement en bonne santé physique, bien qu'ayant traversé, notamment durant ses études, des épisodes d'anxiété marqués par des troubles du sommeil, des migraines et un épuisement profond : « Je somatisais beaucoup, j'ai perdu le goût et l'appétit... je ne partageais ça avec personne, j'essayais de tenir. »

Vivre avec le SOPK, dit-elle, c'est vivre avec une maladie invisible: «Je peux avoir l'air en forme, et pourtant me sentir épuisée. » Elle gère les traitements avec ambivalence, en particulier les traitements hormonaux qu'elle supporte mal: «Parfois, j'arrête... je peux changer ma vie toute seule, mais au bout d'un moment, les symptômes reviennent.» Cette oscillation témoigne de la complexité à concilier autonomie, espoir et contraintes thérapeutiques.

Son sommeil, souvent non réparateur, est traversé par une vie onirique riche, parfois éprouvante. Elle rêve fréquemment de bébés, d'hôpitaux, ou de situations d'enfermement : «Je vois comme si mon corps parle avec moi autrement, en images.» Ces rêves prennent pour elle une valeur symbolique et parfois même prémonitoire: «Une fois, j'ai vu dans un rêve que j'étais enceinte... après, le lendemain, j'ai commencé un nouveau traitement. Ça m'a donné de l'espoir.»

Sur le plan thérapeutique, Sarah suit un protocole incluant metformine, traitement hormonal, vitamine D et oméga-3. Si l'adhésion initiale a été difficile en raison d'effets secondaires «je me sens des douleurs au ventre, des nausées... ».Elle a progressivement adapté son hygiène de vie, dans un effort qu'elle relie à son désir de maternité: «C'est cela qui m'a encouragée à continuer, malgré que c'était difficile pour moi.»

Le corps apparaît pour Sarah comme un lieu d'expression privilégié de la souffrance psychique. Elle somatise fréquemment sous forme de douleurs abdominales, tensions musculaires, palpitations : des manifestations qui surgissent dans les périodes d'incertitude ou de surcharge émotionnelle. Pour y faire face, elle mobilise des ressources personnelles comme l'écriture, la méditation ou le soutien affectif de son entourage. Mais ce rapport au corps reste

ambivalent, traversé par la culpabilité et un sentiment d'impuissance : « Parfois, j'ai l'impression que mon corps me trahit. »

Sarah se décrit aujourd'hui dans une position de fragile équilibre, partagée entre combativité et doutes : un va-et-vient constant entre espoir et épuisement, résilience et vulnérabilité, dans un quotidien rythmé par le désir d'enfant, la gestion de la maladie, et la quête de sens face à une féminité éprouvée mais toujours en mouvement.

Sur le plan conjugal, Sarah décrit une relation globalement stable et empreinte de bienveillance, bien que mise à l'épreuve par les enjeux liés à la fertilité. Son mari se montre présent et attentif : il l'accompagne parfois en consultation, l'encourage dans son parcours thérapeutique, et reste à l'écoute. Cependant, Sarah évoque l'apparition d'une forme de distance affective, particulièrement perceptible lors des périodes marquées par des échecs de conception. Cette tension affecte aussi leur intimité sexuelle, où le désir spontané est peu à peu remplacé par une sexualité régulée par le calendrier ovulatoire. Elle confie que « le temps qui passe » devient source d'anxiété, alimentant un sentiment d'urgence et de frustration.

Le SOPK a profondément influencé sa perception de la féminité. Sarah parle d'un corps devenu source de trahison, modifié par la prise de poids, la pilosité excessive et une impression persistante d'inefficience reproductive. Elle évoque une perte de confiance, nourrie par l'idée que son corps échoue là où, selon elle, il devrait accomplir naturellement sa fonction.

Dans ses besoins actuels, elle exprime une attente forte : être reconnue dans la totalité de son être, au-delà du diagnostic médical. Elle dit avec force : « Je voudrais qu'on arrête de me réduire à un ovaire polykystique. » Elle aspire à une prise en charge plus humaine, intégrant les dimensions corporelle, psychique et sociale de sa condition, et critique une approche parfois trop centrée sur les symptômes ou les normes biologiques. Elle souligne aussi l'importance du soutien psychologique et du partage d'expérience : pouvoir échanger avec d'autres femmes atteintes du SOPK, selon elle, permettrait de « rompre l'isolement » et de « retrouver une forme de sororité ».

Au fil des séances, un souvenir jusque-là maintenu sous silence refait surface : à l'âge de 24 ans, Sarah a traversé une fausse couche précoce, qu'elle n'a partagée avec personne. Cet événement, enfoui dans les replis de la mémoire, continue de l'habiter silencieusement, chargé d'une douleur indicible et d'une culpabilité diffuse. Il semble constituer un point de

fixation inconsciente, un noyau non élaboré autour duquel s'organisent certaines strates de sa souffrance actuelle.

Ce chemin de réappropriation passe aussi par une transformation de ses habitudes alimentaires, qu'elle qualifie de « tournant décisif ». Sarah a adopté une hygiène de vie plus rigoureuse, débutant ses journées par un petit-déjeuner structuré, composé de flocons d'avoine, fruits frais et thé vert, comme un geste de soin autant physique que symbolique. Elle privilégie désormais des repas équilibrés, à base de légumes, de protéines maigres et de céréales complètes, tout en écartant les aliments transformés et les sucres rapides. Si elle admet que ces changements demandent des efforts et de la discipline, ils représentent pour elle un moyen de reprendre un certain pouvoir sur un corps souvent vécu comme contraint. Cette démarche vise autant la gestion du syndrome que la reconstruction d'un rapport plus serein à son corps et à son désir de maternité : un projet qui continue de nourrir sa résilience.

Tableau N° 5 : synthèse des événements de vie et des troubles somatiques, du cas Sarah, avec commentaires :

Commentaire	Évènements de vie	Date	Troubles somatiques
début des symptômes hormonaux, possiblement exacerbés par le stress familial et scolaire.	pression scolaire élevée et relation ambivalente avec la mère	adolescence (14 à 18 ans).	troubles menstruels.
éventuellement traumatique non verbalisé , pouvant contribuer à une somatisation persistante.	fausse couche.	24 ans .	douleurs pelviennes ,fréquentes chroniques.
prise de conscience du déséquilibre hormonal, avec impact sur l'image corporelle et la féminité.	diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)	27 ans .	prise de poids. aménorrhée troubles métaboliques.

tensions relationnelles influençant la santé somatique, notamment la sphère gynécologique .	difficultés conjugale liée à la fertilité.	28 à 30 ans	baisse de libido. douleurs abdominales. troubles de sommeil.
début d'une prise en charge intégrative visant à réconcilier le vécu corporel et émotionnel.	engagement dans une thérapie psychologique.	30 ans	Amélioration du sommeil. réduction des douleurs.

2.1.1 Analyse des données de l'entretien :

Sarah, 34 ans, consulte dans le cadre d'un parcours médical autour d'un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) diagnostiqué il y a quelques années, dans le contexte d'un désir d'enfant contrarié. Ce trouble endocrinien, aux répercussions multiples (irrégularité menstruelle, prise de poids, acné, pilosité), a bouleversé de façon durable son rapport au corps, à la féminité et à l'intimité conjugale. Au fil des entretiens, un élément jusque-là tu émerge progressivement : à l'âge de 24 ans, Sarah a vécu une fausse couche précoce, qu'elle n'a jamais confiée à son entourage. Cet événement, bien qu'enfoui, revient fréquemment à sa pensée, teinté de douleur muette et de culpabilité sourde. Il constitue vraisemblablement un point nodal dans son histoire subjective.

- **Le deuil indicible : la fausse couche comme événement fondateur et refoulé**

Au fil des entretiens, un élément jusque-là tu émerge progressivement : à l'âge de 24 ans, Sarah a vécu une fausse couche précoce dont elle n'a jamais parlé à son entourage. Cet événement, resté dans le silence, revient régulièrement dans sa pensée, chargé d'une douleur contenue et d'une culpabilité diffuse. Elle en parle à mi-voix, comme si la mise en mots réveillait un affect longtemps maintenu à distance.

Le silence entourant cette fausse couche témoigne d'un refoulement actif de la douleur, mais aussi d'un isolement émotionnel profond. Ce vécu pourrait s'interpréter à la lumière des

travaux de Nicolas Abraham et Maria Torok sur les «cryptes psychiques»: des événements traumatiques qui, non métabolisés dans la chaîne signifiante, s'enkystent dans le psychisme, générant un poids latent. La fausse couche devient ici un traumatisme sourd, qui hante l'actuel sans avoir été inscrit dans le langage ni ritualisé dans le social.

L'impact de cette expérience semble dépasser le registre de la mémoire déclarative : elle apparaît comme une trace sensible, peut-être enkystée, qui affleure dans certains moments de doute, de tristesse ou de repli. Dans une perspective psychosomatique intégrative, on pourrait considérer que cet épisode non élaboré psychiquement a laissé une empreinte dans les circuits de stress, activant de manière récurrente un état d'hypervigilance ou de tension corporelle. Selon Stora, lorsqu'un vécu douloureux n'est ni verbalisé ni accompagné, il peut contourner l'appareil psychique et s'inscrire dans le corps, dans des zones de résonance somatique.

Cette récurrence du souvenir, non pas dans sa forme narrative, mais dans ses effets émotionnels, évoque ce que Damasio décrit comme les marqueurs somatiques : des impressions corporelles durables associées à des expériences marquantes, qui influencent à bas bruit les choix, les émotions et la perception de soi. Chez Sarah, cette perte semble constituer une rupture intime, une blessure secrète qui continue d'irriguer, en souterrain, son rapport à la maternité, à son corps, et peut-être à sa propre légitimité de femme.

Sans surinterpréter, on peut reconnaître dans cette épreuve un moment pivot de son histoire affective, dont la charge émotionnelle persiste faute d'avoir été suffisamment partagée ou symbolisée. Le processus thérapeutique pourrait alors consister à accompagner, à son rythme, une réinscription de cet événement dans un récit de soi plus apaisé, lui permettant de réintégrer cette souffrance dans un tissu de sens, et non plus seulement comme une douleur isolée.

- **Féminité blessée et corps éprouvé**

Sarah évoque souvent une perception d'elle-même comme « défaillante ». Son corps ne répond pas à ses attentes, ni à celles – implicites – d'une société qui valorise la maternité comme accomplissement féminin. Cette discordance entre corps vécu et corps idéalisé génère un sentiment de honte, voire d'hostilité envers elle-même. Dans une perspective lacanienne, on pourrait dire que le corps est ici vécu comme morcelé, non unifié dans l'image spéculaire, tiraillé entre le biologique et l'imaginaire.

La perception de trahison corporelle, intensifiée par le SOPK, s'enracine sans doute dans cette première expérience de perte gestationnelle, non verbalisée. Le symptôme endocrinien vient alors redoubler une blessure plus ancienne, s'inscrivant dans une chaîne signifiante traumatique que seule une mise en mots pourrait désenclaver.

- **Vie conjugale, désir et pression temporelle**

Aujourd'hui, Sarah vit une relation conjugale qu'elle décrit comme bienveillante et relativement stable. Son mari représente un soutien réel : il l'accompagne, l'encourage, se montre attentif. Pourtant, une distance émotionnelle s'est installée, notamment dans les moments d'échec reproductif. Leurs rapports sexuels sont parfois régis par les injonctions du calendrier d'ovulation, ce qui altère l'intimité et le désir. On pourrait y lire les effets d'une médicalisation de l'intime, telle que décrite par Foucault, où le corps sexué devient territoire d'intervention, mesuré, contrôlé.

Ce déplacement du sexuel vers une fonction reproductive instrumentalisée peut générer une forme de désérotisation de la relation. Dans le même temps, le silence entourant la fausse couche passée peut constituer un « non-dit » agissant dans le lien conjugal, une zone d'ombre qui interdit une pleine réciprocité affective.

- **Aspiration à une reconnaissance globale et subjective**

Sarah insiste sur son besoin d'être écoutée non comme un simple « cas médical », mais comme une personne porteuse d'une histoire, de désirs et de souffrances. Elle formule un refus clair d'être réduite à son SOPK : « Je ne suis pas un ovaire polykystique », dit-elle. Cette revendication rejoint les critiques anthropologiques de Kleinman ou Good sur la biomédecine occidentale, accusée de dissocier la maladie de l'expérience du malade.

Elle aspire à une prise en charge intégrative, respectueuse de son vécu subjectif. Le soin, pour elle, ne saurait se limiter à la prescription hormonale ou au contrôle pondéral ; il doit inclure la parole, l'écoute, la reconnaissance. Elle exprime aussi un fort désir d'entrer en lien avec d'autres femmes vivant le SOPK, afin de rompre l'isolement. La sororité devient ici une ressource thérapeutique implicite, un lieu de réparation collective du féminin blessé.

- **Réappropriation corporelle par l'alimentation**

Depuis son diagnostic, Sarah a opéré un tournant majeur dans son mode de vie. Elle décrit avec précision une nouvelle hygiène alimentaire, structurée, consciente, orientée vers

l'équilibre hormonal. Ce changement ne relève pas seulement d'un impératif médical, mais d'une dynamique subjective forte : elle tente de reprendre le pouvoir sur un corps vécu jusque-là comme défaillant.

Dans la perspective de la psychosomatique intégrative (Stora), cette réorganisation peut être lue comme un effort de relance des voies de symbolisation et de maîtrise, là où la souffrance avait figé la circulation psychocorporelle. L'alimentation devient un acte de soin, mais aussi un geste existentiel : chaque repas structuré réaffirme une volonté de vivre autrement, de reconstruire un rapport pacifié à soi.

Le cas de Sarah illustre avec force la complexité du vécu féminin dans le contexte des troubles de la fertilité. L'oubli apparent – mais en réalité actif – de la fausse couche à 24 ans agit comme un noyau silencieux autour duquel s'articulent symptômes corporels, souffrance psychique et difficultés relationnelles. Entre le corps médicalisé, le désir d'enfant, la mémoire traumatique et les tentatives de réappropriation, Sarah engage un travail psychique profond qui mérite une écoute plurielle, intégrative, analytique.

2.1.2 Évaluation de la santé et du risque psychosomatique de Sarah:

Les processus et mécanismes psychiques, les points de fixations, les manifestations caractérielles et les activités sublimatoires:

- La prévalence des comportements.
- La capacité d'expression des affects.
- Le risque lié à l'environnement.

Axe N°1 :

- **Relation d'objet**

Sarah semble engagée dans une relation d'objet de type prégénital, caractérisée par une prédominance des positions schizo-paranoïde et dépressive (Klein), témoignant d'un fonctionnement encore tributaire de mécanismes de défense archaïques, tels que le clivage, l'idéalisation et la projection.

L'image de la mère a certes été intégrée, mais reste profondément ambivalente: le bon objet et le mauvais objet coexistent sans intégration, comme en témoigne son discours oscillant entre des rapports tendus, voire conflictuels, et des liens qu'elle qualifie de

fusionnels. Elle relate fréquemment des disputes verbales, tout en affirmant être « la confidente » et « la préférée » de sa mère, illustrant l'instabilité de l'objet interne et l'absence de représentation maternelle unifiée. Cette oscillation entre amour et ressentiment témoigne d'un investissement objectal instable, fortement influencé par des fantasmes de réparation et des besoins de réassurance narcissique.

Le discours de Sarah laisse supposer que la mère a pu initialement constituer un objet partiel relativement sécurisant, assurant dans les premiers mois une forme de holding permettant une première structuration du Moi. Toutefois, la maladie grave de la mère lorsqu'elle avait 4 ans a vraisemblablement représenté un effondrement du holding, vécu par Sarah comme une rupture brutale dans le lien primaire. Elle parle d'une mère devenue «absente émotionnellement» et «épuisée», révélant l'expérience d'un objet maternel désinvesti ou persécuteur dans sa perception infantile. Cette expérience semble avoir fixé un objet défaillant au cœur de son appareil psychique, ravivant une angoisse d'abandon précoce et contribuant à une relation objectale marquée par la peur de la perte ou de l'effondrement de l'autre.

Ce trauma relationnel précoce a pu entraver l'intériorisation stable de l'objet primaire, laissant Sarah dans une forme de dépendance affective non résolue, souvent compensée par des mécanismes de rationalisation ou de figement émotionnel. La difficulté à contenir et symboliser ses affects reflète une carence dans l'étayage maternel interne, laissant place à un Moi fragile et défensif, contraint à recourir à des modes de gestion émotionnelle peu élaborés.

Sur le plan du préconscient, l'organisation du récit de Sarah traduit un clivage entre le matériel et l'affectif : ses souvenirs sont fragmentés, parfois incohérents, et se structurent davantage autour d'éléments concrets (logement, argent, école), tandis que l'affect semble soit désinvesti, soit surgissant de manière brutale et non maîtrisée. La seule exception notable est le souvenir de solitude et d'impuissance lors des hospitalisations de sa mère, qui semble réveiller une expérience primitive de perte d'objet, affectivement très chargée.

En grandissant, Sarah a endossé un rôle de suppléance maternelle auprès de ses cadets, ce qui renforce l'idée d'un renversement des positions générationnelles : en l'absence d'un objet parental suffisamment contenant, elle s'est trouvée contrainte de devenir elle-même un « objet-soutien » pour autrui, sans que ses propres besoins infantiles aient été reconnus ou métabolisés. Ce processus de parentification a favorisé une identification à un rôle de dévouement et de sacrifice, avec des répercussions sur sa construction identitaire féminine,

marquée par une ambivalence entre le désir d'être aimée et la peur d'être absorbée ou abandonnée.

En guise de synthèse de la trajectoire psychique de Sarah, on peut dire qu'elle est marquée par:

- Une relation d'objet précoce clivée, oscillant entre idéalisation et persécution.
- Une interiorisation fragile de l'objet maternel, affectée par une rupture brutale du holding.
- Des mécanismes de défense archaïques (clivage, déni, idéalisation) entravant l'intégration émotionnelle.
- Une fonction parentale internalisée déficiente, ayant conduit à une parentification précoce.
- Une difficulté à accéder à une position dépressive intégrée, condition pourtant nécessaire à l'élaboration psychique et à la capacité de symboliser la perte.

Sarah évoque une fausse couche précoce, qu'elle n'a jamais confiée à son entourage. Cet événement, bien que relégué dans les marges de son discours, puisqu'elle n'en parle jamais, semble constituer un point de cristallisation psychique important. Il s'agit d'un vécu fortement chargé émotionnellement, mais peu symbolisé, dont les retours intrusifs à la conscience témoignent d'une fixation traumatique sur un mode non élaboré. Le souvenir n'est pas véritablement intégré dans une narration cohérente, mais revient sous forme de pensées douloureuses, associées à une culpabilité sourde et un retrait affectif, comme si l'événement demeurait enkysté dans le psychisme.

Ce type d'inscription psychique évoque une mémoire affective non digérée, proche de ce que la psychosomatique intégrative décrit comme une trace mnésique encapsulée, ayant échappé à la métabolisation psychique. Dans cette perspective, on peut penser que la fausse couche de Sarah s'est constituée comme un point de rupture traumatique, réactivant la faille narcissique précoce liée à la défaillance du holding maternel. La perte de cet objet interne – l'enfant attendu, porteur peut-être d'une réparation imaginaire – ravive alors des expériences plus anciennes d'abandon et d'impuissance, que Sarah semble contenir à l'aide de mécanismes défensifs primitifs (dissociation, clivage, rationalisation).

L'absence de verbalisation de cette épreuve, tout comme la difficulté à la relier à d'autres dimensions de son histoire, traduit une organisation psychique où les processus de liaison entre affect et représentation sont fragiles. Le Moi, insuffisamment armé pour contenir

cette charge émotionnelle, laisse émerger des éléments désaffectivés, isolés, qui traversent le discours sans véritable intégration. D'un point de vue neuropsychologique, on pourrait évoquer une désynchronisation entre les systèmes limbique et préfrontal (cf. Damasio), où l'émotion brute ne parvient pas à s'inscrire dans un récit signifiant, ce qui favorise les réactivations douloureuses.

Ainsi, la fausse couche, bien que peu évoquée, apparaît comme un événement-clé dans la continuité de la relation d'objet de Sarah : elle s'inscrit dans une logique de perte répétée d'un objet insuffisamment fiable, de déception des attentes de réciprocité, et de solitude psychique face à l'épreuve. Il serait alors possible de penser cette séquence non seulement comme un événement de vie douloureux, mais comme un réactivateur d'un noyau de détresse ancienne, témoignant de la fragilité de la structuration psychique face aux expériences de perte.

- **Hypothèse sur la famille:**

Un climat familial relativement stable matériellement, une mère très présente et un père peu présent mais décrit malgré tout comme aimant mais distant, souvent absorbé par son travail. Sarah a donc grandi dans un environnement stable mais où les affects étaient peu présents et la verbalisation émotionnelle pas encouragée.

- **Évaluation de la dimension narcissique:**

Le fonctionnement narcissique de Sarah semble marqué par une fragilité du narcissisme primaire, liée à une défaillance précoce de l'environnement maternel contenant. Si la mère a pu dans un premier temps assurer un minimum d'étayage, l'épisode de sa maladie grave (lorsque Sarah avait 4 ans) a probablement interrompu le processus de Holding maternel nécessaire à la constitution d'un self cohésif (Kohut). Cette rupture a pu empêcher la consolidation d'un sentiment de valeur personnelle stable, laissant Sarah en quête de réassurance narcissique constante.

Sur le plan manifeste, Sarah se présente comme rationnelle, contenue, fonctionnelle, avec peu d'expression émotionnelle. Ce mode de présentation peut être interprété comme un faux self (Winnicott), destiné à masquer une insécurité narcissique profonde. Sa focalisation sur des éléments concrets (stabilité financière, responsabilités familiales) et son évitement du registre affectif témoignent d'un investissement narcissique défensif, où l'accomplissement de rôles valorisants (enfant modèle, aînée responsable) sert à maintenir une estime de soi fragile.

La relation ambivalente avec sa mère, décrite comme à la fois fusionnelle et conflictuelle, révèle une dépendance affective narcissique non résolue. Se dire « préférée » ou « confidente » tout en relatant des conflits intenses suggère une tentative de restaurer un objet idéal pour ne pas confronter la déception et l'abandon. On peut y voir une idéation réparatrice narcissique, où Sarah tente de se convaincre qu'elle est « spéciale » pour éviter l'effondrement d'un lien d'attachement défaillant.

La pauvreté affective dans son discours, couplée à des moments d'émotion brute (comme lors de l'évocation de la solitude pendant les hospitalisations de sa mère), renforce l'hypothèse d'un narcissisme défensif structuré sur la déconnexion émotionnelle. Ce clivage entre affect et représentation de soi pourrait correspondre à une structure limite avec traits narcissiques, dans laquelle l'image de soi est instable et fortement dépendante du regard d'autrui.

L'investissement dans la position parentifiée a probablement renforcé un narcissisme fondé sur la valorisation par la fonction : « être utile », « être forte », au détriment de l'écoute des besoins infantiles. Ce type d'organisation narcissique tend à créer une suradaptation douloureuse, source de fatigue psychique et corporelle. Le SOPK (syndrome des ovaires polykystiques), dans cette perspective psychosomatique, peut être interprété comme une forme d'expression corporelle d'un conflit narcissique et identitaire, notamment autour de la féminité vécue comme une charge plutôt qu'un espace de désir.

Ainsi, le fonctionnement narcissique de Sarah est caractérisé par:

- Une fragilité narcissique primaire, liée à une carence de mirroring maternel.
- Une dépendance affective et narcissique à l'objet maternel, teintée d'idéalisation dévalorisation.
- Un faux self surinvesti, masquant un Moi incertain et peu intégré.
- Une estime de soi **conditionnelle**, dépendante de la reconnaissance externe.
- Un clivage entre affect et représentation de soi, avec des défenses de type dissociation, rationalisation, suradaptation.
- Un narcissisme de fonction (soutien, sacrifice), associé à un renoncement au narcissisme de désir.
- **La dimension masochique:**

Cette trajectoire relationnelle marquée par la discontinuité affective et la parentification précoce laisse également entrevoir une dimension masochique latente, qui

teinte en profondeur l'organisation défensive de Sarah. Très tôt assignée à un rôle de soutien maternel, elle semble avoir trouvé une forme de reconnaissance dans l'effacement de ses propres besoins au profit de ceux des autres, notamment de sa mère. Ce renoncement précoce à la dépendance infantile et cette suradaptation silencieuse peuvent être lus comme les marqueurs d'un surmoi sévère, intériorisé dans un environnement où l'amour se mérite par la loyauté, la retenue et le sacrifice.

Sarah évoque peu ses souffrances de manière directe, sauf dans quelques instants de débordement émotionnel, ce qui renforce l'hypothèse d'un refoulement important de l'agressivité, retournée contre le Moi sous forme de dévalorisation ou d'hypercontrôle. Elle ne se plaint pas, rationalise ses blessures, et trouve dans l'abnégation une manière d'exister pour l'Autre. Dans sa relation à la mère, marquée par une ambivalence fondamentale, être la « préférée » semble s'acheter au prix d'une soumission affective implicite. Ce modèle relationnel, où l'amour passe par le don de soi, peut être considéré comme un noyau masochique structurant, qui informe également sa perception de la féminité – vécue non comme puissance ou désir, mais comme charge silencieuse, tension, et perte de soi.

Cette tonalité masochique participe au maintien d'objets défaillants, investis malgré leur carence, dans une forme de fidélité paradoxale : mieux vaut souffrir en lien que risquer la perte. Ainsi, au-delà d'une fragilité du Moi et d'une expression affective restreinte, Sarah semble organiser son économie psychique autour d'un idéal sacrificiel, révélateur d'une relation d'objet dominée par la dette, la culpabilité et le renoncement, plus que par la réciprocité ou le plaisir partagé.

Sur le plan psychosomatique, cette organisation masochique pourrait éclairer l'apparition du SOPK : la féminité, vécue comme lieu de charge et de responsabilité, s'incarne dans un corps qui exprime à la fois un blocage pulsionnel (cycle irrégulier, résistance à la fertilité) et une tensionsomatique non métabolisée. Le corps devient ainsi le théâtre d'un conflit non symbolisé entre le désir d'exister pour soi et l'obligation de se taire pour l'Autre. La psychosomatique intégrative (Stora) permet ici de penser que l'absence de traitement psychique de la détresse (faute de symbolisation suffisante) conduit à une décharge dans le corps, là où le psychisme échoue à contenir.

Du point de vue des neurosciences affectives, on peut évoquer les travaux d'Antonio Damasio sur les marqueurs somatiques et l'émotion comme guide de la décision. Chez Sarah, l'accès restreint aux représentations émotionnelles conscientes (pauvreté du récit affectif,

rationalisation) empêche l'intégration des expériences vécues dans un récit cohérent. Cela limite l'efficacité du système de régulation émotionnelle, notamment le dialogue entre cortex préfrontal (siège des fonctions réflexives) et structures limbique et hypothalamo-pituitaire (où se gèrent stress et homéostasie hormonale). Un stress chronique non symbolisé peut ainsi engendrer des dérèglements du système neuroendocrinien, notamment de l'axe HPG (hypothalamo-hypophyso-gonadique), impliqué dans les troubles de l'ovulation. Autrement dit, l'histoire affective de Sarah, marquée par une carence en sécurité interne, pourrait avoir contribué à l'installation de ce syndrome ovarien, comme expression corporelle d'un conflit psychique silencieux.

- **L'évaluation de l'épaisseur du préconscient:**

Chez Sarah, le récit autobiographique se présente de manière morcelée, sans fil narratif clair ni mise en lien affective des événements. Les souvenirs sont relatés comme des faits bruts, déconnectés de toute élaboration émotionnelle ou symbolique, traduisant un fonctionnement préconscient peu structuré et une difficulté à inscrire son histoire dans une continuité psychique signifiante.

Ce déficit d'élaboration se manifeste par plusieurs indicateurs :

- Une capacité associative très réduite: Sarah peine à tisser des liens entre ses expériences, ce qui entrave l'intégration subjective des vécus passés.
- Une vie onirique appauvrie : elle rapporte peu de rêves, essentiellement répétitifs, souvent teintés d'un besoin de contrôle ou d'anticipation anxieuse, sans espace onirique de transformation ou de symbolisation. Le fait que le sommeil de Sarah soit non réparateur malgré une vie onirique riche suggère une surcharge émotionnelle non traitée dans l'espace psychique diurne, qui se décharge partiellement la nuit, mais sans permettre une véritable transformation symbolique. Le rêve ne fonctionne donc pas ici comme un espace de liaison apaisant, mais comme un lieu d'émergence brute de contenus inconscients, parfois traumatiques ou anxiogènes. Cela peut indiquer que les mécanismes de rêverie au sens bionien sont activés mais insuffisamment contenantants : les éléments bêta (impressions sensorielles et émotionnelles brutes) peinent à être transformés en éléments alpha (pensées pensables), d'où des rêves intenses mais peu intégrateurs.
- Une absence de sublimation : les tensions internes ne semblent pas être dérivées vers des formes d'expression créative ou relationnelle ; l'investissement se concentre

presque exclusivement sur des tâches concrètes ou des préoccupations rationnelles, avec une valorisation excessive du fonctionnement intellectuel.

- Une projection dans l'avenir rigide et désaffectivée: Sarah envisage son futur en termes exclusivement matériels (sécurité financière, stabilité du foyer), sans élaboration imaginaire, affective ou symbolique. Aucune activité de loisir n'est investie de manière signifiante ; ses moments de détente se réduisent à une navigation passive sur son téléphone, centrée sur l'apparence physique ou des contenus superficiels.

Sur le plan spirituel, une forme de vacuité s'observe également: Bien qu'elle affirme prier régulièrement, cette pratique semble ritualisée, presque compulsive, déconnectée d'un vécu subjectif ou d'un dialogue intérieur vivant. Aucune ressource symbolique ou spirituelle ne semble mobilisable en période de crise, ce qui renforce le sentiment de vulnérabilité psychique

En somme, le tableau clinique suggère:

- Une organisation préconsciente fragile, entravant l'élaboration et la mise en sens des affects.
- Un appauvrissement de la vie fantasmatique et créative, limitant les processus de symbolisation.
- Un repli défensif sur l'intellect, utilisé comme mécanisme principal de régulation de l'angoisse face à une vie intérieure peu investie et insuffisamment représentée.

Axe 1B – États psychiques et événements de vie personnels

- **Angoisse:**

Chez Sarah, l'angoisse est intense mais largement enkystée, contenue par un fonctionnement défensif rigide. Le lien fusionnel précoce avec la mère, suivi d'une rupture brutale, a vraisemblablement généré une insécurité affective majeure. Cela s'actualise aujourd'hui par :

- Un besoin compulsif de contrôle sur l'environnement, réduisant l'imprévisibilité ;
- une peur marquée du changement, perçu comme une menace à l'équilibre interne ;
- un attachement rigide à des routines sécurisantes, malgré une souffrance liée à leur caractère limitant ;
- une incapacité à tolérer l'incertitude, indicatrice d'une faible résilience psychique.

Du point de vue neurobiologique, ces traits peuvent correspondre à une hyperactivation chronique de l'amygdale, impliquée dans la détection du danger, avec une hypofonctionnalité relative du cortex préfrontal ventromédian, qui freine normalement les réponses émotionnelles inadaptées. L'absence de régulation émotionnelle efficace favorise une hypervigilance anxieuse et des stratégies d'évitement, visibles dans le repli sur les habitudes.

- **Deuil**

Sarah a été confrontée à plusieurs pertes (notamment deux fausses couches précoces), évoquées sans affect ni élaboration psychique. Ces expériences non symbolisées contribuent à une peur diffuse de la maternité, teintée de représentations idéalisées et culpabilisantes. Cette incapacité à traiter le deuil pourrait être interprétée comme une dysfonction de la mémoire autobiographique affective, avec un encodage émotionnel faible ou dissocié - phénomène fréquent dans les contextes de stress précoce.

En neurosciences affectives, le traitement des pertes implique une coordination entre hippocampe, amygdale et insula antérieure; un dysfonctionnement de ces réseaux (souvent observé en cas de traumatismes infantiles) limite l'intégration émotionnelle de l'événement, empêchant l'élaboration narrative.

- **Traumatismes**

Sarah rapporte des vécus traumatiques: une mère absente à un âge précoce de Sarah, harcèlement scolaire, pression maritale, fausse couche. Ces épisodes n'ont pas été traités psychiquement, ce qui se manifeste par :

- Une intellectualisation marquée (stratégie de défense typique du cortex préfrontal dorsolatéral pour inhiber l'émotion brute) ;
- un évitement affectif;
- une adhésion rigide à des normes culturelles (devoir, respect des attentes parentales) sans appropriation subjective.

Les recherches en neurosciences ont montré que les traumatismes précoces peuvent modifier durablement l'architecture cérébrale, en particulier les circuits limbiques (amygdale, hippocampe) et préfrontaux, responsables de la mémoire émotionnelle, de la mentalisation et de la flexibilité cognitive. Chez Sarah, la difficulté à penser ses traumatismes suggère un défaut de « métabolisation psychique » du choc, dont les traces sont encore actives sous forme de tension somatique, d'angoisse masquée et d'inhibition.

• Potentiel d'élaboration

Malgré ces rigidités, le fait que Sarah investisse le cadre thérapeutique et verbalise que «parler lui fait du bien» témoigne de l'existence d'un potentiel d'élaboration psychique, encore peu mobilisé. Cela suggère que le système de mentalisation réflexive, bien que fragilisé, n'est pas absent: il peut être réactivé dans une relation thérapeutique suffisamment empathique, stable et contenant.

L'enjeu sera de réassouplir les connexions entre affect et représentation, de restaurer la fonction de rêverie (au sens de Bion) et d'aider Sarah à relier son vécu émotionnel à une narration cohérente, tout en soutenant les mécanismes cérébraux d'intégration affective et cognitive (réseaux par défaut⁴, régulation émotionnelle, mémoire autobiographique).

⁴Le réseau par défaut (DMN) est un réseau de régions cérébrales qui s'active **au repos**, c'est-à-dire quand nous ne sommes pas engagés dans une tâche extérieure précise. Il est particulièrement actif lorsque nous :

- rêvassons,
- laissons notre esprit vagabonder,
- nous remémorons le passé,
- nous imaginons le futur,
- réfléchissons sur nous-mêmes ou sur les autres (méta-cognition),
- construisons un récit interne (narrativité de soi).

Le DMN implique principalement :

- Le cortex préfrontal médian (lié à la réflexion sur soi, l'identité),
- Le précuneus / cortex pariétal postérieur (introspection, imagerie mentale),
- Le cortex cingulaire postérieur (intégration des émotions et mémoire autobiographique),
- L'hippocampe (mémoire épisodique, imagination),
- Le cortex temporal médian (accès aux souvenirs, aux représentations sociales).

Pourquoi est-il important en clinique ?

Chez des personnes comme Sarah, on observe souvent un appauvrissement ou une rigidité du réseau par défaut, qui se manifeste par :

- une difficulté à accéder aux souvenirs personnels de façon émotionnellement signifiante ;
- une imagination pauvre ;
- une incapacité à représenter le futur autrement qu'en termes matériels ou stéréotypés ;
- un déficit dans la mentalisation (réflexion sur ses états mentaux et ceux d'autrui).

Ces altérations sont souvent associées à des traumatismes précoces, des états dépressifs, ou des troubles dissociatifs, où le lien entre affect, mémoire et représentation de soi est perturbé.

En thérapie :

- **Influence de la culture sur le fonctionnement psychique:**

Chez Sarah, on observe une faible capacité d'élaboration personnelle autour de ses croyances et valeurs culturelles. Son discours reste dominé par des représentations sociales largement partagées, souvent rigides et stéréotypées, qu'elle reprend sans distance critique ni appropriation subjective.

Ce fonctionnement évoque la notion de "faux self" telle que décrite par Winnicott (1957) : une structure défensive dans laquelle le sujet se conforme aux attentes de l'environnement au détriment de l'expression de son "vrai self", plus authentique mais également plus vulnérable. Ce faux self s'est développé chez Sarah, dans un contexte de carence affective maternelle précoce et d'exigences éducatives sévères, ce qui a contribué à :

- Une fragilité du Moi, insuffisamment soutenu dans ses fonctions de symbolisation et de différenciation.
- une scission entre un vrai self enfoui et un faux self socialement adapté, qui fonctionne par imitation plutôt que par intériorisation.
- Son adaptation sociale, bien qu'apparemment fonctionnelle, reste superficielle : Sarah donne une image « convenable » d'elle-même, conforme aux normes attendues, mais sans réelle intériorisation affective ou symbolique de ces repères.

Le travail thérapeutique devra viser à réactiver son vrai self, en recréant des conditions de sécurité affective et en soutenant l'émergence d'un espace psychique propre, capable d'élaboration subjective et de différenciation identitaire.

Un objectif implicite du travail thérapeutique (notamment psychanalytique ou narratif) est de réactiver ou enrichir le réseau par défaut :

- en favorisant l'élaboration d'une narration personnelle cohérente,
- en stimulant l'accès aux images mentales, aux affects enfouis, à la pensée symbolique,
- en réhabilitant la capacité de rêverie (au sens de Bion) et d'imaginer autrement.

Ainsi, réorganiser le récit de soi, restituer du sens au passé, projeter des possibles sont autant de moyens de restaurer un fonctionnement cérébral plus souple et intégré — donc, psychiquement plus vivant.

Axe 1C – Points de fixation et régression

Le fonctionnement psychique de Sarah présente des points de fixation archaïques, situés principalement au stade prégénital oral.

- **Fixations somatiques:**

Sarah présente des troubles gynécologiques récurrents (difficultés de conception, fausses couches), pouvant être compris comme expressions corporelles de conflits psychiques non élaborés. Elle souffre également de troubles digestifs fonctionnels (nausées inexplicables), d'algies diffuses (maux de tête) et d'une fatigue chronique, qui semblent traduire une charge émotionnelle non symbolisée.

- **Fixations psychiques :**

L'environnement de développement de Sarah était marqué par une frustration affective répétée, entravant la maturation harmonieuse du Moi et du Self. Son identité reste fragile, avec une difficulté manifeste à reconnaître ses propres désirs, et une problématique de la féminité non pleinement élaborée.

Ainsi, lorsqu'elle parle de ses difficultés liées à la maternité, Sarah externalise systématiquement les causes (stress, climat, "mauvais œil") et n'envisage jamais de vulnérabilité psychique ou de transmission inconsciente, ce qui témoigne d'une blessure narcissique profonde liée à l'absence de reconnaissance de son individualité dès l'enfance.

Axe 1D — Mécanismes de défense du Moi

On observe chez Sarah, plusieurs mécanismes de défense caractéristiques :

- Inhibition et évitement des représentations psychiques conflictuelles.
- Déné partiel de la réalité psychique, se traduisant par une minimisation de ses douleurs et de ses échecs personnels.
- Intellectualisation marquée, qui s'appuie sur des discours convenus, empruntés au sens commun, afin de garder une certaine distance émotionnelle.
- Un retournement de l'agressivité contre soi est également perceptible, notamment à travers: Des troubles psychosomatiques (fausses couches, fatigue inexplicable) ; un rapport douloureux et ambivalent à son propre corps.

On peut supposer que l'angoisse massive de persécution intérieure est contrebalancée par une sur-adaptation externe et une rigidité défensive, destinées à protéger son Moi fragile.

Axe 1E — Traits de caractère**Traits oraux :**

Angoisse d'abandon prononcée, entraînant des difficultés dans les relations intimes.

Refoulement des pulsions agressives, avec une incapacité à exprimer ses colères.

Traits anaux :

- Besoin rigide de contrôle sur son environnement.
- Planification rigoureuse et tendance à vouloir maîtriser la situation : « J'ai tout prévu pour la suite ».
- Manifestations d'une hystérie archaïque, où Sarah exprime parfois des plaintes corporelles théâtralisées, sans affect apparent, traduisant une forme primitive d'appel à l'aide.

Axe 1F — Activités sublimatoires

Activités artistiques : Absentes.

Activités sociales: Limitées au cercle familial immédiat, avec une participation sans réel investissement affectif.

Activités spirituelles: Pratique religieuse ritualisée, sans réelle élaboration personnelle ou réflexion intérieure.

Activités sportives: Absentes.

Activités culturelles: Aucune mention d'intérêt pour les loisirs culturels (lecture, cinéma, sorties enrichissantes).

AXE 2 — Comportements et manifestations corporelles dans la relation

Chez Sarah, les affects s'expriment principalement par le corps et le comportement, en l'absence d'élaboration verbale suffisante. Le langage corporel prend le relais d'une parole psychiquement empêchée :

- Pleurs discrets: Au cours des entretiens, Sarah est parfois submergée par des pleurs discrets, traduisant une angoisse profonde difficilement verbalisable.
- Évitement de la relation affective: Elle privilégie des interactions superficielles et contrôlées, fuyant les confrontations émotionnelles directes.

- Isolement social: Ses liens sont majoritairement restreints au cercle familial immédiat. Elle se tient à distance des autres, par repli défensif.
- Dénî de la réalité traumatique: Sarah tend à minimiser l'impact psychique de ses expériences douloureuses (carences affectives, fausses couches, conflits conjugaux), adoptant un discours banalisant.
- Épuisement libidinal: Elle présente une perte manifeste de vitalité et de plaisir, exprimée par une fatigue chronique et un désintérêt pour les activités du quotidien.
- Répétitions somatiques: Les troubles somatiques (migraines, douleurs digestives, problèmes de reproduction) semblent rejouer, sur le mode corporel, les traumatismes non intégrés.
- Difficultés identitaires: Sarah manifeste une relation floue à son identité féminine, avec un sentiment diffus d'étrangeté à elle-même.
- Absence d'investissement corporel: Elle ne pratique aucune activité physique ou sportive, ce qui empêche la décharge des tensions internes et favorise leur inscription dans le corps.
- Un point d'appui pour le travail thérapeutique: Malgré cette symptomatologie lourde, Sarah montre une bonne réceptivité aux entretiens psychothérapeutiques. Le fait de pouvoir enfin parler lui procure un soulagement manifeste, ce qui constitue un levier précieux pour la suite du travail clinique.

AXE 3 — Capacité d'expression des affects:

- L'histoire développementale de Sarah s'inscrit dans un cadre éducatif marqué par une forte inhibition affective, où l'expression des émotions, en particulier des pulsions de colère ou de tristesse, était implicitement proscrite :
- Expression affective restreinte: Sarah manifeste peu d'expressions émotionnelles spontanées. La colère, lorsqu'elle apparaît, est rarement dirigée vers les figures proches. Elle prend des formes détournées, souvent exprimées dans le cadre thérapeutique sous forme de plaintes ou de demandes implicites de soin.
- Idéalisation parentale défensive: Son père, figure autoritaire, est protégé de toute critique. Cette idéalisation défensive empêche l'élaboration de conflits intrapsychiques, notamment autour des frustrations infantiles.
- Retrait affectif et pauvreté émotionnelle: Dans ses relations quotidiennes, Sarah adopte un comportement de retrait, avec une faible capacité de partage émotionnel.

Les affects refoulés, notamment les émotions traumatiques non symbolisées, semblent enkystés, contribuant à un appauvrissement global de sa vie affective.

AXE 4 : Risques liés à l'environnement personnel, familial et socioprofessionnel

- L'environnement actuel de Sarah présente plusieurs facteurs de risque psychosocial importants, aggravant son état psychique et somatique :
- Milieu familial peu contenant: Le cadre familial de Sarah est marqué par une rigidité normative et un manque d'expression de soi.
- Surcharge domestique: Sarah assure seule la prise en charge des tâches domestiques, elle est par ailleurs très fatiguée au travail avec un entourage qui ne comprend pas cet épuisement. Cette charge mentale constante entraîne une désorganisation de ses repères internes, avec une difficulté marquée à articuler ses besoins personnels à ceux de son entourage.
- Isolement socioprofessionnel: son quotidien limité en relation accentue sa dépendance affective vis-à-vis du cercle familial et alimente un processus d'enfermement psychique.

AXE 5 : Évaluation de l'état somatique : L'histoire somatique de Sarah est marquée par une chronicité et une intensification des troubles, en lien étroit avec son vécu psychique :

- Adolescence: Apparition de migraines chroniques et de troubles digestifs récurrents, sans étiologie organique identifiée.
- Vers 18 ans: Fatigue chronique persistante, non expliquée médicalement, évoquant un syndrome d'épuisement psychique précoce.
- À partir de 22 ans: Troubles gynécologiques majeurs, avec stérilité primaire malgré un désir d'enfant affirmé.
- Vers 24ans: Une fausse couche spontanée, accompagnée d'hémorragie importante. Ces événements ont accentué la fatigue chronique et provoqué une recrudescence des troubles somatiques (migraines, troubles digestifs).
- Depuis 2024: Aggravation de l'ensemble des symptômes somatiques dans un contexte d'épuisement psychique généralisé. Les traitements médicaux restent peu efficaces.

2.4 Évaluation globale du fonctionnement psychosomatique

L'histoire développementale de Sarah révèle un déficit important dans l'étayage psychique des fonctions corporelles, en particulier sexuelles et reproductives. Ce

désinvestissement partiel de certaines fonctions somatiques semble lié à une carence affective précoce, dans un contexte maternel marqué par l'instabilité émotionnelle et une disponibilité psychique insuffisante. Ces conditions ont entravé la construction d'un schéma corporel unifié et d'une identité féminine suffisamment intégrée.

Les affects et conflits psychiques non symbolisables tendent à se traduire par des décharges somatiques, au détriment d'une élaboration psychique. On peut évoquer ici une névrose d'angoisse à dominante somatique.

Les manifestations cliniques -stérilité primaire, avortement spontané, maux de tête chroniques, troubles digestifs, fatigue persistante- témoignent d'une désorganisation psychosomatique profonde. Elles signalent une incapacité du Moi à mobiliser des processus secondaires de traitement de l'angoisse, avec une prédominance de mécanismes archaïques tels que le déni ou la somatisation massive.

L'unité psychosomatique de Sarah apparaît ainsi fragile, instable, marquée par une faible capacité d'intégration des vécus affectifs et une immaturité notable dans les processus d'élaboration psychique.

2.1.3 Diagnostic selon la nosographie psychosomatique

Trouble du narcissisme (172): Difficulté à soutenir une image de soi stable et valorisante, avec des atteintes de l'estime de soi et un besoin de reconnaissance accru dans les relations.

Trouble de l'identité (173) : Rapport au corps instable, trouble de l'investissement de l'identité féminine, difficulté à habiter son corps comme lieu du désir et de la subjectivité.

- **Évaluation du risque psychique**

Critère	Cotation
1. Processus et mécanismes psychiques	4
2. Prévalence des comportements dysfonctionnels	4
3. Capacité à exprimer les affects	4
4. Risques liés à l'environnement	4
Total	16

- **Évaluation de l'axe somatique (Axe 5)**

- **Risque somatique** : 4 (risque très élevé) selon la CIM 9 : (703), en lien avec les nombreuses manifestations corporelles (syndrome des ovaires polykystiques, fausses couches, fatigue chronique, migraines).
- **Évaluation complète des risques psychosomatiques**: $16 + 4 = 21$

Le risque psychosomatique est très élevé: Selon la psychosomatique intégrative et au vu des résultats, il est recommandé que Sarah bénéficie d'une prise en charge psychothérapeutique spécialisée, intégrant la dimension psychosomatique, afin de soutenir un travail de remobilisation du psychisme autour de son

- **Conclusion clinique des données des entretiens:**

Le cas de Sarah illustre une économie psychosomatique dans laquelle l'élaboration symbolique est largement entravée. Le corps prend en charge l'excès d'angoisse, les affects non intégrés et les conflits non mentalisés. Cette organisation témoigne d'un Moi affaibli, d'une faible capacité de représentation et d'une structuration identitaire lacunaire. La démarche thérapeutique devra viser un réinvestissement progressif de la parole, une restauration narcissique, ainsi qu'un travail d'intégration des affects et de liaison psyché-soma, en soutenant notamment la subjectivation du féminin et la mise en sens du vécu corporel.

2.2 Résultats et analyse du test Rorschach: Cas Sarah 30ans

Tableau N° 06 : Protocole de Rorschach du cas Sarah

Planche	Test	Enquête	Cotation
Planche I	<ul style="list-style-type: none"> deux oiseaux face à face . 	D. Latérale droit (forme)	• G.D F+ A
Planche II	<ul style="list-style-type: none"> deux mains qui se rejoignent au centre. une tâche symétrique évoquant un souvenir flou ,comme une scène du passé 	G.toute la planche (forme) . D.médiane supérieure (tête). Dd latérale inférieur (pattes). D.rouge(forme et couleurs).	GF- Hd Remarque symétrie
Planche III	<ul style="list-style-type: none"> une forme de rein rouge . d ikhef n l3ebd iwsawen (une tête humaine en haut) . un dauphin ou un poisson. un bébé en formation dans un utérus. impression initiale de quelque chose d'étrange. 	<ul style="list-style-type: none"> D. Médiane rouge. D . Haut latérale (tête) . D.bas latérale (dauphin, poisson) . D noir inférieur (bébé). G toute la planche (forme) . 	<ul style="list-style-type: none"> • D .C F+ Anat. •D F+ Hd . • D F+- A • D F- Anat Commentaire et critique du matériel
Planche IV	<ul style="list-style-type: none"> une figure étrange ,presque monstrueuse . un oiseau vu de profil. 	<ul style="list-style-type: none"> G toute la planche (forme) . 	• G Fclob+ (H)

		<ul style="list-style-type: none"> D. extrémité médiane supérieure (forme) Dd. Partie inférieure.	
Planche V	une chauve-souris vue de face .	G . Toute la planche (forme)	G F+ A Ban
Planche VI	une tête de dauphin en haut une petite souris stérilisée au bas de la planche.	D . Extrémité supérieure (tête dauphin) D. Axe inférieur médian (souris	D F- Ad D F+ A
Planche VII	yweth n teqchichth Tes3a ch3er wahi d ifassen (une petite fille avec des cheveux et des mains) . taqchichthitnitemchavah. (une autre fille similaire). un chat stérilisé avec ses oreilles et sa tête.	D, haut latérale (première fille) D. Latérale secondaires (deuxième fille) <ul style="list-style-type: none"> D. Latérale inférieur (chat). 	D.F+H D F+ H. (Remarque ressemblance) D F- A
Planche VIII	deux lions ou un lion et un tigre. une radio des poumons au centre. un utérus stérilisé en bas .	D. Rose latérale (lion) D Bleue médian (radio) .	D F+ A D F- radio. anat. D F- Anat.

		D Orange inférieur (ultérus)	
Planche IX	Col de l'utérus (bloqué pour continuer)	G . Toute la planche (forme) D.Dd. Grande lacune centrale + parties brunes latérales.	G F- . Anat. (Persévérance)
Planche X	sexe féminin place du bébé dans l'utérus. Vagin Stérilisé insectes, araignée.	D.brunlatérale. bas (sexe féminin) D gris médian,(haut vagin). Dbleu latéral (bébé) G.toute la planche (insecte)	G.D F + sexe. D F- Anat. (Persévérance) D F- Anat. (persévérance) D F+ A .ban

Choix positifs (+) : Planche II : « parce que je sais ce que c'est un indice d'un espoir.

Planche X : « parce que cela concerne la femme »

Choix négatifs (-) : Planche IV : « parce qu'elle m'a fait peur ».

Planche IX : « parce qu'elle m'a bloquée »

Tempstotal : 40 minutes.

Tableau N° 7 : Psychodrame de Rorschach du cas Sarah

Production	Mode d'appréhension	Déterminant	Contenus
R = 21	G = 7 (33 %)	F = 19	A = 8
R. addit : 0	D = 14 (67 %)	F+ = 10	A% = 38
Temps total : 40 min	Dd = 0	F- = 9	(A) = 0
Temps de lat. moy : 1mn17s.R	Dbl = 0	F+- = 0	Ad = 1
Refus = 0	Do.Di = 0	F% = 90 %	(Ad) = 1
TRI = C > K	Succession : D G	F+ % = 53 %	H = 2
F. compl : RC : 32 %		F- % = 31 %	(H) = 1
Indice d'angoisse (IA) : 48%		F.CLOB = 1	(Hd) = 2
		FC = 0	H % = 14 %
		CF = 1	Obj = 0
		C = 0	Anat = 6
		FE = 0	Anat % = 29 %
		EF = 0	Sex = 2
		E = 0	Sex % = 0.0952 %
			Bot = 0
			Abstr = 0

		$K = 0$ $KC = 0$ $Kan = 0$ $Kp = 0$ $Kobc = 0$ $Clob = 0$ $Clob \% = 0\%$	$Fragmt = 0$
--	--	---	--------------

2.2.1 Processus mentaux – Analyse du protocole

Le protocole de Sarah témoigne d'une attitude défensive modérée face au test. Bien que moins marquée que chez d'autres sujets au profil évitant, on observe une réticence implicite à l'implication personnelle dans les réponses. Le recours à des réponses globales ($G = 33 \%$) se situe dans la norme, mais celles-ci restent souvent simples et peu élaborées, traduisant une mise à distance de sa réalité interne et un évitement des investissements affectifs profonds.

Parmi les 21 réponses produites, 14 relèvent des grands détails ($D = 67 \%$). Ce taux élevé suggère une focalisation sur des éléments évidents et directement accessibles du champ perceptif, au détriment de la subtilité et de l'exploration en profondeur. L'absence totale de petits détails ($Dd = 0$) souligne une difficulté d'analyse fine, un traitement cognitif globalement superficiel, et surtout un refus inconscient de s'approcher des éléments porteurs de charge affective ou potentiellement menaçants.

Le taux très élevé de réponses formelles ($F\% = 90 \%$) atteste d'une pensée globalement cohérente, logique, et ancrée dans la matérialité, sans signe manifeste de désorganisation cognitive. Toutefois, la proportion de réponses formelles bien intégrées ($F+ = 53 \%$) demeure inférieure à la norme attendue, ce qui suggère une difficulté à maintenir une

adaptation émotionnelle stable, notamment en contexte de stimulation affective. Ce déséquilibre traduit également une maîtrise du contrôle personnel fragile, et possiblement coûteuse sur le plan énergétique.

Dès la planche I, qui renvoie classiquement à l'image du soi, un temps de latence important précède une réponse correcte formellement, mais suivie d'une seconde production plus confuse, laissant apparaître une fragilité narcissique sous-jacente. La prédominance des réponses négatives au sein des détails (D = 67 %) renforce cette hypothèse d'une instabilité narcissique, susceptible d'être mobilisée dès que le cadre projectif devient trop engageant.

En ce qui concerne la gestion de la couleur rouge, on observe des signes manifestes de gêne: allongement du temps de réponse, rires nerveux, réduction de la production verbale. Le rouge, souvent associé à des contenus pulsionnels (agressivité, excitation), semble être **perçu** comme menaçant et donc émotionnellement isolé. Sarah semble ainsi **réprimer l'expression** de contenus humains et relationnels sur les planches II, III et IV, ce qui atténue la richesse projective de ses réponses.

Enfin, les réponses aux planches IV, V et VI montrent une tendance à produire des figures étranges, déformées ou désaffectivées, souvent sans ancrage subjectif manifeste. Cette posture traduit une peur de la confrontation au monde interne, et un mécanisme d'évitement psychique, qui se double d'une dépendance marquée au cadre externe (notamment à la planche V, avec des réponses banales et peu créatives). Cette pauvreté imaginative vient illustrer un déficit de la fonction projective du Moi, et renforce l'hypothèse d'un appareil psychique peu disponible pour l'élaboration symbolique.

La dynamique des conflits :

Nombre de réponses élevé (21): montre une certaine mobilisation de l'appareil perceptif et représentatif malgré l'épuisement psychique. Cela traduit une relative productivité associative, ce qui est un point positif en soi. Toutefois, certaines réponses semblent marquées par des contenus très stéréotypés ou obsessionnels.

Prégnance de l'axe corporel et sexuel: les planches médianes et inférieures sont massivement investies par des contenus liés à la reproduction, aux organes génitaux, à la stérilisation, à l'utérus, au vagin, au col utérin, et à des images animales ambivalentes (chat, souris, araignée, insecte). Cela signe une forte concentration pulsionnelle et une difficulté à

symboliser le sexuel, qui fait retour sous forme d'images concrètes, parfois inquiétantes ou déformées.

Retours répétitifs sur la thématique de la stérilisation: le mot revient plusieurs fois spontanément (souris stérilisée, chat stérilisé, vagin stérilisé, utérus stérilisé). Il ne s'agit pas de simples représentations biologiques, mais bien de traductions somatiques symboliques d'un vécu subjectif d'impuissance, de vide, voire de castration définitive sur le plan féminin et maternel.

Apparitions d'images infantiles (bébé, fillettes) : elles émergent notamment aux planches VII et III, de manière fragile, ambiguë, voire inquiétante. Cela peut renvoyer à une identification problématique au féminin et à l'enfant, avec sans doute une difficulté à intégrer ces représentations comme parties de soi.

Enfin l'Indice d'angoisse est très élevé (48%)⁵, qui est un indicateur de tensions internes liées à une attention excessive au corps, elle même liée à une vulnérabilité psychosomatique.

2.2.2 Lecture par planche⁶ :

Planche I (oiseaux face à face): Réponse classique, mais pouvant être lue comme une tentative de contact ou de lien intersubjectif — mais dans un registre très maîtrisé, presque figé.

Planche II (mains qui se rejoignent + souvenir flou) : Bonne mobilisation symbolique, mais flou, imprécis — cela montre une difficulté d'accès aux souvenirs émotionnels, une tendance à la dissociation légère.

Planche III (tête humaine, poisson, bébé dans utérus) : Réponse riche mais marquée par un sentiment d'étrangeté. Le bébé dans l'utérus évoque la question de la filiation, du corps maternel, mais dans un cadre énigmatique, peut-être clivé.

⁵ Se calcule ainsi : $IA = \frac{Sg + Anat + Sex + Hd}{R} \times 100$. Le niveau normal se situe entre 10 et 20 % au-delà de 20%

est considéré élevé et au-delà de 30 % est considéré comme très élevé.

⁶ Etant donné que le score n'est pas un critère isolé de diagnostic et qu'il s'interprète dans le contexte global du protocole, de la qualité des réponses, de la dynamique du sujet, et du cadre clinique (structure de personnalité, contexte psychique ou somatique), nous avons choisi d'expliquer ces processus à travers le protocole planche par planche.

Planche IV (monstre + oiseau) : Apparition d'une figure monstrueuse — sans doute un retour du refoulé angoissant, en lien avec l'image du père ou de l'autorité. L'oiseau en contraste pourrait refléter une défense par idéalisation ou évitement.

Planche V (chauve-souris) : Réponse classique, mais pouvant renforcer un climat d'angoisse de morcellement ou de contamination, fréquent chez les patients présentant un clivage somatopsychique.

Planche VI (dauphin + souris stérilisée) : La réponse de "souris stérilisée" est très marquée sur le plan psychosexuel et symbolique. Cela peut être entendu comme une représentation condensée de son propre vécu corporel, en échec de fécondité.

Planche VII (filles + chat stérilisé) : Retour sur le féminin infantile, mais de manière encore une fois mutilée ou altérée. Les représentations féminines sont ambiguës, déssexualisées ou inquiétantes.

Planche VIII (fauves + utérus + radio) : L'utérus "stérilisé", la radio des poumons — marquent une tentative d'objectivation de soi, via une vision clinique, froide, et désaffectivée du corps, comme s'il était "regardé" de l'extérieur.

Planche IX (col de l'utérus) : Arrêt de l'association — probable point de butée traumatique ou représentation limite, difficile à élaborer.

Planche X (sexe féminin, vagin, bébé, insecte) : Réponses très riches, mais à tonalité possiblement envahissante ou menaçante. L'intrusion d'un insecte ou d'une araignée dans la série suggère un sentiment de persécution corporelle, voire de souillure.

2.2.3 Hypothèses cliniques :

- **Économie psychosomatique:** L'utilisation du corps dans les réponses, surtout dans les planches VII à X, renforce l'hypothèse que le corps est le support privilégié de la conflictualité psychique. Ce corps est perçu comme étranger, fragmenté, stérile, inquiétant, mais aussi comme le seul lieu possible d'expression.
- **Atteinte narcissique et trouble de l'identité:** La récurrence de réponses autour de la stérilisation, de l'infertilité, du féminin blessé ou appauvri signale un narcissisme vulnérable et un rapport problématique à l'identité sexuelle et corporelle.

- **Anxiété de castration non symbolisée:** Elle transparaît à travers des images d'utérus, de col bloqué, de vide ou de mutilation. Ces contenus ne semblent pas suffisamment intégrés psychiquement pour être symbolisés autrement que par des images brutes.

Le protocole du Rorschach de Sarah est très évocateur dans un cadre psychodynamique. Il met en évidence un fonctionnement psychosomatique marqué, une angoisse non métabolisée déversée dans le corps, et une symbolisation fragile des représentations du féminin, du sexuel, et du lien. Le Rorschach soutient ainsi pleinement le diagnostic de désorganisation psychosomatique sur fond de trouble narcissique et d'atteinte identitaire.

Quand on observe les Choix, Sarah sélectionne les planches suivantes:

Choix négatifs (-)

Planche IV – «*parce qu'elle m'a fait peur*»

Cette planche renvoie à une figure étrange, presque monstrueuse, et à un oiseau vu de profil. Le choix négatif ici confirme l'hypothèse que cette planche active une angoisse primaire, possiblement en lien avec une image du père, de l'autorité ou de l'Autre menaçant.

La peur évoquée suggère un vécu d'intrusion, de persécution ou de chaos interne, non encore symbolisé. Elle pourrait traduire une forme d'angoisse archaïque de morcellement ou d'effondrement narcissique.

Planche IX – «*parce qu'elle m'a bloquée*»

Cette planche est associée au col de l'utérus, et Sarah a effectivement cessé de produire à ce moment-là.

Le choix négatif verbalise une impasse psychique : il y a un point de butée, de blocage symbolique, affectif, sexuel ou génésique. Cela corrobore les hypothèses cliniques autour du traumatisme corporel intériorisé, de la représentation impossible du sexuel féminin, et de la stérilisation comme vécu subjectif d'arrêt ou d'extinction de la vie psychique dans le corps.

Ces choix traduisent une organisation psychique clivée :

D'un côté, un espoir fragile, un rapport partiel au féminin qui peut être investi, reconnu, voire symbolisé (planche II et X).

De l'autre, des zones de peur, de blocage, d'inhabitable psychique, qui sont probablement les noyaux de souffrance les plus enkystés (planche IV et IX).

2.2.4 Synthèse du cas Sarah

- **Hypothèse centrale:** une organisation défensive de type évitant, avec mise à distance du vécu corporel et affectif
- Sarah présente un *fonctionnement défensif relativement stable en surface*, reposant sur des mécanismes d'évitement et de rationalisation, mais *fragilisé par des tensions internes mal symbolisées*. Cette dynamique psychique est en lien avec une *charge traumatique latente*, potentiellement enkystée au niveau corporel, comme le suggèrent les contenus symboliques et les tensions exprimées lors des entretiens.
- Appareil psychique et clivage affectivo-corporel (référence : J.-B. Stora, psychosomatique intégrative). Dans la même perspective Le test de Rorschach met en évidence :
 - Une très forte prévalence des réponses formelles (F = 90 %), traduisant un refus de mobilisation émotionnelle et un repli sur des processus cognitifs secondaires.
 - Une absence de petits détails (Dd = 0) et une faible élaboration symbolique, ce qui témoigne d'une pauvreté dans l'élaboration fine des perceptions internes, notamment corporelles.
 - Plusieurs réponses liées à des organes internes (utérus, col, vagin, stérilisation) qui apparaissent de manière répétitive, parfois bloquantes ou angoissantes (choix négatif sur la planche IX : « elle m'a bloquée »), suggérant un enclavement du trauma dans le corps reproducteur féminin.
 - En lien avec les entretiens, Sarah évoque peu son corps ou ses émotions de manière directe. Son langage est parfois flou, et certaines zones (comme la sphère sexuelle et reproductive) suscitent gêne, confusion ou silence. Cela peut s'interpréter comme un évitement du corps vécu, ce que Stora décrit comme un refus du traitement psychique du stress, aboutissant à une décharge par le corps (axe: psychisme; cerveau; comportement ; corps).
- **Énergie psychique, affect et inhibition** (référence: modèle psychanalytique et neurosciences affectives):
 - Le temps de latence élevé sur certaines planches et les rires nerveux en présence du rouge montrent une activité psychique bloquée par l'angoisse, notamment dans les zones liées à l'affect sexuel et à l'agressivité.

- Le refus du rouge (couleur du sang, de la vitalité et du désir) évoque une inhibition affective profonde. Selon Damasio, cela pourrait correspondre à une désactivation de certaines aires du cortex préfrontal ventromédian, impliquées dans le traitement des émotions, au profit d'un fonctionnement plus rigide du cortex dorsolatéral (logique, contrôle).
- L'absence de projection sur les planches hautement affectives (II, III, IV) peut signaler un court-circuit entre émotion et représentation, typique d'une déconnexion entre le tronc cérébral (générateur d'états somatiques) et les structures corticales élaborant du sens.
- Fragilité narcissique et identification corporelle blessée: La planche I (représentation du soi) donne lieu à une réponse hésitante et confuse, avec des signes de désorganisation narcissique, appuyée par l'angoisse de ne pas savoir «ce que c'est» (ce que Sarah exprime sur la planche II, mais avec un espoir que ce soit identifiable). La fréquence élevée de figures «stérilisées» (chat, souris, utérus) peut symboliser un vécu d'atteinte de la féminité ou de la créativité. La stérilisation ici pourrait être l'équivalent symbolique d'un refus inconscient de fécondité psychique ou d'investissement du féminin-vécu comme dangereux ou source de honte.
- Retrait relationnel et effondrement du lien projectif: Dans les planches relationnelles (III, VII, VIII), les figures sont souvent juxtaposées mais vidées de contenu affectif ou projetées sur des êtres flous, bizarres ou déformés, ce qui illustre une anxiété devant l'altérité et une peur de la relation fusionnelle ou invasive. Sarah semble incapable de projeter des liens affectifs stables ou de s'identifier à une figure humaine complète. Cela renvoie à une carence de symbolisation primaire (selon A. Green) et à un fonctionnement opératoire latent, où l'émotion ne peut être représentée qu'à travers des symboles flous ou organiques.

- **Hypothèse clinique intégrative**

En croisant les éléments obtenus par les données des entretiens et les données du Rorschach on observe ce qui suit:

Sur le plan psychodynamique, Sarah semble se défendre contre une angoisse archaïque de morcellement par des mécanismes de rationalisation, de déni du corps et de retrait relationnel. L'énergie du trauma semble non métabolisée psychiquement, ce qui fait peser un risque de décompensation somatique, notamment dans la sphère génitale.

Sur le plan neuroscientifique, un découplage entre systèmes émotionnels profonds et réseaux de sens entrave l'actualisation du sentiment de soi corporel et l'intégration affective.

- **Axes de prise en charge possibles:**
 - **Travail de réappropriation corporelle:** en douceur (via médiations corporelles ou artistiques).
 - **Renforcement des capacités de symbolisation affective:** à travers des dispositifs de narration accompagnée ou de thérapie à médiation.
 - **Exploration prudente de la sphère féminine et des identifications:** dans un cadre contenant et sécurisant.
 - **Surveillance psychosomatique:** en particulier autour de la sphère gynécologique et digestive.

Déduction générale et discussion des hypothèses

A partir des données de notre étude, nous avons vu que chez les femmes atteintes des syndromes des ovaires polykystiques (SOPK), la question du rapport au corps ne peut être envisagée sans considérer la dimension psychique qui l'accompagne. En effet, cette pathologie en plus de ses manifestations somatiques, telles que les troubles hormonaux, les irrégularités menstruelles, l'hirsutisme ou encore la prise de poids, impacts profondément la construction de l'image corporelle, l'estime de soi et le vécu identitaire féminin. Dans ce contexte, la qualité de l'intégration des figures maternelles et du schéma corporel joue un rôle central dans le maintien de l'équilibre psychique.

L'intégration des figures maternelles constitue l'un des premiers repères identificatoires de l'enfant, notamment dans la construction du narcissisme primaire et du sentiment de sécurité interne. Lorsque cette intégration est stable et suffisamment contenante, elle favorise chez le sujet un sentiment d'unité corporelle, de cohérence interne, et soutient l'élaboration d'un schéma corporel stable.

Chez nos cas, nous avons vu que des absences symboliques et réelles de la mère, a engendré une relation ambivalente ou intrusive, ou encore des représentations maternelles clivées qui ont perturbé l'appropriation du corps propre, générant une perception morcelé ou étrangère du corps. Ces perturbations se sont exprimé à travers un malaise corporel persistant chez Nadjet, une difficulté à investir son corps comme un espace intime, il y a même un rejet partielle du vécu corporel. L'apparition de symptômes somatiques chroniques vient alors renforcer une dynamique de désaffection corporelle, parfois accompagné de troubles de l'humeur ou d'angoisse diffuses.

Après cette présentation générale, nous allons à présent, vérifier nos hypothèses en fonction des détails obtenus de chaque cas clinique que nous avons étudié à savoir le cas Nadjet et le cas Sarah. Notre première hypothèse générale stipule ce qui suit:

H1. *On s'attend à ce que les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques présentent un fonctionnement psychosomatique marqué par une difficulté d'élaboration symbolique du stress, entraînant une somatisation au niveau corporel reproductif, en lien avec une défaillance du traitement psychique du conflit, tel que conceptualisé par Stora.*

A travers les données obtenus aux entretiens avec les cas nous avons vu que:

Chez Nadjat : Fonctionnement alexithymique modéré, souffrance corporelle vécus comme "punition" silencieuse, stress familial non verbalisé, rêves absents.

Chez Sarah: Épisodes d'angoisse muette, corps vécu comme "étranger", incapacité à symboliser l'expérience de la fausse couche, réactions psychosomatiques récurrentes en période de stress (amenorrhées, douleurs pelviennes). Cependant, Sarah bénéficie d'un soutien de son environnement actuellement même si elle est distante et sélective.

Notre première hypothèse secondaire stipule que :

H1.1. On s'attend à ce que les femmes atteintes d'une forme moins sévère du SOPK présentent, selon la grille d'évaluation psychosomatique de Jean-Benjamin Stora, un niveau de risque psychosomatique moins élevé que la moyenne, en raison d'une capacité d'élaboration verbale, de la symbolisation et d'une tendance à la décharge au niveau mental ou comportemental.

Les données recueillies chez nos cas ont révélé ce qui suit:

Chez Nadjat: Grille Stora : très haut score, avec effondrement de la verbalisation en période de crise, clivage affectif-cognitif marqué, recours au corps comme seul canal d'expression. La forme du SOPK chez Nadjat est sévère.

Chez Sarah Grille Stora: score élevé du risque avec "appauvrissement symbolique", "tendance à la décharge dans le corps", mais son expression verbale est correcte, parfois intellectualisée.

Les données initiales, fondées uniquement sur deux cas, ne permettaient pas de couvrir un éventail suffisamment large en ce qui concerne la gravité du syndrome. En effet, nous n'avons pas observé de forme légère du SOPK, mais plutôt une forme sévère (Nadjat) et une forme relativement stable mais marquée par une infertilité persistante, elle-même considérée comme sévère en raison d'une fausse couche suivie d'une incapacité à concevoir (Sarah). Les éléments recueillis à partir de ces deux situations cliniques ne permettent donc pas de valider pleinement notre hypothèse H1.1. Dans les deux cas, le trouble est associé à une faible élaboration symbolique du stress. Toutefois, Nadjat semble vivre dans un état de tension chronique, laissant présager un risque fort de désorganisation psychique en l'absence de prise en charge. Ainsi, vu le nombre limité de cas, notre première hypothèse secondaire n'est pas confirmée.

Notre deuxième hypothèse secondaire stipule que :

H1.2. On s'attend à ce que le risque psychosomatique soit accentué chez les femmes atteintes d'une forme sévère du SOPK, en particulier lorsque la pathologie s'accompagne de complications métaboliques, endocriniennes ou d'une symptomatologie chronique difficilement intégrable psychiquement.

Les données des entretiens analysés à la lumière de la grille du risque psychosomatique de Stora, ont révélé que :

Chez Nadjat: le syndrome des ovaires poly kystiques est sévère avec complications (insulinorésistance, hyperandrogénie), douleurs chroniques.

Chez Sarah: SOPK modéré, peu de complications métaboliques. Symptômes plus stables, fausse couche, douleurs chroniques, cycles très irréguliers.

Avec les données précédentes, notre Hypothèse H1.1 est clairement confirmée: En effet Nadjat présente un fonctionnement psychosomatique plus vulnérable, en cohérence avec la sévérité de son tableau somatique. Sarah présente aussi des difficultés liées à son cycle menstruel, mais nous avons remarquée que son quotidien n'est pas chargé de tension comme c'est le cas chez Nadjat. Le fait que Sarah soit entourée de « bons objets » semble constituer un facteur de protection. Toutefois, cette protection reste relative et pose la question de sa durabilité dans le temps, surtout en l'absence d'une prise en charge psychologique.

Selon la psychosomatique intégrative, ces données révèlent qu'il est primordial pour les deux cas d'avoir une prise en charge qui les aideraient à passer leur difficulté et à pouvoir se structurer autrement et plus solidement.

Notre troisième hypothèse secondaire stipule que :

H1.3. On s'attend à ce que la production projective au test de Rorschach chez les femmes atteintes du SOPK révèle une fragilité narcissique, traduite par une pauvreté de l'élaboration symbolique, une faible intégration de l'objet total et des éléments de clivage, conformément au modèle des troubles du lien psychosomatique décrit par Stora.

Les productions projectives des deux cas convergent vers une même fragilité narcissique, bien qu'avec des modalités différentes:

Nadjet présente un protocole pauvre, avec des défenses primaires, beaucoup d'inhibition qui a généré un appauvrissement symbolique et des réponses pauvres aux planches-clés.

Sarah exprime des défenses plus organisées mais tout aussi fragiles, marquées par une ambivalence objectale, des projections agressives et une difficulté à symboliser les pertes. Beaucoup de réponses archaïques.

Les indices cliniques (Rorschach) des deux cas révèlent une atteinte à la capacité d'élaboration, un vécu corporel clivé ou désinvesti, et une désorganisation du narcissisme secondaire. Avec ces données notre hypothèse H1.3 est confirmée.

Notre quatrième hypothèse secondaire stipule :

H1.4. On s'attend à ce que la fragilité narcissique soit plus marquée chez les femmes atteintes du SOPK ayant vécu des expériences de forte charge symbolique (infertilité, fausses couches, atteinte corporelle), ces événements activant des conflits archaïques autour de la féminité, du narcissisme primaire et du rapport au corps propre.

Nous avons vu que chez les deux cas de femmes atteintes du SOPK, la perturbation du lien au corps s'inscrit dans une dynamique complexe, où les atteintes somatiques interagissent avec les structures psychiques sous-jacentes. Le corps ne peut être pensé ici uniquement comme objet biologique, mais comme lieu de projection, de conflit, parfois de rejet ainsi nous avons vu que :

Chez Nadjet, le vécu corporel est marqué par une défaillance de l'image du corps et une difficulté manifeste à investir le schéma corporel de manière stable. Des réponses au Rorschach indiquent une fragmentation du corps perçu et une tendance à l'évitement des planches sexuelles (notamment la VI).

Chez Sarah, bien que le niveau de symbolisation soit un peu plus élaboré, les réponses fragmentées, figées confirment également une perturbation du lien au corps. Les réponses anatomiques ont dominé, souvent associées aux formes négatives, ce qui va dans le sens d'une perturbation de la relation au corps. Cependant, le fait que les réponses animales et humaines complètes existent même à nombre limité, va dans le sens d'une relation attachée à la réalité.

Les deux cas valident l'hypothèse H1.4. En effet, Le SOPK agit comme un amplificateur d'un malaise corporel déjà latent, en particulier chez les femmes dont l'histoire

narcissique est marquée par une intégration maternelle défaillante ou ambivalente. L'image du corps devient le support d'une conflictualité interne non symbolisée, confirmant la nécessité d'articuler lecture somatique et histoire psychique.

Pour résumer nous pouvons dire que chez nos deux cas, bien que les points de fragilité sont différents, le corps est devenu le lieu d'une décharge de tension non symbolisé, où l'interaction entre les représentations de soi, du féminin et de la mère prend une forme silencieuse mais agissante. Ainsi Le SOPK peut être compris comme un espace d'expression privilégiée de tensions identitaires et relationnelles liées à l'histoire psychique de chaque cas. Dans ce sens, la qualité du lien précoce à la mère, la manière dont le féminin a été transmis, toléré ou rejetée, et la manière dont le schéma corporel a été investi tout au long du développement influencent directement le rapport qu'entretient la femme avec son corps malade.

Nos résultats convergent avec les données relevées par la Pr. IKARDOUCHENE Zahia et Pr. Jean Benjamin Stora, (2019), dans une étude sur la grossesse à risque. Cette étude a révélé que l'histoire de la féminité est importante dans la manière de vivre la grossesse par une mère et dans la manière d'accueillir son bébé. Les cas illustratifs cités dans l'étude de ces deux chercheurs, montrent, combien la symbolisation du féminin constitue un processus central dans la régulation du narcissisme et joue un rôle clé dans la prévention des atteintes psychosomatiques. Bien que cette étude s'intéresse à la grossesse à risque, elle a néanmoins montré l'importance de l'histoire du développement de la féminité dans le risque psychosomatique lié à la grossesse.

Notre étude sur le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) s'inscrit dans la continuité des recherches menées par Jean-Benjamin Stora en psychosomatique intégrative. À travers ses travaux sur les conséquences psychiques des greffes d'organes, le cancer du sein, ou encore le stress professionnel chronique, Stora a montré que le stress non métabolisé par l'appareil psychique peut se répercuter sur les autres systèmes de régulation de l'organisme - notamment le système nerveux autonome, immunitaire ou génétique favorisant ainsi l'apparition de maladies somatiques. Dans cette perspective, le SOPK peut être compris comme un trouble à la croisée de facteurs endocriniens, émotionnels et contextuels, relevant d'une dynamique psychosomatique complexe. Notre approche, qui croise évaluation psychique et données cliniques, rejoint ainsi l'idée fondatrice de la psychosomatique intégrative: toute maladie est porteuse d'une dimension psychique, et l'être humain constitue

Déduction générale et discussion des hypothèses

une unité indissociablement psychosomatique. À l’instar des travaux de Stora, notre recherche vise à dépasser le clivage corps/esprit en intégrant les apports croisés de la psychanalyse, de la médecine et des neurosciences dans la compréhension des désordres corporels persistants.

Conclusion générale

Conclusion générale et perspectives

Cette étude, centrée sur le fonctionnement psychosomatique des femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), a permis d'illustrer la complexité des interactions entre la fragilité narcissique, le risque psychosomatique, et la symbolisation du corps et des pertes. L'analyse conjointe des données cliniques, projectives (test de Rorschach) et de la grille d'évaluation psychosomatique de Stora, à travers les cas de Sarah et Nadjat, a mis en lumière des profils caractérisés par des mécanismes défensifs archaïques, une intégration partielle des objets internes, ainsi qu'une difficulté à élaborer un récit personnel cohérent. Ces éléments corroborent les hypothèses formulées, notamment la prévalence d'une vulnérabilité narcissique associée à un risque psychosomatique élevé, particulièrement accentué en présence de vécus traumatiques liés à la fertilité.

Il est essentiel de souligner que cette recherche n'avait pas pour ambition l'exhaustivité mais s'est inscrite dans une démarche clinique et réflexive, ancrée dans la réalité des rencontres thérapeutiques. Les cas retenus, Nadjat et Sarah, ont offert la possibilité d'un travail approfondi, révélant l'importance capitale de la qualité du lien thérapeutique dans la dynamique psychosomatique. La posture clinique adoptée s'est avérée contenante et soutenante, soulignant le rôle maternant que peut être amené à jouer le clinicien dans l'accompagnement de patientes dont les ressources psychiques sont fragiles et en cours de structuration.

Cette approche s'appuie sur les apports renouvelés de la psychosomatique intégrative de Jean-Benjamin Stora, qui déconstruit la dichotomie traditionnelle entre psyché et soma pour envisager le patient dans sa globalité en tant que sujet psychosomatique. Le travail clinique révèle l'importance de soutenir les processus symboliques et associatifs pour prévenir l'épuisement psychique et la décompensation somatique. La complémentarité entre intervention psychologique, soutien médical et équipe pluridisciplinaire apparaît alors comme une condition sine qua non d'une prise en charge adaptée.

Enfin, cette étude met en lumière la nécessité d'approfondir la formation des cliniciens aux spécificités de la psychosomatique féminine et à l'intégration des outils cliniques et projectifs dans une lecture dynamique et contextualisée du fonctionnement psychique. Elle invite également à poursuivre les recherches pour mieux comprendre la complexité des interactions entre souffrance psychique, processus narcissiques et inscriptions corporelles dans le SOPK, et au-delà, dans d'autres pathologies chroniques.

Conclusion générale

Cette démarche modeste mais éclairante ouvre ainsi des perspectives prometteuses pour une clinique psychosomatique intégrative, attentive à la singularité du sujet et à la richesse des liens entre corps, psychisme et environnement.

L'analyse comparative des configurations cliniques de Sarah et Nadjat éclaire de manière parlante les liens étroits entre fragilité narcissique, image du corps et risque psychosomatique chez des femmes confrontées à des expériences subjectivement invalidantes comme l'infertilité ou le rejet familial. En mobilisant à la fois les outils projectifs, la grille d'évaluation psychosomatique de Stora et une écoute clinique approfondie, cette étude met en évidence deux organisations psychiques distinctes, mais convergeant vers une même impasse: le corps comme lieu d'inscription de la souffrance non symbolisée.

Chez Sarah, la douleur somatique témoigne d'une tentative de symbolisation indirecte d'un manque fondamental, sur fond de conflit intrapsychique et de blessures narcissiques liées à l'idéal féminin et à la maternité. Chez Nadjat, au contraire, l'image du corps semble non encore constituée ou totalement désinvestie, témoignant d'une structure plus archaïque et d'une incapacité à s'approprier une identité féminine intégrée et représentable.

Ces deux cas soulignent, chacun à leur manière, l'importance de la symbolisation du féminin comme processus central dans la régulation du narcissisme et la prévention des atteintes psychosomatiques. L'étude confirme ainsi les hypothèses formulées.

Perspectives cliniques :

Ces résultats plaident pour une prise en charge intégrative, articulant:

Un travail de reconstruction de l'image du corps et de la continuité narcissique (via médiations corporelles, verbalisation symbolique, travail sur l'histoire du féminin),

une approche thérapeutique capable de contenir les affects archaïques, notamment par la mise en place d'un cadre stable, empathique et symbolisant,

un repérage précoce des signaux de désorganisation psychosomatique, même en l'absence de plaintes somatiques déclarées (cas de Nadjat).

Perspectives de recherche :

Cette étude ouvre plusieurs pistes:

Conclusion générale

Approfondir l'étude des configurations féminines à risque psychosomatique dans différents contextes culturels, notamment en croisant les données avec le sentiment de honte, la normativité sociale et les parcours de soin.

Explorer l'impact des représentations culturelles du féminin et de la maternité sur l'investissement narcissique et corporel des femmes en situation de stérilité ou d'exclusion.

Développer des outils d'évaluation plus sensibles à la symbolisation du corps, adaptés aux contextes interculturels, en intégrant le récit subjectif, les outils projectifs, mais aussi les représentations sociales.

Au final, cette étude rappelle que le corps ne parle pas en tant que tel, mais qu'il devient support de langage lorsque les mots manquent, que les représentations échouent, et que le narcissisme est blessé dans ses fondements. Il revient à la clinique de redonner un lieu à cette parole empêchée, en recréant du lien, de la continuité et du sens là où ne reste souvent que le silence ou la douleur.

Références Bibliographiques

Ouvrages :

- 1 Alexander, F. (1952). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York: Norton.
- 2 Benyamin, M. (2019). *La psychosomatique : Le corps sous influence*. In Press.
- 3 Boisvert, L., & Dumas, M. (2000). *La psychosomatique : Quand le corps parle à l'esprit*. Médiaspaul Canada.
- 4 Braunschweig, D., & Fain, M. (1971). *Éros et Antéros : Réflexions psychanalytiques sur la sexualité*. Payot.
- 5 Choussy-Desloges, G. (2016). *La psychosomatique pour les nuls*. First Éditions.
- 6 Chousey-Desmoineaux, F. (2016). *Introduction à la psychosomatique freudienne et post-freudienne*. Dunod.
- 7 Del Volgo, M.-J. (2012). *L'instant de dire : Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne* (Nouv. éd.). Érès.
- 8 Fain, M. (1994). *Maladies somatiques, remaniements psychiques*. PUF.
- 9 Fain, M., & Marty, P. (1960). Les mouvements individuels de vie et de mort. *Revue française de psychanalyse*, 24(4), 652–707.
- 10 Ferragut, É. (2000). *La dimension de la souffrance en psychosomatique* (1re éd.). Masson.
- 11 Gasman, I., & Allilaire, J.-F. (2009). *Psychiatrie*. Elsevier Masson.
- 12 Gasman, I., & Allilaire, J.-F. (2009). *Psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte*. Elsevier Masson.
- 13 Gasman, I., & Lebel, N. (2013). *Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte* (Éd. 2013-2014). Vernazobres-Grego.
- 14 Haynal, A., Passini, W., & Archinard, M. (1997). *Médecine psychosomatique*. Elsevier Masson.
- 15 Larousse. (2001). *Petit Larousse illustré 2002*. Larousse.
- 16 Lévy-Soussan, P. (2007). *Psychiatrie* (3e éd.). Méd-Line.
- 17 Marty, P. (1966). *L'ordre psychosomatique*. Payot.
- 18 Marty, P. (2004). *La psychosomatique de l'adulte* (6e éd.). PUF.
- 19 Marty, P. (2011). *La psychosomatique de l'adulte* (7e éd.). PUF.
- 20 Marty, P., M'Uzan, M. de, & David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique*. PUF.

- 21 Pongy, P. (2011). *Angoisse et répression : Clinique psychosomatique des états de tension*. Sauramps médical.
- 22 Rizet, C. (2021). *Histoire de la psychologie : Des origines à nos jours*. Ellipses.
- 23 Sellam, S. (2008). *Lorsque l'esprit influence le corps*. Bérangel.
- 24 Smadja, C. (2008). *Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique*. PUF.
- 25 Stora, J.-B. (1999). *Quand le corps prend la relève : Stress, traumatismes et maladies somatiques*. Odile Jacob.
- 26 Stora, J.-B. (2005). *Vivre avec une greffe : Accueillir l'autre*. Odile Jacob.
- 27 Stora, J.-B. (2006). *La neuro-psychanalyse*. Presses Universitaires de France.
- 28 Stora, J.-B. (2011). *Neuropsychanalyse : Controverses et dialogues*. MJW-Féditions.
- 29 Stora, J.-B. (2013). *La nouvelle approche psychosomatique: 9 cas cliniques*. MJW Fédition.
- 30 Stora, J.-B. (2019). *15 cas de thérapies psychosomatiques : Comment soigner les malades, non simplement leurs maladies*. Hermann.
- 31 Stora, J.-B. (2019). *Le Stress*. Paris, Presses Universitaires de France (10^{ème} édition).

Articles scientifiques

- 1 Alurfi, A., Alfaraj, F., & Alhamdan, N. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and stress in patients with polycystic ovary syndrome in comparison with healthy controls. *Saudi Medical Journal*, 41(6), 627–633. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32469805>
- 2 Azziz, R., Woods, K. S., Reyna, R., Key, T. J., Knochenhauer, E. S., & Yildiz, B. O. (2004). The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2745–2749. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-032046>
- 3 Barbieri, R. L. (1992). The role of hyperandrogenism in the development of polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 58(3), 255–259.
- 4 Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2000). *Qualitative researching with text, image and sound: A practical handbook*. SAGE Publications.
- 5 Becker, M., Ayers, D., & Conner, T. S. (2023). Cognitive-behavioral therapy for psychological symptoms in women with polycystic ovary syndrome: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 23(1), 814. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04814-9>
- 6 Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien* (6e éd.). Armand Colin.
- 7 Chatla, C., Palapinyo, S., Chindavijak, B., & Jirasiritum, S. (2024). Mental health status and associated factors among women with polycystic ovary syndrome in a Thai

- university hospital: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 24(1), 154.
<https://doi.org/10.1186/s12888-024-06154-8>
- 8 Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- 9 Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). SAGE Publications.
- 10 Goodarzi, M. O., Dumesic, D. A., Chazenbalk, G., & Azziz, R. (2011). Polycystic ovary syndrome: Etiology, pathogenesis and diagnosis. *Nature Reviews Endocrinology*, 7, 219–231. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2010.217>
- 11 Herdiman, A., Pasaribu, A. P., & Sari, R. (2019). Psychological distress among women with polycystic ovary syndrome: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(4), 261–270.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1643713>
- 12 Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif* (6e éd.). Armand Colin.
- 13 Knight, B., West, K., & Ruffle, K. N. (2015). 6 effective steps to manage your PCOS: How small lifestyle changes make a big difference. *Greatestspace Independent Publishing Platform*.
- 14 Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (1999). Depth interviewing. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research* (pp. 89–108). Sage Publications.
- 15 Moghadam, N. H., Barati, M., & Mazloomi Mahmoodabad, S. S. (2023). Psychological experiences of women with polycystic ovary syndrome in Iran: A qualitative study. *Journal of Reproductive & Infertility*, 24(3), 154–162.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37694209>
- 16 Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (6e éd.). Armand Colin.
- 17 Patten, S. B., Vonderporten, E. H., & Williams, J. V. A. (2020). Major depression, anxiety disorders, and other mental disorders in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 23(4), 451–460. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00998-1>
- 18 Piot, M., Dutheil, F., & Marendaz, C. (2009). La méthode Rorschach Paris V: validation et applications cliniques. *Annales Médico-Psychologiques*, 167(7), 584–590. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.09.013>
- 19 Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. (2004). Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to

- polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 81(1), 19–25.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.10.004>
- 20 Rouquette, A., & Frenkiel, J. (2018). L'entretien clinique semi-directif en psychologie clinique: guide pratique. *Revue Française de Psychiatrie*, 89(3), 225–235.
<https://doi.org/10.1016/j.rfp.2018.03.004>
- 21 Sanchez, R., La, K., Knochenhauer, E. S., Moran, C., Lazenby, J., Stephens, K. C., et al. (2004). Androgen excess in women: Experience with over 1000 consecutive patients. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(2), 453–462.
<https://doi.org/10.1210/jc.2003-031122>
- 22 Schaefer, K. (2023, September 11). Women with PCOS may be more likely to have anxiety and depression—Here's why. *Glamour*.
<https://www.glamour.com/story.women-pcos-anxiety-depression-mental-health>
- 23 Ikardouche, Z., Stora, J-B. 2018. « The experience of pregnancy at risk : the point of view of integrative psychosomatic », 11(1), (ورقة).
- 24 مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، جامعة
- 25 54. Ikardouchene, Bali, Z. 2017. « Essai de psychopathologie psychosomatique du vécu de la grossesse chez une femme asthmatique » : le cas Amina, (18) مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، جامعة ورقلة
- 26 Ikardouchene, Z, 2019. « Psychoanalytical Approach of the Infertility, which is not medically explained: A case study based on two projective tests (Rorschach and TAT), *ECRONICON, EC PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY*.
- 27 Ikardouchne, Z, Ait Mouloud ; Y.2018. « Approche psychosomatique intégrative », cas Clinique dans le cadre d'une grossesse avec des inflammations articulaires, le diabète et l'hypothyroïdie, 32, مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية.
- 28 Torre, A., & Fernandez, H. (2007). Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 36(6), 423–444.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2007.05.001>
- 29 Wang, Y., Zhang, L., Liu, Q., & Zhou, H. (2024). Prevalence of depression in Chinese women with polycystic ovary syndrome: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 24(1), 378. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06378-8>
- 30 Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage Publications.

Annexes

Annexe 1 :Le guide d'entretien

- Ayen i3nan tamudhint :

_ Amek iyessmim ?

_Nekwa-ynem ?

_ Achhal G L3emrim ?

_ Anda ithlahqed deg leqrayam ?

_ deg wachou i thkhedmedh ?

_ tagnit n twachult-ynem ?

_ Achhal n derya i tes3it ?

Axe 01 : ayen i3nan temzizi

___Tes3it ighevlan n saha-ynem mi thelidh ttamezyan ?

_ amek i kem-tturew yemam ? (deg uxxam negh des sbitar) ?

_ tes3edda-d imma-m igheblan negh ugguren mi thella d nafssa ?

_ tzemred aytahkudh ghef twachult-im mi thelid ttamezyant ?

_ Amek i yella wassagh gar-am akked imawlan-im ?

_ tzemred aytthadret ghef tudert-im ? Temzi-ynem ? Ghef wayetm-am ? Issetm-am ?

_ hkuyi-d ghef chfawath-im n temzi.

_ hder-iyi-d ghef wassagh n twachult-im s umatha.

Axe 03 : assagh

_ amek i thulfat mi tezrit d akken tes3it atan-ayi ?

_ amek i thettwalit atan ayi deg tudert-im n yal ass ?

_ thulfat s lemxalfa deg tfekka-ynem ?

_ dacu-ten iberdan negh tikthiwin i tessexdamet i wakken ad yixfif fell-am watan-ayi ?

_ tettwalid d akken attan-ayi ittmasi tugna-m tunthitt n tfekka-ynem ?

Axe 04 :

Axe 05 : ayen i3nan atan

_ tzemret ayttahtkut amek d melmi, tezrit bellik tes3it attan-ayi ?

_ tes3it aqbel atanen-nniden ?

_ tes3it aqbel atanen ye3nan tulawin ?

_ aqbel attes3ut atan-ayi tes3it atanenyemxalafen ?

Axe 06 : itess

_ thusset d akken ites-ynem yeqwem negh yexreb ?

_ tzemret aytthadret ghef tirga-ynem ?

_ tes3it tannumi tettargut tirga ye3nan atan-ynem ?

_ tezzaret d akken tirga-ynem chuddent gher wayen tes3edayet di lawan-ayi ?

_ amek i tett7ulfayet asmara ttekret deg yitas mi tezrit tirga-ayi ?

Axe 07 :

-tzemret aytthadret ghef dwa i m-d-yefka umejay i wattan-nni ?

_ tetteset ddwa-ynem akken i m-d-yenna umejay-nni ?

_ tebghit yakan atthabset dwa-ynem negh atthabset bela maya3lem umejay-ynem ?

_ tes3it i3erqilen i wakken attswet dwa-ynem akken ilaq ?

_ amejay-ynem yefka-a-m-d kra n tifat i wakken ad yenqes watan-ayi ?

_ dacu i kem-yettadjan ad tteb3et ddwa-ynem akken i ylaq ?

Axe 08 :

_ Amek i tes3edayet tiswi3in n uqeleq ?

_ dacu-ten ihulfan itetthulfudh mlih ?

_ mi ara thussedh itchur wul-im ,tafekka-ynem dacu i tt-yettaghen ?

_ tes3edadh yakan igheblan iqarihan deg tuderth-im ?

Annexes

_ thussedh yakan leqrih deg tfekka-m ur nes3i tirirth n umejay ? Mayela ih, melmi i thussedh tikeltt tamezwarth ?

_ amek ara ttgelemdh lhala n tnefssith-im n toura ?

Axe 09 : tuderth n tmudhint akked urgaz-is

_ amek ara ttgelemdh assagh gar-am akked urgaz-im ?

_ tettwalidh d akken argaz-im ifhem tagnit-ynem ?

_ tettwalidh lemxalfa deg lebghi-m gher wayen i3nan lehmalak akked tgyni d urgaz-im deg mi tes3idh atan-ayui?

_ tes3idh aqeleq ghef wayen i3nan ti3iqerth ? Mayella ih , amek i thes3edayedh ihulfan-im ?

_ attan-ayi i3ellam-d i3rwiqen ghef thfekka-m (tafekka n themetuth) ?

Axe 10 : leqdichath

_ txedmedh ?mayella ih, amk ithes3edayedh taswi3th-im akked uxeddim ?

_ deg-mi tes3idh atan-ayi, yella kra n i ybeddeln deg uxeddim-im ?

_ Lhala n saha-ynem i deg thelidh toura, t3ell-am-d i3ewiqen ghef leqdichath n tuderth-im ?

_ txedmedh kra n waddal ? Mayela ih, d acuth ?

Axe 11 : ayen i3nan ućci

_ tzemredh ay-tt-gelmedh dacu i tettettedh sbah , imekli, imensi ?

_ themledh assewi n wexxam negh lmakla n barra ?

_ tennumedh tettettedh ayen izidhen d wayen is3an zith ?

_ tettessedhlgazuzneghcrab ?

ANNEXE 02 : test Rorschach

Annexes



Planche 1,2,3 ,4

Planche 5,6,7

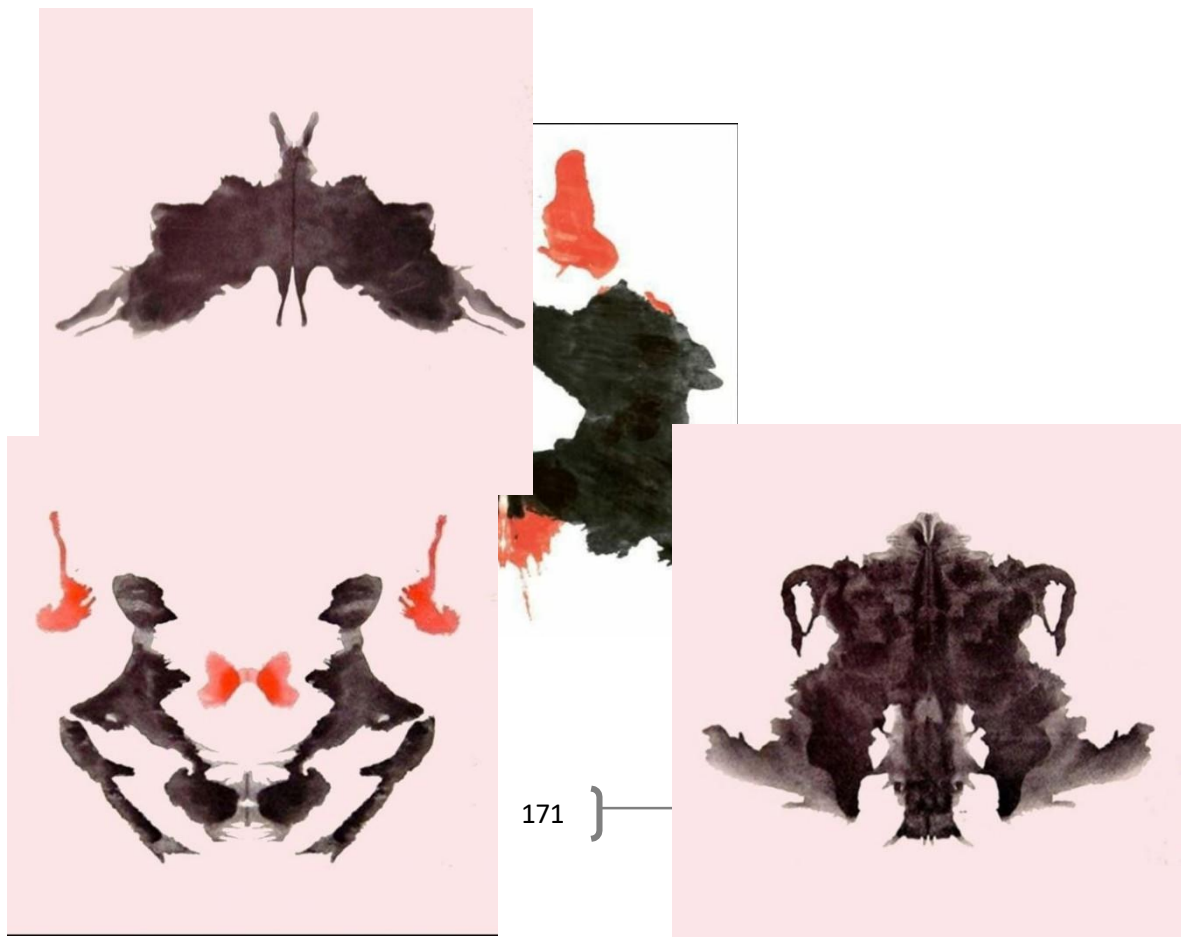
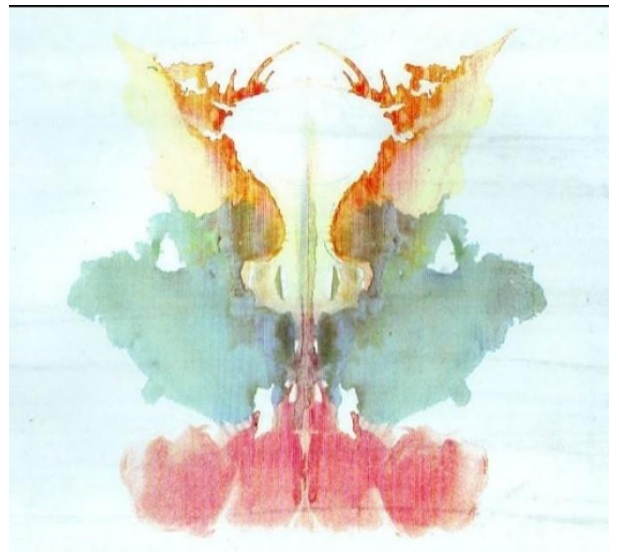




Planche 8,9,10



L'annexe 3

METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE

Evaluation globale du risque psychosomatique

JBS-PSYSOMA-version 22.Mai.2011

THE PSYCHOSOMATIC GRID

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

METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE

Evaluation globale du risque psychosomatique

JBS-PSYSOMA-version 22.Mai.2011

THE PSYCHOSOMATIC GRID

Elaborée par J.B. STORA de **1993 à 2011**⁷

FICHE PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Date du début de traitement : examen clinique du :

⁷Une première classification a été élaborée par Pierre Marty (1987) ; ma méthode, qui n'est pas une classification, prend en considération les premiers travaux de Pierre Marty profondément modifiés par l'approche de la Psychosomatique Intégrative. J'ai repris les concepts de la psychanalyse développés par Sigmund Freud et, après lui, depuis sa mort jusqu'à nos jours auxquels j'ai ajouté toutes mes recherches sur le stress professionnel et les troubles somatiques induits

Annexes

Date de fin du traitement :

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

Prière d'utiliser la classification internationale des maladies.

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

Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique : avec détermination du profil de risque. À ne remplir qu'après avoir établi l'histoire du patient, son fonctionnement psychique et ses troubles somatiques.

Le tableau synthétique se trouve en fin de grille et doit être rempli après avoir complété les rubriques.

Cette grille est à remplir au début, en cours et enfin de traitement :

Diagnostic, pronostic, stratégie thérapeutique.

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

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

Commentaires	Evènements de vie	Dates Ou âges	Troubles somatiques

Annexes

Evaluation globale du risque psychosomatique

Vous devez comparer le risque psychique (tableau ci-dessous à remplir) et le risque somatique ci-après communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des systèmes que je développe.

LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE les chiffres en face de chaque rubrique de la méthode sont utilisés pour les études épidémiologiques au cas où vous entreprendriez une telle recherche sur un échantillon de patients. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, LES POINTS DE FIXATIONS, LES MANIFESTATIONS CARACTERIELLES ET LES ACTIVITES SUBLIMATOIRES LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS (RUBRIQUES MODIFIEES) RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT	
--	--

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

Annexes

		NOTE
2. PREVALENCE DES COMPORTEMENTS	<p>A établir à partir des résultats d'observation de l'axe2C :</p> <p>1. comportement contrôlé et intégré. 2. Faible.3.Moyenne.4.Forte.</p>
		NOTE
3. CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS	<p>A établir à partir des résultats d'observation de l'axe3.</p> <p>Large gamme d'expression des affects</p> <p>Cf. explications dans le glossaire</p> <p>Répression des affects (trois destins possibles)</p> <p>Prédominance des affects dans la relation intersubjective ou Affects de vitalité : réactivation en miroir de relation intersubjective thérapeute-patient. Le patient réagit en miroir aux manifestations affectives du thérapeute.</p> <p>Affects traumatiques et somatisations</p> <p>Alexithymie.</p>
		NOTE
4. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT :	<p>A partir des résultats d'observation de l'axe4.Evaluer les réactions psychosomatiques à partir des informations anamnestiques</p> <p>Nature de l'environnement</p> <p>Environnement familial et environnement professionnel.</p> <p>A partir de cette notation apprécier les capacités</p>

Annexes

d'adaptation mises en œuvre et.ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes).	<p>satisfaisant,</p> <p>2. Satisfaisant,</p> <p>3. Légère altération temporaire,</p> <p>4. Difficultés d'intensité moyenne,</p> <p>5. Altération importante,</p> <p>6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire,</p> <p>7. incapacité durable de fonctionnement autonome.</p>	
--	---	--

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

Annexes

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

Risque faible à modéré : 5 à 10

Risque intermédiaire : 10 à 15 –possibilité de réversibilité, réorganisation à partir des points de fixations-régression, surveillance, instabilité.

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

Annexes

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

Evaluation du risque somatique	
5 niveaux : Risque très élevé risque élevé	A partir des résultats d'observation et de diagnostic de l'axe 5 et des pronostics communiqués par les médecins du patient.
Risque moyen	
risque faible absence de risque	
	Notation:....
Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique	
Rapprocher le risque psychique du risque somatique pour parvenir à une évaluation globale.	<p>Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée</p> <p>Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible.</p> <p>Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation</p> <p>Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.</p>
DIAGNOSTIC structure fonctionnelle psychosomatique	

Nosographique psychosomatique dynamique –19.11.2008 Jean Benjamin Stora

Une fois établi le fonctionnement psychique, et les réactions face à

l'environnement, vous pouvez à présent proposer un diagnostic à partir du tableau ci-dessous...

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

Annexes

110		Névrose obsessionnelle		
120	Symptômes	Phobie		
130		Hystérie		
135	Névrose mentale symptomatologique ment-organisée, au fonctionnement soutenu.	Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue. Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations Obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale Névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément. (P. Marty, 1987)		
136	Borderline névrose de transfert.nev. actuelle	Hystérie de conversion		
	2. Névroses actuelles (Echec de la constitution de la névrose infantile) Névrose à mentalisation incertaine : Doute Névrose mal mentalisée : Défauts avérés. La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : Epaisseur de l'ensemble des formations représentatives ; fluidité des liaisons entre les représentations ; permanence habituelle d fonctionnement.			
140		Hystérie d'angoisse		
141		Névrose d'angoisse		
142		Névrose de caractère		

Annexes

145		Hypocondrie (différents états)		
146		Névrose traumatique		
147		Névrose relation d'objet allergique		
	3. Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient –inorganisation-névroses non mentalisées))			
170		Névrose de comportement		
171		Hypocondrie archaïque		
172		Troubles du narcissisme		
173		Troubles de l'identité		
174		Troubles addictifs		
175		"Psychose froide" ou non délirante E. Kestemberg		
	4. Psychoses délirantes			
	Consulter la méthode de diagnostic DSMIV pour l'ensemble des psychoses et des troubles de l'humeur			
	Schizophrénie et autres troubles psychotiques			
	Troubles de l'humeur			
	Troubles anxieux			
	Troubles dissociatifs			
	Troubles de l'identité sexuelle			
	Troubles des conduites alimentaires			
	Troubles de l'adaptation	Avec humeur dépressive, avec anxiété, avec perturbation des conduites, avec perturbation à la fois		

Annexes

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

Annexes

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

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

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

l'Axe 1A : La relation d'Objet

Anobjectale, préobjectale, présence introjectée.

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

La dimension masochique

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

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

Angoisses

Deuils

Dépressions

Traumatismes

Influence de la culture sur le fonctionnement psychique

Sur l'Axe 1C : Points de fixation régression

Fixations somatiques

Fixations psychiques

Axe 1D : Mécanismes de défense du MOI

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

Phobique

Hystérique (archaïque et génitale)

Annexes

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

Une fois l'observation achevée, vous pouvez remplir la grille en utilisant les indications suivantes : PRESENCE ou ABSENCE (Pour A) d'un des items de la grille.

J. B. Stora, 15 Mars 2010.

Annexes

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

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

Annexes

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

Annexes

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

Annexes

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

Annexes

		du Préconscient.
<p>AXE 1B : ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS</p> <p><i>Observés lors de l'anamnèse : Etats psychiques du Moi et conséquences sur son organisation</i></p> <p>Approche psychodynamique : conflits du Moi, ça, surmoi, mon de extérieur</p>		
200	Angoisses diffuses	Angoisses automatiques des épisodes de détresse
201	Angoisses objectales	Signaux d'alarme accompagnée de liaisons représentatives
202	Deuils période pré-Pubertaire	Deuils de personne ou pertes d'objets significatifs pré pubertaires non élaborées
203	Deuils récents	Deuils ou pertes d'objets significatifs récents non élaborés
204	Dépressions	Aiguës ou subaiguës fréquentes au sens de la psychanalyse
205	Dépression de l'adolescence	
206	Dépression latente	
207	Post-partum blues	
208	Dépression essentielle	DPE précédant la somatisation, DPE fréquentes se référer à l'histoire du patient et à l'histoire de la maladie. Selon les hypothèses, tenter d'établir les dates.
209	Trauma permanent	Pesée traumatique permanente
210	Traumatisme	Notion de traumatismes, d'une situation familiale, ou d'une activité Parentale ayant pu gauchir l'évolution classique de la sexualité

Annexes

211	Traumatisme de la naissance	
-----	--------------------------------	--

Annexes

212	Névrose traumatique	Incapacité pour la psyché de lier un événement traumatique ; sidération de l'appareil mental ; absence de figurabilité ; rupture affect et représentation ; à relier aussi au PTSD, post- traumatique stress disorder (importance du facteur quantitatif économique dans l'occurrence de l'événement).
213	Traumatisme professionnel	Licenciement, harcèlement, violence au travail, etc.
215	Pensée magique	Utilisation importante de la pensée magique ou tradition culturelle Ou religieuse pesant sur le fonctionnement psychosomatique
216	Coexistence de plusieurs modes de pensée dans le MOI, en conséquence des différences culturelles.	Mode de pensée différent de la pensée occidentale ; préconscient composé de représentations culturelles influençant émotions, comportements et pensées ; référence à la première génération d'émigrés ou à la deuxième génération chez qui les deux ou «n» cultures coexistent.
217	Irrégularités du fonctionnement mental	
218	Vie et pensée opératoires	La vie opératoire tient compte de la réduction de la pensée face à l'importance des comportements. Les quelques représentations qui paraissent exister sont comme les rêves pauvres, répétitives, marquées du saut de l'actuel et du factuel. (cf. glossaire en fin de document).
219	Désintrication pulsionnelle	Noter le niveau d'organisation auquel la désintrication a eu lieu selon vos hypothèses.
220	Désorganisation progressive	Noter la ou les dates des événements ainsi que l'hypothèse du Fonctionnement psychique.
<p>AXE 1C : POINTS DE FIXATIONS REGRESSIONS²⁴</p> <p>Stades de maturation psychosexuelle du Moi et organisations psychosomatiques (hyp. J. B. S, cf.</p>		

Annexes

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

309	Axe hypothalamique-hormonal	Envisager toutes les dimensions de l'axe hypothalamique
-----	-----------------------------	---

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

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

Annexes

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

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

Annexes

359	Fixation sadique-anale 2 ^{ème} temps	Donne accès à l'organisation œdipienne. La seconde phase du stade anal signe la maturation de la première organisation topique et donc la voie d'accès à l'Œdipe. Par ailleurs la liaison des représentations de mots et des représentations de choses constitue une des formes essentielles de la maîtrise, d'où son importance dans le développement mental (Cf. P. Marty p. 91 et 92 «Les mouvements individuels de vie et de mort »).
360	Fixation phallique	
361	Fixation homosexuelle	
362	Fixation génitale	
	AXE 1D MECANISMES DE DEFENSE DU«MOI»	
380	Déni de la réalité psychique	Nous devons parler de pluralité de dénis de la réalité ; pour Freud dans une première définition il s'agit d'un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est évoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses. Il s'agit en vérité d'un mécanisme de défense à l'égard de la réalité extérieure. La notion de clivage du moi vient éclairer celle du déni. Dans «L'homme aux loups» Freud développe le concept de clivage de la personnalité en divers courants indépendants. On peut dire que le déni de castration est le prototype des autres dénis de réalité. Le clivage du moi est à distinguer du processus de refoulement car il s'agit de la coexistence de deux types de défense du moi et non pas d'un conflit entre le moi et le ça ; une des défenses du moi porte sur la réalité extérieure, il s'agit d'un déni d'une perception.
381	Clivage du Moi	

Annexes

382	Clivage de l'Objet	<p>Des 1946 Mélanie Klein décrits un mécanisme de défense très archaïque utilisé dans la position schizo paranoïde. Un tel mécanisme se retrouve au cours de l'enfance, à l'âge adulte dans les pathologies psychotiques ou les états limites et dans les troubles psychosomatiques. Dans la position schizo-paranoïde le clivage porte sur un objet partiel alors que dans la position dépressive ce même mécanisme pour apporter sur un objet total. Un des premiers objets</p> <p>Partiels que rencontre le nourrisson est le sein maternel, un clivage</p>
-----	--------------------	--

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

Annexes

383	Identification projective	<p>Terme introduit par Mélanie Klein en 1932, il s'agit de décrire les fantasmes d'attaque contre l'intérieur du corps maternel.</p> <p>L'identification projective est une modalité de la projection, c'est-à-dire rejet à l'extérieur de ce que le sujet refuse en lui, projection du mauvais. Ce mécanisme en relation étroite avec la position schizo-paranoïde consiste en une projection fantasmatique à l'intérieur du corps maternel de parties clivées de la propre personne du sujet, de façon à contrôler la mère de l'intérieur. Ce fantasme est la source d'angoisses comme celle d'être emprisonné et persécuté à l'intérieur du corps de la mère. Un autre danger pour le moi est de se trouver affaibli dans la mesure où il risque de perdre dans l'identification projective de bonnes parties de lui-même. En résumé il s'agit d'un mécanisme se traduisant par des fantasmes où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet et pour lui nuire, le posséder et le contrôler.</p>
384	Refoulement	<p>Il s'agit d'un processus psychique qui peut être considéré comme un processus universel, en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme. C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion. Cf. les travaux de Sigmund Freud.</p>
385	Formation réactionnelle	<p>Il s'agit d'une défense directement en opposition avec la réalisation du désir ; c'est une attitude de sens opposé aux désirs refoulés et constitués en réaction contre celui-ci par exemple la pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes. À propos de la névrose obsessionnelle Sigmund Freud dégage un mécanisme psychique</p>

Annexes

		particulier consistant à lutter directement contre la représentation pénible en la remplaçant par un symptôme primaire de défense consistant en des traits de personnalité : scrupulosité, pudeur, qui sont en contradiction avec l'activité sexuelle infantile à la quelles était d'abord livré le sujet pendant une première période dite «d'immoralité infantile ». Le processus de formation réactionnelle joue un rôle important dans l'édification des caractères ; la constitution du surmoi est en partie attribuée aux mécanismes de formation réactionnelle.
386	Isolation	Mécanismes de défense qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions sont rompues avec le reste de l'existence du sujet. Par exemple : une pause dans le cours de la pensée, utilisation de formules, de rituels et d'une façon générale toutes les mesures permettant d'interrompre le cours des Pensées et des actes.
387	Annulation rétroactive	Il s'agit d'un mécanisme à l'œuvre dans les rituels obsessionnels : « à une action qui met en exécution une certaine injonction succède immédiatement une autre qui arrête ou annule la première, même si elle ne va pas jusqu'à mettre à exécution son contraire » (Sigmund Freud-le moi et les mécanismes de défense 1936). On doit comprendre que ce mécanisme psychologique permet au sujet de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus. Le sujet utilise pour ce faire une pensée Ou un comportement ayant une signification opposée.

Annexes

388	Introjection	Le terme d'introjection a été forgé par Sandor Ferenczi en 1909 ; le sujet fait passer sur un mode fantasmatique, du dehors au-dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel sans pour autant impliquer nécessairement une référence à la limite corporelle puisqu'il s'agit, par exemple, d'introjection dans le moi de l'idéal du moi ; l'introjection est dans un rapport étroit avec l'identification.
389	Retournement sur soi	Le retournement sur soi et le renversement dans le contraire font partie de ce que Freud appelle les destins des pulsions à côté du refoulement et de la sublimation. Alors que dans le renversement dans le contraire le processus concerne le but de la pulsion , avec le retournement sur la personne propre ou sur soi le processus concerne l'objet de la pulsion . Freud illustre par deux exemples ces deux processus : celui du sado- masochisme et celui du voyeurisme-exhibitionnisme. Le renversement du sadisme dans le masochisme implique à la fois le passage de l'activité à la passivité et une inversion des rôles entre celui qui inflige et celui qui subit les souffrances. Les deux processus peuvent évidemment fonctionner dans le sens opposé : transformation de la passivité en activité, Retournement à partir de la personne propre sur autrui.
390	Renversement dans le contraire	Cf. retournement sur soi.
391	Sublimation	
392	Négation par le fantasme	Die Verneinung, Freud 1925 donne une explication métapsychologique précise : La dénégation est un moyen de prendre connaissance du refoulé ; Ce qui est supprimé, c'est seulement une des conséquences du processus du refoulement, à savoir que le contenu représentatif ne

		Ne parvient pas à la conscience. Il en résulte une sorte d'admission intellectuelle du refoulé tandis que persiste l'essentiel du refoulement ; 3. Au moyen du symbole de la dénégation, la pensée se libère des limitations du refoulement ». Il s'agit donc d'un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent.
393	Idéalisation	« ... L'idéalisation est un processus qui concerne l'objet et par lequel celui-ci est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changée . L'idéalisation est possible aussi bien dans le domaine de la libido du moi que dans celui de la libido d'objet ». (Freud, pour introduire le narcissisme). L'idéalisation notamment celle des parents fait nécessairement partie de la constitution au sein du sujet des instances idéales : moi idéal, idéal du moi. Il peut s'agir de l'idéalisation d'un objet aimé : « nous voyons que l'objet est traité comme le moi propre et que donc dans la passion amoureuse une quantité importante de libido narcissique déborde sur l'objet » (Freud, psychologie des foules et analyse du moi).
394	Identification à l'agresseur	ce mécanisme a été décrit par Anna Freud en 1936 ; le sujet, confronté à un danger extérieur représenté par une critique émanant d'une autorité, s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. Anna Freud voit à l'œuvre l'identification à l'agresseur dans des situations variées : agressions physiques, critique, etc. le comportement observé est le résultat d'un renversement de rôles- l'agressé se fait agresseur. Ce mécanisme joue un rôle important dans la constitution du surmoi. Pour René Spitz, ce mécanisme est prépondérant dans l'acquisition du « non », verbal et

Annexes

		gestuel, vers le 15 ^e mois.
395	Intellectualisation défensive	Ce mécanisme permet de maîtriser les émotions ou les conflits psychiques par une mise à distance en adoptant une formulation rationnelle, abstraite et détachée de la manifestation pulsionnelle. Il s'agit de la neutralisation des affects. (cf. Anna Freud (1946), <i>Le Moi et les mécanismes de défense</i> , Paris, PUF 1967).
<i>AXE 1E : Traits de caractère</i>		
400	Phobique	D'ambiance ou d'envahissement
401	Phobique d'objet	Liaisons représentatives
402	Hystérie archaïque	Conflits de nature psychotique plutôt que névrotique enfouis ; par exemple, aimer est l'équivalent de dévorer ou d'être dévoré. L'exploration analytique de ces fantasmes érotiques primitifs dans la relation transférentielle provoque la disparition des symptômes psychosomatiques ainsi que l'atténuation des inhibitions intellectuelles. Il s'agit ici de manifestations de la sexualité archaïque et du rôle qu'elle joue dans les diverses manifestations de somatisation (Joyce McDougall).
403	Hystérie génitale	De nature œdipienne (séduction)
404	Traits pervers	
405	Oral	Traits de caractère égoïste à type captatif ; recherche de l'affection

Annexes

		d'un être élu selon le mode de la relation objectale orale ; que le sujet soit homme ou femme, son objet d'amour devra jouer le rôle de mère
--	--	--

		nourricière. Dans le cas de régression, apparition possible de crises de boulimie pour remplacer l'acte sexuel génital et d'anorexie mentale symbolisant le refus de la sexualité génitale.
406	Anal et Obsessionnel	Rétention et contrôle-maîtrise : ne pas oublier que l'organisation anale fait défaut aux névrosés mal mentalisés selon la définition nosographique de Pierre Marty. Les représentations sont absentes ou rares, superficielles, peu associatives, caractéristiques à rapprocher des névroses de comportement.
407	Phallique-narcissique	
408	Psychotiques	Tableau symptomatique
409	Sado-masochiques	Relations érotisées physiques comme morales
AXE 1F : ACTIVITES SUBLIMATOIRES		
Nature des investissements sur investissements, activités diverses : activités sociales, etc. sublimations, etc.		
490	Activités artistiques	
491	Activités sociales	
492	Activités spirituelles	
493	Activités sportives	
494	Activités culturelles	
AXE 2 : COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION		

Annexes

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

Annexes

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

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

Annexes

476	Psychothérapies	Suivi de psychothérapie par le patient : date, durée, raison de l'indication rapportée par le patient
-----	-----------------	---

AXE 3 : EXPRESSION DES AFFECTS

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

Cf. Glossaire, rubrique Affects

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

débarrasse ou par le moyen d'une réaction motrice ou par une activité psychique associative » Freud, 1893. Dans la théorie de Freud, l'affect est une des deux composantes de la Pulsion, l'autre étant la représentation.

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

Annexes

		<p>L'activité néocorticale est nécessaire pour qu'il existe des sentiments. Quatre éléments définissent l'alexithymie :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments, 2. limitation de la vie imaginaire, 3. tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits, 4. description détaillée des faits, des événements, des Symptômes physiques.
510	<p>Affect de vitalité ou affects en miroir dans la relation mère-enfant.</p> <p>Ces affects indiquent que les affects ne sont pas encore reliés à des représentations mentales.</p>	<p>Selon l'approche de D. Stern, plaisir et déplaisir ne sont plus attachables à la tension et à la décharge, mais plutôt aux conditions rythmiques de celle-ci et aux variations d'intensité de chacun de ces processus. « J'appelle affect de vitalité, dit Stern, la qualité de ce qui est ressenti lors de toutes ces sortes de changements »... « la danse moderne et la musique sont des exemples par excellence de l'expressivité des affects de vitalité ». Pour Stern, l'affect fait partie de la représentation, et il a par lui-même une fonction de représentation, ce qui rejoint les travaux d'André Green sur la <u>représentante</u> de l'affect.</p>
511	Fatigue	
512	Douleur	
<p>AXE 4 : ENVIRONNEMENT PERSONNEL, FAMILIAL, ET SOCIO-PROFESSIONNEL.</p> <p>Le Moi et le Monde extérieur</p> <p>Données de l'environnement familial et socioprofessionnel ; données symptomatiques immédiates, données anamnestiques récentes, données concernant le fonctionnement mental d'adaptation (coping) ; état de la famille ancien et actuel, scolarité, évolution professionnelle, évolution de la sexualité, intérêts divers, etc.</p>		
600	Env. familial stable	Durée des périodes de stabilité
601	Env. familial perturbé	Au cours de l'enfance, de l'adolescence, à l'âge adulte ; rupture

Annexes

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

Annexes

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

AXE5 : EVALUATION DE L'ETAT SOMATIQUE –CODE CIM-9-MC

La pathologie somatique doit être explorée à partir de la première enfance jusqu'à la période de l'investigation (à compléter avec dossier médical), décrire les diverses affections et atteintes somatiques, parenté ou non avec la maladie actuelle, établir les processus de leur apparition de leur évolution, des complications éventuelles, des aggravations, avancer des hypothèses sur la relation avec des événements de vie (traumatismes, deuils, etc.), dégager les temps de latence entre événements de vie et apparitions des pathologies somatiques.

Place occupée par la maladie : très importante, dénégation, déni, acceptation apparente, etc.

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

La maladie somatique a-t-elle modifié le fonctionnement psychique ? de quelle façon ? mécanismes

Annexes

	d'adaptation à l'œuvre ?
700	Maladies du système nerveux
701	Maladies de l'appareil circulatoire
702	Maladies de l'appareil respiratoire
703	Néoplasmes
704	Maladies endocriniennes
705	Maladies de la nutrition
708	Maladies métaboliques
709	Maladies des organes génito-urinaires
710	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques
711	Maladies de l'œil
712	Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge
713	Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif
714	Maladies de la peau
715	Anomalies congénitales, malformations et aberrations chromosomiques
716	Maladies de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches
717	Infections par le virus de l'immunodéficience humaine
718	Maladies infectieuses
719	Surdosages
720	Troubles induits par un médicament (codes additionnels)

Table des matières

REMERCIEMENT

DEDICACES

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES TABLEAUX

SOMMAIRE

RESUME

INTRODUCTION GENEALE..... 1

PARTIE THEORIQUE

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE..... 5

1-Problématique..... 6

2-Raisons du choix de thème..... 12

3. L'objectif de la recherche 13

5. Définition opérationnelle des concepts..... 15

6. Les études précédentes concernant notre thème..... 15

CHAPITRE II: LE FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE 24

Préambule..... 24

1-Définition..... 24

2-Concepts clés de la psychosomatique..... 25

3-Aperçu historique 27

3-1 Heinroth, un précurseur 27

3.2 Évolutions contemporaines 28

3.3 La contribution de Felix Deutsch 28

3.4 Entre médecine et sciences humaines 28

3.5 Freud et la psychosomatique	28
3.6 L'école de la psychosomatique de Paris.....	29
3.7 L'approche médicale de la psychosomatique	30
3.8 Clinique et théories psychosomatiques:	31
3.9 La psychosomatique intégrative de Jean Benjamin Stora	32
3.10 La représentation du corps	32
3.10.1 Le corps et ses schémas (images)	33
3.10.2 L'homoncules (neuroscience et médecine).....	34
3.10.3 Le rôle prévalent de l'inconscient dans le déterminisme de manifestations corporelles:	35
3.10.4 Le corps et l'esprit	35
3.11 Le fonctionnement psychosomatique : considérations théoriques	37
3.11.1 La qualité du fonctionnement psychosomatique.....	41
Résumé du Chapitre.....	41
 CHAPITRE III: LES OVAIRES POLYKYSTIQUES	44
Préambule.....	44
1. Historique du SOPK.....	44
1.1 La découverte moderne : Stein et Leventhal (1935)	44
1.2 Évolution des connaissances (XXe – XXIe siècles)	45
2. les définitions des syndromes des ovaires polykystiques (SOPK)	45
2.1 Définitions.....	46
2.2 Les manifestations cliniques du SOPK.....	46
3. Critères diagnostic	46
4. la prévalence et épidémiologie en Algérie du syndrome des ovaires polykystiques.....	47
5. les causes associés au SOPK	47
5.1 Génétique.....	48

5.2 Environnement.....	48
5.3 signes cliniques:.....	48
5.4 Cycle menstruel perturbé.....	49
5.4 Hirsutisme	49
5.6 Acné	49
5.7 Alopécie	50
6. Risques et complications liées aux syndromes des ovaires polykystiques	50
6.1 Infertilité.....	50
6.2 Le diabète de type 2 et l'intolérance au glucose.....	51
6.3 Obésité et l'âge	51
6.4 Syndrome métabolique.....	52
6.5 Cancers gynécologiques:	52
6.6 Syndrome d'apnée du sommeil	52
7. Impact Psychologique du Syndrome des Ovaires Polykystiques (SOPK).....	53
8. Principaux troubles psychologiques associés au SOPK	53
9. Facteurs expliquant ces troubles psychologiques:	54
9.1 Approches pour améliorer la santé mentale des patientes:	54
10. La prise en charge de SOPK.....	55
10.1. Traitements pharmacologiques:	55
10.2. Traitements psychologiques.....	57
Conclusion	59
PARTIE PRATIQUE	60
CHAPITRE IV: PROCEDURES METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE	62
Préambule.....	62
1. Définition de la méthodologie	62
1.1 La méthode clinique	62

2. le cadre temporel et spatiale de la recherche	63
2.1 Le cadre Temporel.....	63
2.2 Le cadre spatial de la recherche	64
3. les techniques utilisées dans la recherche	65
3.1 Guide d’entretien	66
3.2 Le test de Rorschach.....	75
3.2.1 Aperçu historique	75
3.2.2 La situation du test de Rorschach et son objectif	75
3.2.3 Passation du test de Rorschach	76
4. Déroulement de la pratique	77
5. présentation du groupe de recherche	78
6. Conditions d’inclusion des cas dans le groupe de recherche	79
7. Caractéristiques du groupe d’étude.....	79
8. Le déroulement de la pratique	79
9. Analyse des techniques utilisées:	80
9.1 Analyse des données de l’entretien.....	80
9.2L’analyse du protocole Rorschach.....	80
9.2.1 Pourquoi utiliser le Rorschach dans le cadre du SOPK ?.....	81
9.3 Présentation de la grille d’évaluation du risque psychosomatique	81
Résumé du chapitre	83
CHAPITRE V: ANALYSE DES DONNEES.....	85
Introduction	85
1. Cas de Nadjat : 44ans	85
1.1 Présentation et analyse du cas Nadjat.....	85
1.1.1 Analyse des données de l’entretien.....	91

1.1.3 Évaluation du risque psychosomatique, selon la grille de Jean Benjamin Stora: Processus et mécanismes psychiques, points de fixation, manifestations caractérielles et activités sublimatoires	93
1.4 Diagnostic selon la Nosographie psychosomatique.....	107
1.2 Présentation et analyse du protocole Rorschach de Nadjat.....	108
1.2.1 Remarque générale sur le protocole Rorschach	110
1.2.2 Procédés mentaux	111
1.2.3 Résumé du protocole Rorschach de Nadjat	114
1.2.4 Synthèse clinique du cas Nadjat	114
2. Cas N° 2: Sarah, 30 ans.....	115
2.1 Présentation du cas.....	115
Tableau N° 5 : synthèse des événements de vie et des troubles somatiques, du cas Sarah, avec commentaires.....	119
2.1.1 Analyse des données de l'entretien.....	120
2.1.2 Évaluation de la santé et du risque psychosomatique de Sarah.....	123
2.4 Évaluation globale du fonctionnement psychosomatique	137
2.1.3 Diagnostic selon la nosographie psychosomatique	138
9.3.1 Processus mentaux – Analyse du protocole.....	144
2.2.2 Lecture par planche.....	146
Déduction générale et discussion des hypothèses.....	152
CONCLUSION GENERALE.....	159
BIBLIOGRAPHIE	163
ANNEXES	168
TABLE DE MATIERES.....	215